



**Keberhasilan Program Subsidi Kesehatan Terhadap Alokasi Biaya Kesehatan
Keluarga Miskin
(Studi Pada Penerima Bantuan Iuran di Kecamatan Ngamprah, Kabupaten
Bandung Barat)**

Neni Murniati¹, Risky Mei Rimbani², Ulfah Mawaddah³

Universitas Pasundan¹, Universitas Pasundan², Universitas Pasundan³

nenimurniati.feunpas@gmail.com¹

Abstract

One of the many determinants of the level of welfare can be measured by the level of health. Many countries in the world are working to improve the health of their citizens in order to promote the welfare of the country itself. Not to forget, Indonesia is also one of the countries that implements health improvement programs in the community. The health subsidy program is one form of implementation of the focus of attention of the Indonesian government in supporting national health, so that finally this program has been implemented to the lowest level in Indonesia. This study aims to explore the progress of the program so that it can be considered successful in reducing the health costs of poor families. This research was conducted using quantitative data analysis methods. The data concerned, sourced from secondary data obtained from (BPA3AKB) West Bandung Regency, Ngamprah District, and also involved primary data obtained from the implementation of field surveys. The case study sample was obtained from the community who received contribution assistance in Ngamprah District, West Bandung Regency, using a sample size of Slovin and cluster random sampling techniques. The results of data processing in the end show that the PBI program provided by the Government to the poor has been observed to be able to reduce average household expenses to be transferred to health costs. Moreover, there were a number of changes in consumption patterns in the community before and after the program was implemented.

Keyword: *Welfare, Poor Families, Health Subsidies.*

Abstrak

Salah satu indikator tingkat kesejahteraan diukur melalui tingkat kesehatan suatu wilayah. Negara-negara didunia berupaya untuk meningkatkan kesehatan warga negaranya guna mendorong kesejahteraan negara itu sendiri. negara di dunia yang

berupaya untuk meningkatkan kesehatan warga negaranya guna mendorong kesejahteraan negara itu sendiri. Program subsidi kesehatan adalah salah satu bentuk pengimplementasian dari fokus perhatian pemerintah Indonesia dalam rangka mendukung kesehatan nasional, sehingga akhirnya program ini telah terlaksana sampai lapisan terbawah di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi seberapa jauh program tersebut dapat berhasil dalam mengurangi beban biaya kesehatan keluarga miskin. Penelitian ini dilaksanakan dengan metode analisis data kuantitatif. Data-data yang bersangkutan, bersumber dari data sekunder yang diperoleh dari (BPA3AKB) Kabupaten Bandung Barat, Kecamatan Ngamprah, serta melibatkan pula data primer yang diperoleh dari pelaksanaan survey lapangan. Sampel studi kasus diperoleh dari masyarakat penerima bantuan iuran di Kecamatan Ngamprah, Kabupaten Bandung Barat, dengan menggunakan ukuran sample slovin dan teknik *cluster random sampling*. Hasil pengolahan data pada akhirnya menunjukkan bahwa program PBI yang diberikan Pemerintah kepada masyarakat miskin ternyata terpantau mampu menekan rata-rata pengeluaran biaya rumah tangga pada biaya kesehatan. Terlebih pula, terdapat sejumlah perubahan pola konsumsi di masyarakat pada saat sebelum dan setelah program tersebut dilaksanakan.

Kata Kunci: Kesejahteraan, Keluarga Miskin, Subsidi Kesehatan.

PENDAHULUAN

Kesehatan sejatinya adalah salah satu kebutuhan dasar bagi produktivitas kinerja maupun kapasitas setiap individu untuk belajar. Tenaga kerja yang jauh lebih sehat secara fisik dan mental tentu akan lebih enerjik, kuat, dan produktif sehingga dapat mengerjakan segala sesuatunya dengan sangat optimal dan seprofesional mungkin (Putri and Kusreni, 2017).

Dalam skala makro, penduduk dengan tingkat kesehatan yang baik merupakan masukan (input) penting untuk menurunkan kemiskinan, meningkatkan angka pertumbuhan ekonomi, serta banyak berperan serta dalam pembangunan ekonomi jangka panjang (Husain, 2010). Karena, keberhasilan ekonomi tinggal landas seperti pertumbuhan ekonomi yang cepat, memang didukung oleh terobosan penting pada bidang kesehatan masyarakat, pemberantasan penyakit, dan juga peningkatan gizi masyarakat (Sharma, 2018). Oleh karenanya, upaya menaikkan angka kesehatan masyarakat, terutama dalam hal ini keluarga atau rumah tangga dengan tingkat ekonomi rendah, menjadi salah satu persoalan pelik yang harus mendapat perhatian penuh guna mewujudkan peningkatan kesejahteraan masyarakat dalam bidang kesehatan.

Secara global, kesehatan dianggap sebagai salah satu instrumen penting dalam upaya mengurangi tingkat kemiskinan, seperti yang dinyatakan dalam MDGs (Milenium Development Goals) pada tahun 2015 (Wahyuningsih, 2017). Rumusan MDGs bertujuan untuk menanggulangi kemiskinan dan kelaparan, mencapai pendidikan dasar untuk semua, mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, menurunkan angka kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya (Aftab *et al.*, 2020). Sejalan dengan apa yang termuat dalam IPM (Indeks Pembangunan Manusia), yang dilandasi oleh tiga aspek penting yaitu, pengukuran tingkat harapan hidup, tingkat buta huruf dan tingkat standar hidup, serta menjadi indikator yang digunakan bagi seluruh negara di dunia untuk mengklasifikasikan apakah sebuah negara tersebut tergolong kepada negara maju, berkembang, atau justru miskin (Iskandar, 2017). Hal tersebut juga menjadi tolok ukur pengaruh dari kebijakan ekonomi terhadap kualitas hidup (Feriyanto, 2016). Sebab tidak serta-merta dapat dipungkiri bahwa tingkat ekonomi masyarakat menjadi pendorong kualitas hidup.

Ironisnya, tidak semua masyarakat tergolong keluarga mampu secara ekonomi. Dalam teori *vicious circle of poverty* menggambarkan bahwa adanya siklus tak berujung dari garis kemiskinan dimana keluarga miskin akan melahirkan generasi miskin selanjutnya (Rohima *et al.*, 2013). Teori tersebut menjelaskan dimana negara-negara sedang berkembang itu miskin dan tetap miskin, karena produktivitasnya rendah. Dengan tingkat produktivitas yang rendah, maka pendapatan seseorang akan menjadi rendah pula. Bahkan mungkin hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan konsumsinya pada tingkatan yang sangat minim, karena itulah mereka tidak bisa memaksakan diri untuk menabung, meskipun sejatinya tabungan adalah sumber utama pembentukan modal masyarakat sehingga capitalnya dapat menjadi seefisien mungkin (Mosley and Verschoor, 2005).



Gambar 1. Vicious Circle Of Poverty

Sumber : Michael P Todaro & Stephen.C. Smith (2009)

Mengacu pada perkembangan teori-teori ekonomi pembangunan, implementasi peningkatan kesejahteraan pada negara-negara berkembang juga terus digalakan. Disamping itu, perlu pula dipahami bahwa setiap negara memiliki karakteristik dan keunikannya tersendiri. Sama halnya dengan Indonesia, dinamika masyarakatnya menunjukkan karakteristik yang berbeda-beda dalam penerapan teori yang ada. Teori yang diketahui, tersiratkan dalam interpretasi program-program peningkatan kesejahteraan yang salah satu indikatornya adalah tingkat kesehatan masyarakat. Karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengungkap keberhasilan program subsidi kesehatan masyarakat miskin dengan mengamati secara seksama apakah benar-benar terdapat perubahan pola konsumsi masyarakat miskin, sebelum dan sesudah program dilaksanakan.

METODE

Penelitian ini dilaksanakan dengan metode analisis data kuantitatif. Data bersumber dari data sekunder yang diperoleh dari (BPA3AKB) Kabupaten Bandung Barat, Kecamatan Ngamprah dan data primer yang diperoleh dari pelaksanaan survey lapangan. Sampel studi kasus diambil pada masyarakat penerima bantuan iuran di Kecamatan Ngamprah, Kabupaten Bandung Barat dengan menggunakan ukuran sample slovin dan teknik *cluster random sampling*.

Penentuan sampel dilaksanakan melalui kalkulasi formula slovin dengan penjabaran sebagai berikut:

$$n = \frac{5.525}{1+5.525(0,15)^2} = 44,089 \quad (1)$$

Disimpulkan bahwa minimal kebutuhan sampel penelitian ini berkisar 44 responden/keluarga. Namun dalam proses penelitian ini namun dalam penelitian ini peneliti mengambil sampel sebanyak 50 responden/keluarga.

Kemudian selanjutnya guna mendapatkan objek sampling yang lebih akurat, penelitian ini menggunakan metode *Cluster Random Sampling* sebagai teknik penentuan sampel. Hal ini dikarenakan populasi yang cukup luas, serta teknik penentuan sampel dengan metode ini kerap digunakan dalam berbagai penelitian di bidang kesehatan. Berikut rumus dalam penentuan *Cluster Random Sampling* ialah:

$$fi = \frac{Ni}{N} \quad (2)$$

Kemudian besarnya sampel per cluster dapat menggunakan rumusan sebagai berikut :

$$N_i = f_i \times n \quad (3)$$

Dimana :

Fi = Sampel pecahan cluster

Ni = Banyaknya individu yang ada dalam cluster

N = Banyaknya populasi seluruhnya

n = Banyaknya anggota yang dimasukkan dalam sampel

HASIL

Pola konsumsi memberikan gambaran bagaimana seorang konsumen dapat menentukan berapa jumlah kombinasi barang atau jasa yang akan dia beli. Kecenderungan seseorang dalam mengonsumsi suatu barang dan jasa sudah pasti berbeda, semua itu dilandasi atas beberapa faktor penting seperti pendapatan atau upah yang mereka terima, selera mereka dalam mengonsumsi barang dan jasa itu sendiri, termasuk juga skala prioritas dalam mengonsumsi barang dan jasa tersebut. Perubahan pola konsumsi pasti terjadi sejalan dengan bertambahnya waktu. Penelitian yang dilakukan ini tentunya ingin melihat sejauh mana *impact* dari pemberian subsidi yang diberikan oleh Pemerintah melalui program PBI serta seberapa besar pula pengaruh dari subsidi kesehatan terhadap pola konsumsi keluarga miskin. Dalam data tabel 1 berikut, peneliti menampilkan sebuah data yang telah berhasil dihimpun.

Tabel 1. Rata-rata Konsumsi Makanan dan Pola Konsumsi Keluarga Miskin Perbulan Sebelum dan Setelah Program PBI

Jenis Konsumsi Rumah Tangga	Rata-rata Pengeluaran Ruma Tangga Sebelum PBI (Rp/Bulan)	Rata-rata Pengeluaran Rumah Tangga Setelah PBI (Rp/Bulan)	Persentase Konsumsi Sebelum Adanya PBI	Persentase Konsumsi Setelah Adanya PBI	t- statistik	Sig (2 tailed)
Konsumsi Beras	202.560	222.827	19%	18%	-5,987	0,00
Konsumsi Lauk Pauk	280.200	316.800	26%	26%	-3,096	0,03
Konsumsi Telur	221.920	248.720	20%	21%	-5,198	0,00
Konsumsi Susu	85.864	84.064	8%	7%	1,252	2,42
Konsumsi Sayur	98.000	108.800	9%	9%	-2,906	0,05
Konsumsi Minyak Goreng	136.224	151.080	13%	12%	-2,995	0,04
Konsumsi Rokok	60.620	80.190	6%	7%	-1,485	1,53

Sumber : Survey peneliti, diolah 2017.

Kemudian sebagai pembanding, untuk menunjang perubahan pola konsumsi keluarga miskin penerima program bantuan, peneliti menambahkan indikator lain. Terdapat

pengeluaran rumah tangga non makanan yang juga menjadi indikator lainnya yang dijabarkan sebagai berikut:

Tabel 2. Rata-rata Konsumsi Non Makanan dan Pola Konsumsi Keluarga Miskin Perbulan Sebelum dan Setelah Program PBI

Konsumsi Rumah Tangga	Rata-rata Pengeluaran Ruma Tangga Sebelum PBI (Rp/Bulan)	Rata-rata Pengeluaran Rumah Tangga Setelah PBI (Rp/Bulan)	Persentase Konsumsi Sebelum Adanya PBI	Persentase Konsumsi Setelah Adanya PBI	t-statistik	Sig (2 tailed)
Arisan	20.220	30.460	2.2%	3%	-1,986	0,70
Bayar Cicilan	108.900	121.400	12.1%	13%	-1,106	2,74
Menebus barang gadai	21.531	23.100	2.4%	2%	-1,000	3,74
Bayar SPP	22.120	27.469	2.5%	3%	8,18	4,41
Alat tulis dan buku	8.788	11.168	1.0%	1%	-3,515	0,01
Obat warung	8.712	2.360	1.0%	0%	4,092	0,00
Biaya melahirkan	47.562	-	5.3%	0%	2,316	0,29
Biaya pijat/urut	1.340	1.520	0.1%	0%	1,832	1,00
Cek kehamilan	2.755	1.531	0.3%	0%	5,303	0,02
Pasang alat kontrasepsi	5.361	4.382	0.6%	0%	-4,605	0,01
Biaya imunisasi anak	1.878	1.280	0.2%	0%	1,848	0,94
Pengeluaran sandang/seragam	13.864	17.866	1.5%	2%	-1,333	1,92
Perlengkapan bayi	3.316	3.299	0.4%	0%	9,85	3,80
Pengeluaran untuk alas kaki	10.522	16.786	1.2%	2%	-1,425	1,66
Bayar Listrik	49.680	50.340	5.5%	5%	-,326	7,46
Konsumsi Gas LPG	40.780	61.100	4.5%	6%	-1,931	0,62
Konsumsi BBM	399.760	579.200	14.8%	0%	-1,983	0,59

Sumber : Survey Peneliti, diolah 2017.

Perubahan pola konsumsi non makanan yang terjadi sebelum dan setelah adanya program PBI, mungkin tidak hanya terjadi secara meningkat, sebab dalam beberapa indikator tersebut terdapat beberapa komoditas non makanan yang mengalami perubahan dan menunjukkan hasil yang signifikan pula. Perubahan pola konsumsi tersebut dapat diamati melalui sudut pandang yang positif tidak hanya dari sisi konsumtifnya saja. Contohnya pada pengeluaran arisan dan alat tulis, menunjukkan hasil yang signifikan. Dimana nilai signifikansi untuk arisan sebesar 0,07 yang menunjukkan bahwa nilai signifikansi lebih kecil dari taraf signifikansinya yaitu 10% (0,1), begitupun pada pengeluaran buku dan alat tulis yang menunjukkan angka signifikan sebesar 0,01.

Berlanjut dalam aspek alokasi dana kesehatan, program subsidi PBI merupakan sebuah program subsidi kesehatan yang diberikan pemerintah dengan tujuan memutus rantai kemiskinan melalui kesehatan. Dengan adanya bantuan subsidi tersebut, diharapkan bahwa masyarakat miskin dapat mengakses layanan kesehatan tanpa harus lagi mengeluarkan sejumlah biaya untuk pembiayaan kesehatan.

Hasil pengolahan data dalam penelitian memperlihatkan adanya perubahan alokasi dana, baik pembiayaan kesehatan secara kuratif (menyembuhkan) ataupun pembiayaan secara preventif (pencegahan). Berikut merupakan hasil pengolahan data yang memperlihatkan perubahan pola konsumsi alokasi kesehatan pada keluarga miskin, tersaji dalam tabel 3 sebagai berikut:

Tabel 3. Rata – rata Konsumsi Non Makanan Untuk Kesehatan Keluarga Miskin Sebelum dan Setelah Adanya Program PBI

Pengeluaran Biaya Kesehatan	Rata-rata Pengeluaran Rumah Tangga Sebelum PBI (Rp/Bulan)	Rata-rata Pengeluaran Rumah Tangga Setelah PBI (Rp/Bulan)	Persentase Konsumsi Sebelum Adanya PBI	Persentase Konsumsi Setelah Adanya PBI	t-statistik	Sig (2 tailed)
Obat warung	8.712	2.360	1.0%	0%	4,092	0,00
Biaya melahirkan	47.562	-	5.3%	0%	2,316	0,29
Biaya pijat/urut	1.340	1.520	0.1%	0%	1,832	1,00
Cek kehamilan	2755	1.531	0.3%	0%	5,303	0,02
Pasang alat kontrasepsi	5361	4.382	0.6%	0%	-4,605	0,01
Biaya imunisasi anak	1.878	1.280	0.2%	0%	1,848	0,94

Sumber : Survey Peneliti, diolah 2017.

Kesehatan merupakan aset penting pembangunan manusia yang sehat, kuat, produktif dan sejahtera. Dengan berbagai upaya publikasi program kesehatan bagi kelompok masyarakat yang membutuhkan, pemerintah berharap masyarakat lebih menyadari fasilitas kesehatan yang disediakan. Upaya ini terwujud, salah satunya dalam program *indonesian coverage health*.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian merepresentasikan perubahan pola konsumsi makanan keluarga miskin di Kecamatan Ngamprah sebelum dan setelah menerima program PBI. Tabel ini menunjukkan bahwa terdapat beberapa jenis pangan yang mengalami peningkatan. Pengolahan data menunjukkan angka yang signifikan dalam taraf signifikansi sebesar 10%. Signifikansi ini disimpulkan bahwa terdapat beberapa jenis komoditas pangan seperti konsumsi lauk pauk, konsumsi beras, sayur, minyak goreng dan telur telah menunjukkan hasil yang signifikan.

Selanjutnya, beras yang menjadi makanan pokok utama masyarakat Indonesia juga menunjukkan hasil yang sangat signifikan, hal ini diperkuat dalam tingkat signifikansi sebesar 0,00. Ditambah lagi, konsumsi lauk pauk juga mengalami peningkatan sehingga menunjukkan bahwa masyarakat miskin mulai mampu menambahkan alokasi aneka lauk pauk seperti ikan, ayam ataupun telur sebagai panganan pengganti lauk ke

dalam menu hariannya. Peneliti berasumsi bahwa kondisi ini dipengaruhi dengan adanya pengalihan alokasi dana yang semula untuk pembiayaan kesehatan, kini dialihkan kedalam alokasi konsumsi pangan harian.

Perubahan pola konsumsi yang terjadi menjadi indikasi penting keberhasilan program yang bertujuan untuk dapat menekan pengeluaran biaya rumah tangga, sehingga alokasi dana kesehatan dapat dialihkan pada alokasi kebutuhan pangan. Hal ini diharapkan akan menambah jumlah energi, nutrisi dan gizi yang dapat dikonsumsi anggota keluarga sehingga lebih sehat dan produktif.

Berlanjut berdasarkan tabel 2, perubahan sejumlah indikator tersebut mengindikasikan adanya beberapa indikator tersebut memiliki nilai investasi di dalamnya. Oleh karena itu, penelitian ini menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan pola konsumsi dari rumah tangga miskin yang berdampak baik terhadap konsumsi rumah tangga miskin. Kemudian beralih pada pengeluaran non makanan untuk kesehatan yang disajikan pada tabel 3 menunjukkan presentase pola konsumsi/pengeluaran biaya kesehatan keluarga miskin di Kecamatan Ngamprah sebelum dan setelah adanya program PBI (Penerima Bantuan Iuran). Data tabel tersebut memperlihatkan signifikansi pola konsumsi/pengeluaran rumah tangga miskin dalam pengeluaran biaya kesehatan mendapatkan hasil yang signifikan dalam tingkat signifikansi 10%. Sejumlah indikator pengeluaran biaya kesehatan seperti membeli obat warung berpengaruh signifikan dengan angka signifikansi sebesar 0,00, diikuti dengan biaya cek kehamilan (0,02) kemudian biaya pasang alat kontrasepsi (0,001) kontrasepsi yang juga dinyatakan signifikan.

Berdasarkan seluruh hasil pengolahan data yang diteliti menjelaskan bahwa adanya kecenderungan keberhasilan program PBI, telah mampu menekan rata-rata pengeluaran biaya rumah tangga untuk alokasi kesehatan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa program ini membantu keluarga miskin menekan biaya kesehatan, yang kemudian dana alokasi tersebut dapat dialihkan pada konsumsi rumah tangga lainnya.

KESIMPULAN

Hasil penelitian mengenai dampak subsidi kesehatan terhadap pengeluaran biaya kesehatan yang dikaji melalui berbagai pendekatan, penelitian ini dapat menunjukkan beberapa poin utama.

Pertama, hasil penelitian membagi pengeluaran konsumsi menjadi dua indikator yaitu konsumsi makanan dan non makanan. Rata-rata pengeluaran rumah tangga untuk makanan sebesar Rp. 1.085.388 dan rata-rata pengeluaran rumah tangga untuk non makanan sebesar Rp. 899. 865. Bila dirinci kembali, proporsi konsumsi makanan yaitu 19% untuk beras, 26% untuk lauk pauk, 20% untuk telur, 13% untuk minyak goreng, 9% untuk sayur mayur, sisa persentasenya menunjukkan konsumsi susu dan rokok. Ditambah dengan konsumsi rumah tangga non makanan didominasi oleh konsumsi BBM sebesar 44,4% dan 14% untuk minyak tanah karena beberapa periode lalu sebelum diterapkan program PBI dengan sejumlah responden terkait yang masih menggunakan minyak tanah untuk keperluan memasak. Selain itu, pengeluaran rumah tangga non konsumsi lainnya yang juga dominan ialah pengeluaran untuk cicilan sebesar 12,1%.

Kedua, pengeluaran rata-rata konsumsi untuk makanan keluarga miskin di Kecamatan Ngamprah setelah menerima program PBI sebesar Rp.1.212.481, terdapat sejumlah jenis pangan yang perbedaannya signifikan, yakni beras dan telur dengan tingkat signifikansi sebesar 0,00. Konsumsi lauk pauk dengan tingkat signifikansi sebesar 0,03 serta konsumsi sayur dan minyak goreng yang juga memiliki hasil yang signifikan. Bila kita telaah lebih dalam, pengeluaran rata-rata untuk non konsumsi adalah sebesar Rp. 953.261, terdapat pula beberapa jenis pengeluaran non konsumsi yang mengalami perubahan signifikan yaitu pengeluaran untuk buku dan alat tulis dengan tingkat signifikansi sebesar 0,01, pengeluaran arisan yang mendekati angka signifikan sebesar 0,07, hingga pengeluaran untuk BBM yang juga mendekati angka signifikan yaitu sebesar 0,59.

Yang terakhir, eksplorasi pada penelitian ini tidak hanya mengukur dan membuat perbandingan terhadap perubahan pola konsumsi saja. Namun juga menunjukkan bagaimana pola konsumsi dan perubahan polanya tersebut terjadi pada pengeluaran biaya rumah tangga untuk kesehatan. Dari hasil pengolahan data yang telah dilakukan, menunjukkan kecenderungan adanya perubahan yang terjadi pada pengeluaran biaya kesehatan keluarga miskin yang diikuti dengan angka penurunan rata-rata pengeluaran biaya kesehatan. Mengacu pada hasil pengolahan data yang telah dilakukan, terdapat sejumlah pengeluaran biaya kesehatan yang perubahannya dinilai signifikan seperti pengeluaran untuk obat warung dengan tingkat signifikansi sebesar 0,00, biaya cek kehamilan dengan tingkat signifikansi sebesar 0,02, dan juga biaya pasang alat kontrasepsi yaitu dengan tingkat signifikansi sebesar 0,01. Sehingga

dapat disimpulkan bahwa program PBI tersebut tergolong berhasil dalam menurunkan pengeluaran biaya kesehatan keluarga miskin.

REFERENSI

- Aftab, W. *et al.* (2020) 'Implementation of health and health-related sustainable development goals: Progress, challenges and opportunities-a systematic literature review', *BMJ Global Health*, 5(8), pp. 1–10. doi: 10.1136/bmjgh-2019-002273.
- Feriyanto, N. (2016) 'The effect of employment, economic growth, and investment on HDI: In provinces in Indonesia', *Journal of Economics, Business & Accountancy Ventura*, 19(1), p. 1. doi: 10.14414/jebav.v19i1.537.
- Husain, M. J. (2010) 'Contribution of Health to Economic Development: A Survey and Overview', *SSRN Electronic Journal*, 4(1), pp. 1–52. doi: 10.2139/ssrn.1726742.
- Iskandar, I. (2017) 'Effect Of Human Development Index Fund on Economic Growth Through A Special Autonomy', *Jurnal Ekonomi Pembangunan: Kajian Masalah Ekonomi dan Pembangunan*, 18(1), pp. 40–49. doi: 10.23917/jep.v18i1.2920.
- Mosley, P. and Verschoor, A. (2005) 'Risk attitudes and the "vicious circle of poverty"', *European Journal of Development Research*, 17(1), pp. 59–88. doi: 10.1080/09578810500066548.
- Putri, Y. A. K. D. and Kusreni, S. (2017) 'Analisis Pengaruh Tingkat Kesehatan, Tingkat Pendidikan, Dan Upah Terhadap Produktivitas Tenaga Kerja di Indonesia', *Jiep*, 17(2), pp. 67–77.
- Rohima, S. *et al.* (2013) 'Vicious Circle Analysis of Poverty and Entrepreneurship', *IOSR Journal of Business and Management*, 7(1), pp. 33–46. doi: 10.9790/487x-0713346.
- Sharma, R. (2018) 'Health and economic growth: Evidence from dynamic panel data of 143 years', *PLoS ONE*, 13(10), pp. 1–20. doi: 10.1371/journal.pone.0204940.
- Wahyuningsih, W. (2017) 'Millenium Develompent Goals (Mdgs) Dan Sustainable Development Goals (Sdgs) Dalam Kesejahteraan Sosial', *Bisma*, 11(3), pp. 390–399. doi: 10.19184/bisma.v11i3.6479.