Jurnal Media Health Community
ISSN : 2085-5273

Vol. 9 No. 2 September 2026
Hal 1-12

Jurnal Media Health Commnuity

Investasi Pendidikan dan Dampaknya terhadap Kesehatan Penduduk: Perspektif Pendidikan Ekonomi

Agussalim[1], Abdurrahman Achmad[2]

[1,2] Pendidikan Ekonomi Universitas Negeri Makassar
Email Korespondensi: agussalim@unm.ac.id

Abstrak

Artikel ini mengevaluasi hubungan timbal balik antara investasi pendidikan dan luaran kesehatan penduduk melalui sintesis literatur komprehensif yang mengintegrasikan perspektif ekonomi dan sosial. Kajian ini menelaah bagaimana pendidikan memengaruhi kesejahteraan, literasi kesehatan, perilaku preventif, akses terhadap layanan, serta produktivitas individu dan masyarakat. Pendidikan dipahami sebagai investasi modal manusia yang memperkuat pengetahuan, keterampilan, kemampuan mengambil keputusan, dan kapasitas adaptasi sepanjang daur kehidupan. Hasil sintesis menunjukkan bahwa peningkatan capaian pendidikan berpotensi memperbaiki status kesehatan melalui pilihan hidup yang lebih sehat, pemanfaatan layanan yang lebih tepat, dan peluang sosial-ekonomi yang lebih luas. Sebaliknya, kesehatan yang baik mendukung kehadiran, proses belajar, dan pengembangan kemampuan. Namun, manfaat tersebut tidak otomatis merata karena dipengaruhi kemiskinan, kualitas sekolah, lokasi geografis, gender, disabilitas, dan ketersediaan layanan publik. Oleh sebab itu, kebijakan perlu menggabungkan pembiayaan pendidikan yang adil, penguatan literasi kesehatan, perlindungan sosial, dan layanan kesehatan yang mudah dijangkau. Pendekatan lintas disiplin dan lintas sektor diperlukan untuk mengurangi ketimpangan, meningkatkan kesejahteraan, serta mendorong pertumbuhan ekonomi yang inklusif dan berkelanjutan. Evaluasi kebijakan menggunakan indikator multidimensional untuk menilai perubahan jangka panjang. Integrasi strategis antara institusi pendidikan, layanan kesehatan, dan agen pemberdayaan masyarakat menjadi fondasi utama dalam menciptakan lingkungan pendukung yang komprehensif

Kata Kunci: *Investasi Pendidikan, Kesehatan Penduduk, Ekonomi*

Vol. 9 No. 2 September 2026
Hal 1-12

Abstract

This article evaluates the reciprocal relationship between education investment and population health outcomes through a comprehensive literature synthesis that integrates economic and social perspectives. The study examines how education influences well-being, health literacy, preventive behaviors, access to services, and the productivity of both individuals and society. Education is understood as an investment in human capital that enhances knowledge, skills, decision-making abilities, and adaptive capacity throughout the life course. The synthesis indicates that improved educational attainment has the potential to enhance health status through healthier lifestyle choices, more appropriate service utilization, and expanded socio-economic opportunities. Conversely, good health supports attendance, the learning process, and skill development. However, these benefits are not automatically equitable, as they are influenced by poverty, school quality, geographic location, gender, disability, and the availability of public services. Therefore, policies must combine equitable education financing, the strengthening of health literacy, social protection, and accessible healthcare services. A multidisciplinary and cross-sectoral approach is required to reduce inequality, improve well-being, and foster inclusive, sustainable economic growth. Policy evaluation employs multidimensional indicators to assess long-term changes. Strategic integration among educational institutions, healthcare services, and community empowerment agencies serves as the cornerstone for creating a comprehensive, supportive environment.

***Keywords**: Education Investment, Population Health, Economics*

Pendahuluan

Investasi dalam modal manusia melalui pendidikan berfungsi sebagai determinan struktural yang secara signifikan membentuk luaran kesehatan jangka panjang melalui peningkatan literasi kesehatan dan kemampuan individu dalam mengelola risiko penyakit. Dalam perspektif pendidikan ekonomi, pendidikan tidak semata-mata dipahami sebagai proses transfer pengetahuan, melainkan sebagai investasi yang meningkatkan kapasitas produktif, pilihan hidup, pendapatan, serta kemampuan seseorang untuk memanfaatkan sumber daya kesehatan secara efektif. Pendidikan memperluas keterampilan kognitif, kemampuan memecahkan masalah, dan kapasitas mengambil keputusan, sehingga individu yang memperoleh pendidikan lebih baik cenderung mampu memahami informasi medis, menilai risiko perilaku, mengikuti anjuran tenaga kesehatan, dan melakukan pencegahan penyakit secara lebih konsisten. Kajian lintas negara menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi berkaitan dengan kondisi kesehatan dan harapan hidup yang lebih baik, sementara pendidikan tinggi juga berhubungan dengan penurunan kematian bayi, peningkatan vaksinasi anak, dan perbaikan indikator kesehatan masyarakat (Raghupathi & Raghupathi, 2020).

Hubungan tersebut memperlihatkan bahwa manfaat investasi pendidikan tidak berhenti pada peningkatan kompetensi tenaga kerja, tetapi juga menghasilkan pengembalian sosial melalui peningkatan kualitas hidup dan produktivitas penduduk. Secara ekonomi, kesehatan dan pendidikan merupakan dua bentuk modal yang saling memperkuat. Pendidikan meningkatkan peluang memperoleh pekerjaan yang lebih aman dan berpendapatan lebih tinggi, sedangkan kondisi kesehatan yang baik memungkinkan individu mengikuti pendidikan, bekerja secara produktif, dan mempertahankan

pendapatan sepanjang siklus hidup. Dengan demikian, investasi pendidikan dapat menurunkan beban ekonomi akibat penyakit melalui berkurangnya kehilangan hari kerja, biaya pengobatan yang dapat dicegah, serta ketergantungan rumah tangga pada anggota keluarga lain. Model modal kesehatan menjelaskan bahwa individu dapat mengalokasikan waktu dan sumber daya untuk memproduksi serta mempertahankan kesehatan; dalam kerangka ini, pendidikan meningkatkan efisiensi seseorang dalam mengubah sumber daya menjadi kesehatan karena memperbaiki pengetahuan, penalaran, dan kemampuan memilih input kesehatan (Raghupathi & Raghupathi, 2020).

Hubungan pendidikan dan kesehatan tidak bersifat linear serta tidak sepenuhnya dapat dijelaskan oleh pilihan individu. Latar belakang keluarga, kualitas lingkungan tempat tinggal, status sosial ekonomi, akses terhadap pangan bergizi, dan ketersediaan fasilitas kesehatan turut menentukan apakah pendidikan dapat menghasilkan manfaat kesehatan yang diharapkan. Penelitian mengenai gradien pendidikan-kesehatan menunjukkan bahwa kemampuan kognitif, nonkognitif, dan kondisi kesehatan yang terbentuk sejak masa kanak-kanak berpengaruh terhadap capaian pendidikan dan kesehatan ketika dewasa; bahkan, seleksi berdasarkan karakteristik awal kehidupan menjelaskan sebagian besar perbedaan pendidikan dalam kesehatan buruk dan obesitas (Conti et al., 2010). Temuan ini penting karena mengingatkan bahwa pendidikan bukanlah intervensi yang berdiri sendiri, melainkan bagian dari rangkaian investasi sejak usia dini. Anak yang tumbuh dalam keluarga berpendidikan rendah dan miskin berpotensi mengalami akumulasi kerugian berupa gizi buruk, stimulasi belajar yang terbatas, rendahnya akses layanan kesehatan, dan kesempatan pendidikan yang lebih sempit. Sebaliknya, pendidikan orang tua dapat memengaruhi praktik pengasuhan, pemanfaatan layanan preventif, keputusan imunisasi, pola makan, dan kemampuan menyediakan lingkungan yang mendukung perkembangan anak.

Efek antargenerasi tersebut menyebabkan pendidikan berperan sebagai mekanisme yang dapat memutus atau memperkuat reproduksi ketimpangan kesehatan. Penelitian tentang interaksi pendidikan personal dan pendidikan orang tua menunjukkan bahwa pencapaian pendidikan seseorang dapat mengurangi dampak negatif yang berasal dari rendahnya pendidikan orang tua, sedangkan kombinasi rendahnya pendidikan orang tua dan rendahnya pendidikan anak memperbesar kerugian kesehatan lintas generasi (Ross & Mirowsky, 2010). Dari perspektif sosial, pendidikan merupakan determinan sosial kesehatan karena memengaruhi distribusi sumber daya, kekuasaan, kesempatan, dan posisi individu dalam struktur masyarakat. Pendidikan yang berkualitas membantu seseorang mengakses pekerjaan layak, perlindungan sosial, perumahan sehat, transportasi, serta layanan kesehatan yang bermutu. Namun, apabila distribusi kesempatan pendidikan tidak merata, pendidikan juga dapat berfungsi sebagai pembentuk stratifikasi yang memperlebar kesenjangan. Individu dengan pendidikan tinggi biasanya memiliki kemampuan lebih besar untuk memperoleh informasi, menavigasi sistem kesehatan, berkomunikasi dengan tenaga medis, dan memilih layanan yang sesuai; sementara kelompok berpendidikan rendah dapat menghadapi hambatan administratif, geografis, finansial, maupun bahasa.

Tinjauan integratif mengenai literasi kesehatan menemukan bahwa status sosial ekonomi yang kurang menguntungkan, khususnya tingkat pendidikan rendah, berkaitan

dengan literasi kesehatan yang lebih rendah, dan bahwa literasi kesehatan menjadi mediator antara status sosial ekonomi dengan perilaku kesehatan, kualitas hidup, luaran kesehatan, serta penggunaan layanan preventif (Stormacq et al., 2018). Oleh sebab itu, peningkatan akses pendidikan perlu disertai penyederhanaan informasi kesehatan dan desain layanan yang ramah bagi kelompok dengan kemampuan literasi terbatas. Sekolah dapat menjadi ruang strategis untuk membangun kebiasaan hidup sehat melalui pendidikan gizi, kesehatan reproduksi, aktivitas fisik, kesehatan mental, pencegahan kecanduan, dan keterampilan mengambil keputusan. Pengaruh sekolah juga dapat melampaui peserta didik karena pengetahuan yang diperoleh dapat disebarkan kepada keluarga dan komunitas. Namun, efektivitas pendidikan kesehatan bergantung pada kualitas kurikulum, kompetensi pendidik, lingkungan sekolah, ketersediaan fasilitas, dan keterhubungan antara sekolah dengan layanan kesehatan primer. Dalam konteks ini, investasi pendidikan tidak cukup diukur melalui angka partisipasi atau lama sekolah, tetapi juga melalui mutu pembelajaran, relevansi pengetahuan, kemampuan berpikir kritis, dan pemerataan hasil belajar.

Literatur yang ada masih memperlihatkan beberapa kesenjangan. Pertama, banyak penelitian menempatkan pendidikan sebagai variabel tunggal yang diukur melalui lama sekolah atau tingkat ijazah, sehingga kurang menjelaskan kualitas proses belajar dan keterampilan yang benar-benar diperoleh. Kedua, hubungan statistik antara pendidikan dan kesehatan sering kali belum sepenuhnya membedakan pengaruh kausal pendidikan dari pengaruh kondisi awal keluarga, kemampuan individu, pendapatan, dan lingkungan sosial. Ketiga, bukti mengenai mekanisme yang menghubungkan pendidikan dengan kesehatan masih lebih banyak berasal dari negara maju, sedangkan konteks negara berkembang menghadirkan persoalan berbeda berupa ketimpangan wilayah, informalitas pekerjaan, keterbatasan layanan, kesenjangan digital, dan variasi budaya. Keempat, penelitian sering memusatkan perhatian pada hasil kesehatan individu tanpa mengkaji dampak kolektif pendidikan terhadap ketahanan keluarga, produktivitas komunitas, pembiayaan kesehatan, dan mobilitas sosial.

Tinjauan literatur ini berfokus pada bagaimana investasi pendidikan memengaruhi kesehatan penduduk melalui empat jalur utama, yaitu peningkatan literasi dan perilaku kesehatan, perluasan akses terhadap layanan serta sumber daya ekonomi, penguatan kesejahteraan dan produktivitas, serta pengurangan atau reproduksi ketimpangan sosial. Perspektif ekonomi digunakan untuk menilai pendidikan sebagai investasi dengan pengembalian individual dan sosial, sedangkan perspektif sosial digunakan untuk memahami bagaimana institusi, norma, kelas sosial, gender, wilayah, dan kebijakan publik membentuk distribusi manfaatnya. Pendekatan gabungan tersebut diperlukan agar pendidikan tidak dipandang hanya sebagai sarana peningkatan pendapatan, melainkan sebagai kebijakan lintas sektor yang dapat memperbaiki kemampuan hidup sehat dan memperluas kesempatan hidup yang setara. Dengan demikian, kajian ini menempatkan investasi pendidikan sebagai bagian dari strategi pembangunan manusia yang menghubungkan kualitas pembelajaran, kesehatan penduduk, kesejahteraan rumah tangga, dan keadilan sosial secara simultan.

Metode Penelitian

Tinjauan ini menerapkan pendekatan tematik sistematis untuk mengevaluasi literatur lintas disiplin yang menghubungkan pencapaian pendidikan dengan luaran kesehatan penduduk. Pendekatan tersebut dipilih karena hubungan pendidikan dan kesehatan dibentuk oleh mekanisme yang berlapis, mencakup pendapatan, kondisi kerja, literasi kesehatan, perilaku, akses layanan, serta konteks sosial dan kelembagaan. Prosedur tinjauan disusun secara bertahap melalui perumusan pertanyaan kajian, penetapan protokol, pencarian sumber, penyaringan artikel, ekstraksi data, penilaian mutu, dan sintesis temuan, sejalan dengan prinsip pelaporan transparan dalam PRISMA (Liberati et al., 2009).

Pencarian dilakukan pada basis data akademik multidisiplin dan kesehatan dengan kombinasi kata kunci dalam bahasa Indonesia dan Inggris, seperti education investment, educational attainment, human capital, health outcomes, health behavior, health-care access, health literacy, well-being, dan health inequality. Kata kunci tersebut dikombinasikan menggunakan operator Boolean serta disesuaikan dengan karakteristik setiap basis data agar artikel yang membahas perspektif ekonomi, sosial, dan kesehatan dapat teridentifikasi secara memadai. Sumber yang dipertimbangkan meliputi artikel jurnal peer-reviewed, tinjauan sistematis, studi empiris kuantitatif dan kualitatif, serta penelitian konseptual yang diterbitkan dalam bahasa Indonesia atau Inggris. Artikel dimasukkan apabila membahas hubungan eksplisit antara pendidikan atau investasi pendidikan dan setidaknya satu luaran kesehatan, kesejahteraan, perilaku kesehatan, akses layanan, atau ketimpangan sosial, serta menyediakan uraian metodologis dan temuan yang dapat dianalisis.

Artikel dikeluarkan apabila hanya berfokus pada intervensi klinis tanpa dimensi pendidikan, berupa editorial atau opini, merupakan duplikasi, atau tidak menyajikan informasi yang cukup mengenai populasi, konteks, dan hasil penelitian. Proses seleksi dilakukan melalui pemeriksaan judul dan abstrak, dilanjutkan dengan penilaian teks lengkap; ketidaksesuaian keputusan diselesaikan melalui pemeriksaan ulang terhadap kriteria. Informasi yang diekstraksi mencakup karakteristik studi, negara dan kelompok populasi, indikator pendidikan, luaran kesehatan, mekanisme hubungan, desain penelitian, keterbatasan, serta implikasi kebijakan. Mutu metodologis tidak semata-mata digunakan untuk menghapus penelitian, tetapi juga dipertimbangkan ketika menilai kekuatan dan konsistensi bukti (Latulippe et al., 2017). Selanjutnya, temuan dikodekan secara tematik dan dikelompokkan ke dalam jalur modal manusia, determinan sosial, perilaku kesehatan, akses sumber daya, kesejahteraan, dan reproduksi ketimpangan. Sintesis naratif digunakan untuk membandingkan pola hubungan, perbedaan konteks, mekanisme mediasi, serta kondisi yang memperkuat atau melemahkan manfaat pendidikan, tanpa menggabungkan hasil secara statistik apabila terdapat heterogenitas definisi, desain, dan ukuran luaran.

Hasil dan Pembahasan

Perspektif Pendidikan Ekonomi

Perspektif **pendidikan** ekonomi, pendidikan dipahami sebagai investasi modal manusia yang meningkatkan kapasitas individu untuk memperoleh, mengolah, dan menerapkan

pengetahuan sepanjang siklus hidup. Pendidikan tidak hanya menghasilkan keterampilan kerja, tetapi juga memperluas kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, menilai risiko, dan mengalokasikan sumber daya untuk mempertahankan kesehatan. Kerangka modal manusia menempatkan pengetahuan, keterampilan, kemampuan bernalar, dan kapasitas adaptasi sebagai aset produktif yang dapat digunakan untuk meningkatkan kesehatan sekaligus pendapatan (Raghupathi & Raghupathi, 2020). Dengan demikian, hubungan pendidikan dan kesehatan tidak bersifat satu arah. Pendidikan dapat meningkatkan kesehatan melalui berbagai jalur, sedangkan kesehatan yang lebih baik juga memungkinkan seseorang mengikuti pendidikan secara lebih konsisten, menyelesaikan sekolah, dan mempertahankan produktivitasnya di pasar kerja.

Mekanisme ekonomi pertama berkaitan dengan peningkatan pendapatan dan keamanan kerja. Pencapaian pendidikan yang lebih tinggi cenderung memperbesar peluang memperoleh pekerjaan formal, upah yang lebih baik, perlindungan sosial, dan kondisi kerja yang relatif aman. Pendapatan tersebut memungkinkan rumah tangga membeli makanan bergizi, menyediakan tempat tinggal yang layak, memperoleh air bersih dan sanitasi, membayar transportasi menuju fasilitas kesehatan, serta memenuhi biaya pengobatan ketika sakit. Dalam rumah tangga miskin, tambahan pendapatan yang diperoleh melalui pendidikan dapat mengurangi pilihan-pilihan yang merugikan kesehatan, seperti menunda pengobatan, mengurangi konsumsi pangan, atau menarik anak dari sekolah untuk membantu pekerjaan keluarga. Oleh karena itu, manfaat ekonomi pendidikan tidak hanya diterima oleh individu yang bersekolah, tetapi juga dapat menyebar kepada anggota keluarga melalui peningkatan kapasitas konsumsi dan pengelolaan sumber daya. Mekanisme kedua adalah peningkatan produktivitas tenaga kerja. Pendidikan memperkuat keterampilan kognitif, teknis, komunikasi, pemecahan masalah, dan kemampuan beradaptasi terhadap perubahan teknologi. Pekerja yang memiliki keterampilan tersebut umumnya lebih mampu memahami prosedur kerja, mengenali bahaya, menggunakan alat pelindung, serta menyesuaikan diri dengan perubahan tuntutan pekerjaan. Kondisi kesehatan yang baik pada saat yang sama meningkatkan kemampuan fisik dan mental untuk bekerja, mengurangi absensi, dan memperpanjang masa produktif. Bukti dari Indonesia menunjukkan bahwa indikator pendidikan dan kesehatan berhubungan dengan variasi produktivitas antarprovinsi, meskipun pengaruhnya berbeda dari modal fisik (Sari & Farah, 2014). Temuan tersebut memperlihatkan bahwa pendidikan dan kesehatan sebaiknya dianalisis sebagai komponen yang saling melengkapi dalam pembangunan ekonomi, bukan sebagai sektor yang berdiri sendiri.

Mekanisme ketiga berhubungan dengan efisiensi pengambilan keputusan. Individu yang memiliki pendidikan lebih baik cenderung mempunyai kapasitas lebih besar untuk membandingkan biaya dan manfaat tindakan kesehatan, memahami instruksi pengobatan, mengenali gejala, serta menentukan kapan harus mencari pertolongan. Pendidikan juga dapat meningkatkan kemampuan seseorang berkomunikasi dengan tenaga kesehatan, mengajukan pertanyaan, membaca informasi medis, dan menilai kredibilitas sumber informasi. Dalam konteks layanan kesehatan yang semakin kompleks, kemampuan tersebut penting karena pasien sering kali harus memilih antara berbagai jenis layanan, memahami risiko tindakan medis, serta mengikuti jadwal pengobatan yang tidak selalu sederhana. Dengan kata lain, pendidikan dapat menurunkan biaya informasi yang harus ditanggung individu ketika mengambil keputusan kesehatan.

Mekanisme keempat muncul melalui pengelolaan rumah tangga dan investasi antargenerasi. Orang tua yang berpendidikan lebih baik cenderung mempunyai kemampuan lebih besar dalam merencanakan pengeluaran, memantau pertumbuhan anak, menentukan pola makan, menjaga kebersihan, dan memanfaatkan layanan preventif. Pengetahuan tersebut dapat memengaruhi kesehatan anak bahkan ketika pendapatan rumah tangga relatif terbatas. Pendidikan ibu, misalnya, dapat berhubungan dengan kemampuan mengenali tanda bahaya kehamilan, memanfaatkan pemeriksaan antenatal, mengikuti imunisasi, serta mengambil

keputusan ketika anak mengalami sakit. Namun, pengaruh ini tidak dapat dipisahkan dari tersedianya fasilitas kesehatan, biaya layanan, norma keluarga, dan dukungan pasangan. Pendidikan memperkuat kapasitas untuk bertindak, tetapi tidak selalu menyediakan sumber daya material yang diperlukan untuk mewujudkan tindakan tersebut. Mekanisme kelima berkaitan dengan preferensi waktu dan perilaku investasi jangka panjang. Pendidikan dapat meningkatkan kemampuan individu memperkirakan konsekuensi masa depan dari perilaku saat ini. Seseorang mungkin menjadi lebih bersedia mengurangi konsumsi rokok, menjaga pola makan, melakukan aktivitas fisik, atau menjalani pemeriksaan kesehatan karena memahami bahwa manfaatnya akan dirasakan dalam jangka panjang. Meskipun demikian, bukti kausal tidak selalu mendukung anggapan bahwa tambahan lama sekolah otomatis mengubah semua perilaku kesehatan. Tinjauan terhadap eksperimen dan eksperimen kuasi menunjukkan bahwa pengaruh pendidikan terhadap mortalitas berbeda menurut konteks, gender, kualitas pendidikan, imbal hasil pendidikan di pasar kerja, dan pengaruh kelompok sebaya; bukti mengenai obesitas juga tidak menunjukkan efek yang konsisten, sementara pengaruh terhadap kebiasaan merokok lebih tampak pada reformasi yang mengubah jalur pendidikan atau komposisi teman sebaya (Galama et al., 2018).

Temuan ini penting karena menunjukkan bahwa kualitas dan pengalaman pendidikan mungkin lebih menentukan daripada sekadar jumlah tahun bersekolaHubungan statistik antara pendidikan dan kesehatan karena itu perlu dibedakan dari hubungan kausal. Individu yang lebih sehat sejak masa kanak-kanak mungkin memiliki kemampuan belajar lebih baik, lebih jarang absen, dan lebih besar kemungkinannya menyelesaikan pendidikan. Keluarga dengan pendapatan tinggi juga dapat menyediakan makanan bergizi, lingkungan belajar, akses internet, layanan kesehatan, dan dukungan pendidikan yang sekaligus meningkatkan kesehatan anak. Apabila faktor-faktor tersebut tidak dikendalikan, pengaruh pendidikan dapat terlihat lebih besar daripada pengaruh sebenarnya. Masalah lain adalah kualitas pendidikan yang berbeda antarwilayah dan antarkelompok. Dua individu dengan lama sekolah yang sama mungkin memiliki kemampuan membaca, literasi numerasi, literasi kesehatan, serta prospek kerja yang sangat berbeda. Oleh sebab itu, pengukuran pendidikan sebaiknya tidak terbatas pada lama sekolah, tetapi juga mencakup kualitas pembelajaran, keterampilan yang diperoleh, jenis sekolah, relevansi kurikulum, dan pengalaman belajarLiteratur empiris memperlihatkan bahwa asosiasi antara pendidikan dan kesehatan secara umum cukup kuat, tetapi besarnya pengaruh pendidikan secara mandiri tidak selalu seragam. Beberapa studi lintas negara menemukan bahwa pendidikan berhubungan dengan harapan hidup, penurunan mortalitas, dan peningkatan perilaku kesehatan, sedangkan studi kausal menemukan variasi menurut institusi, pasar kerja, kualitas sekolah, serta karakteristik sosial penduduk (Galama et al., 2018; Raghupathi & Raghupathi, 2020).

Perbedaan tersebut bukan semata-mata kelemahan penelitian, melainkan menunjukkan bahwa pendidikan bekerja melalui mekanisme yang bergantung pada konteks. Di negara dengan layanan kesehatan universal, pendidikan mungkin lebih banyak memengaruhi kesehatan melalui perilaku, kemampuan navigasi layanan, dan kondisi kerja. Di negara dengan pembiayaan kesehatan yang terbatas, pengaruh pendapatan dan kemampuan membayar layanan mungkin lebih dominan. Di wilayah dengan pekerjaan informal yang luas, pendidikan belum tentu menghasilkan keamanan kerja atau perlindungan sosial yang memadai.

Pada tingkat makroekonomi, investasi pendidikan dan kesehatan dapat menghasilkan keuntungan sosial berupa peningkatan produktivitas agregat, berkurangnya kehilangan hari kerja, meningkatnya partisipasi angkatan kerja, dan menurunnya beban kemiskinan. Investasi publik dalam pendidikan dan kesehatan dapat memperluas kesempatan memperoleh sumber daya manusia yang sehat, mendorong produktivitas, meningkatkan pendapatan, dan mengurangi kemiskinan (Widodo et al., 2012). Keluarga yang lebih sehat dan berpendidikan juga berpotensi mengurangi pengeluaran kuratif yang besar, sehingga sumber daya dapat dialihkan untuk pendidikan anak, perumahan, tabungan, atau kegiatan produktif. Namun, manfaat tersebut tidak selalu muncul secara cepat. Investasi pendidikan menghasilkan pengembalian dalam jangka panjang dan memerlukan kesinambungan kebijakan, kualitas pengajaran, serta pasar kerja yang mampu menyerap lulusan.

Perspektif ekonomi dengan demikian menegaskan bahwa pendidikan menghasilkan pengembalian kesehatan melalui pendapatan, produktivitas, literasi, stabilitas rumah tangga, dan penguatan kapasitas pengambilan keputusan. Akan tetapi, pendidikan tidak dapat diperlakukan sebagai instrumen tunggal untuk memperbaiki kesehatan. Pengembaliannya bergantung pada mutu pembelajaran, distribusi kesempatan ekonomi, perlindungan tenaga kerja, pembiayaan kesehatan, dan kondisi lingkungan. Pendidikan yang diperluas tanpa peningkatan kualitas dan tanpa penciptaan pekerjaan layak dapat menghasilkan kredensial formal, tetapi tidak selalu meningkatkan kemampuan hidup sehat. Karena itu, evaluasi investasi pendidikan perlu memasukkan manfaat langsung dan tidak langsung, manfaat individual dan sosial, serta perbedaan dampak menurut kelas sosial, jenis kelamin, wilayah, dan tahap kehidupan.

Perspektif Sosial

Perspektif sosial memperluas analisis dengan menempatkan pendidikan dalam struktur stratifikasi, institusi, norma, dan relasi kekuasaan yang menentukan siapa yang memperoleh manfaat kesehatan dari pendidikan. Dalam kerangka ini, pendidikan bukan sekadar atribut individual, melainkan bagian dari proses sosial yang dipengaruhi oleh kelas, gender, etnisitas, wilayah tempat tinggal, kualitas lingkungan, dan kebijakan publik. Pendidikan bekerja sebagai sumber daya sosial karena menentukan akses terhadap informasi, jaringan, pekerjaan terlindungi, lembaga pelayanan, dan posisi tawar dalam berinteraksi dengan institusi. Teori penyebab fundamental menjelaskan bahwa pendidikan dapat memengaruhi kesehatan karena membuka akses terhadap sumber daya seperti pendapatan, lingkungan aman, gaya hidup sehat, kekuasaan, prestise, dan hubungan sosial (Raghupathi & Raghupathi, 2020).

Individu dengan tingkat pendidikan tinggi umumnya memiliki akses lebih besar terhadap informasi kesehatan, jaringan sosial, pekerjaan yang terlindungi, serta lembaga pelayanan yang berkualitas. Namun, akses tersebut tidak tersebar secara merata. Keluarga miskin, penduduk wilayah terpencil, kelompok minoritas, penyandang disabilitas, dan komunitas yang mengalami diskriminasi sering menghadapi hambatan berlapis sejak tahap pendidikan dasar. Hambatan tersebut dapat berupa biaya sekolah,

jarak, keterbatasan transportasi, kurangnya guru, bahasa pengantar yang tidak sesuai, fasilitas yang buruk, tekanan untuk bekerja, serta norma gender yang membatasi keberlanjutan pendidikan. Dengan demikian, ketimpangan pendidikan sejak awal dapat berubah menjadi ketimpangan kesehatan sepanjang siklus hidup.

Literatur lintas negara menunjukkan bahwa ketimpangan kesehatan telah terbentuk sejak masa remaja dan berkaitan erat dengan status sosial-ekonomi keluarga (Elgar et al., 2015). Lingkungan miskin dapat membatasi kualitas makanan, keamanan tempat tinggal, dukungan belajar, dan akses terhadap layanan kesehatan mental. Pengalaman tersebut memengaruhi perkembangan kognitif dan emosional, prestasi sekolah, serta peluang kerja pada masa dewasa. Karena itu, hubungan pendidikan dan kesehatan tidak hanya berlangsung setelah seseorang lulus sekolah, tetapi dimulai sejak kondisi sosial yang membentuk kesiapan belajar. Investasi pendidikan yang baru dilakukan pada jenjang tinggi mungkin tidak cukup apabila ketimpangan gizi, kesehatan, dan lingkungan pada masa kanak-kanak telah menghasilkan kerugian kumulatif.

Dalam perspektif sosial, pendidikan memengaruhi kesehatan melalui pembentukan norma dan perilaku. Sekolah dapat memperkenalkan pengetahuan tentang kebersihan, gizi, kesehatan reproduksi, pencegahan penyakit, kesehatan mental, dan penggunaan layanan kesehatan. Sekolah juga membangun keterampilan sosial, rasa percaya diri, kemampuan berkomunikasi, serta kapasitas berpartisipasi dalam komunitas. Pengalaman tersebut dapat memperkuat otonomi individu, khususnya bagi perempuan dan kelompok yang secara historis memiliki posisi tawar lebih rendah. Pendidikan perempuan, misalnya, berhubungan dengan peningkatan pemanfaatan layanan reproduksi, pengurangan perkawinan anak, dan peningkatan investasi kesehatan anak. Bukti dari negara berpendapatan rendah dan menengah menunjukkan bahwa perempuan dengan pendidikan menengah atau lebih tinggi memiliki kemungkinan lebih besar memperoleh cakupan kontrasepsi dan pemeriksaan antenatal dibandingkan kelompok dengan pendidikan lebih rendah (Adegbosin et al., 2019).

Akan tetapi, kemampuan individu untuk menggunakan pengetahuan tidak hanya ditentukan oleh literasi. Ketersediaan fasilitas, biaya layanan, jarak geografis, bahasa, penerimaan budaya, kualitas komunikasi, serta perlakuan tenaga kesehatan turut menentukan apakah pengetahuan dapat diwujudkan menjadi tindakan. Seseorang mungkin memahami pentingnya pemeriksaan kesehatan, tetapi tidak dapat mengakses layanan karena tidak memiliki biaya transportasi, jaminan kesehatan, atau waktu untuk meninggalkan pekerjaan. Demikian pula, penduduk yang memahami informasi digital dapat tetap tertinggal apabila jaringan internet, perangkat, dan layanan daring hanya tersedia di wilayah perkotaan. Kajian mengenai ketimpangan sosial dan kesehatan digital menunjukkan bahwa teknologi kesehatan berpotensi memperluas maupun memperdalam ketimpangan, sehingga kualitas studi dan keterbatasan kelompok rentan perlu dipertimbangkan dalam sintesis (Latulippe et al., 2017).

Pendidikan juga memengaruhi kesehatan melalui jaringan sosial dan modal sosial. Sekolah mempertemukan individu dengan teman sebaya, guru, organisasi, dan komunitas yang dapat menyediakan dukungan emosional maupun informasi. Jaringan tersebut dapat membantu seseorang memperoleh pekerjaan, menemukan fasilitas kesehatan, memahami hak sosial, atau mendapatkan bantuan ketika menghadapi krisis.

Namun, jaringan sosial bersifat tidak setara. Sekolah berkualitas tinggi biasanya menyediakan hubungan dengan institusi dan peluang yang lebih luas, sedangkan sekolah di wilayah miskin mungkin memiliki sumber daya dan koneksi yang terbatas. Perbedaan tersebut membuat pendidikan berfungsi sebagai mekanisme mobilitas sosial bagi sebagian orang, tetapi sebagai reproduksi keunggulan bagi kelompok lain.

Pendidikan dapat berfungsi ganda sebagai penggerak peluang sekaligus reproduktor ketimpangan. Peningkatan rata-rata lama sekolah pada tingkat populasi belum tentu menghapus kesenjangan kesehatan apabila kelompok berpenghasilan tinggi tetap memperoleh pendidikan dengan mutu, jaringan, dan prospek kerja yang lebih baik. Komersialisasi pendidikan dapat memperkuat pola tersebut ketika sekolah berkualitas terkonsentrasi pada keluarga yang mampu membayar, sementara kelompok miskin menerima layanan dengan fasilitas dan tenaga pengajar yang lebih terbatas. Bukti global mengenai kesenjangan pendidikan menunjukkan bahwa perluasan pendidikan publik, terutama bagi masyarakat pedesaan dan wilayah yang kurang terlayani, lebih berpotensi mengurangi ketimpangan daripada ekspansi pendidikan yang sepenuhnya bergantung pada kemampuan membayar (Collaborators, 2019).

Dimensi gender memperlihatkan bagaimana institusi pendidikan dapat menghasilkan dampak kesehatan yang berbeda bagi laki-laki dan perempuan. Pendidikan dapat meningkatkan otonomi perempuan, memperluas pilihan kerja, dan memperkuat kemampuan mengambil keputusan mengenai reproduksi dan kesehatan keluarga. Namun, sekolah juga dapat menjadi ruang reproduksi stereotip gender, kekerasan, tekanan prestasi, atau ekspektasi sosial yang merugikan kesehatan mental. Kajian mengenai determinan pendidikan anak menunjukkan bahwa tekanan untuk memperoleh nilai tinggi, keterlibatan orang tua yang berlebihan, dan kekhawatiran terhadap masa depan akademik dapat berdampak negatif terhadap kesehatan mental, terutama pada anak perempuan (Fillol et al., 2024). Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan pendidikan tidak cukup dinilai dari angka partisipasi atau prestasi akademik, tetapi juga dari keamanan, inklusivitas, dan kesejahteraan peserta didik.

Dimensi wilayah juga sangat penting. Penduduk perkotaan biasanya lebih dekat dengan sekolah, rumah sakit, apotek, transportasi, dan infrastruktur digital. Sebaliknya, masyarakat pedesaan dan kepulauan dapat menghadapi kekurangan guru, tenaga kesehatan, jaringan internet, serta layanan rujukan. Dalam kondisi demikian, pendidikan mungkin meningkatkan pengetahuan kesehatan, tetapi dampaknya tertahan oleh keterbatasan struktural. Tinjauan mengenai determinan sosial kesehatan di Indonesia menemukan bahwa kemiskinan, isolasi geografis, kesenjangan pendidikan, dan keterbatasan infrastruktur menjadi hambatan penting terhadap akses serta hasil kesehatan, khususnya di komunitas rural (Thamrin et al., 2025). Temuan ini memperlihatkan bahwa kebijakan pendidikan harus dirancang bersama kebijakan transportasi, digitalisasi, perlindungan sosial, dan penguatan layanan kesehatan primer.

Perbandingan antarpenelitian memperlihatkan adanya konsistensi pada arah hubungan, tetapi tidak selalu pada kekuatan dan mekanisme pengaruh. Sebagian besar studi menunjukkan bahwa posisi sosial-ekonomi dan pendidikan yang lebih baik berkaitan dengan status kesehatan yang lebih tinggi. Namun, studi yang menelusuri mekanisme kausal menemukan hasil yang lebih beragam. Sebagian penelitian menekankan

pendapatan dan pekerjaan, sementara penelitian lain menunjukkan pentingnya literasi kesehatan, otonomi, dukungan sosial, perilaku, kualitas lingkungan, dan institusi. Perbedaan desain penelitian juga berpengaruh. Studi potong lintang dapat menunjukkan asosiasi, tetapi lebih terbatas dalam menjelaskan urutan waktu. Studi longitudinal dapat mengamati perubahan sepanjang hidup, sedangkan eksperimen kuasi berupaya mengisolasi dampak kebijakan pendidikan. Karena setiap metode memiliki keterbatasan, sintesis temuan perlu membedakan bukti korelasional, mediasi, dan kausal.

Perbedaan konteks negara turut menjelaskan variasi hasil. Di negara dengan ketimpangan pendapatan tinggi, pendidikan mungkin meningkatkan kesehatan terutama melalui akses ekonomi. Di negara dengan layanan publik yang kuat, pengaruh pendidikan dapat muncul melalui perilaku, partisipasi sosial, dan pemanfaatan layanan preventif. Di negara berkembang, pendidikan sering berinteraksi dengan informalitas pekerjaan, keterbatasan perlindungan sosial, kemiskinan, dan perbedaan wilayah. Oleh karena itu, peningkatan pendidikan formal tanpa reformasi pasar kerja dan layanan publik dapat menghasilkan dampak kesehatan yang lebih kecil bagi kelompok miskin. Sebaliknya, kebijakan yang menggabungkan pendidikan bermutu, layanan kesehatan terjangkau, perlindungan sosial, dan pembangunan infrastruktur berpotensi menghasilkan manfaat yang lebih luas.

Analisis sosial pada akhirnya menuntut evaluasi terhadap distribusi manfaat, bukan hanya rata-rata hasil pendidikan dan kesehatan. Pertanyaan pentingnya bukan sekadar apakah pendidikan meningkatkan kesehatan, melainkan siapa yang memperoleh pendidikan berkualitas, siapa yang dapat mengubahnya menjadi pekerjaan dan pendapatan, siapa yang mampu menggunakan layanan kesehatan, serta kelompok mana yang tetap tertinggal. Investasi pendidikan akan lebih berkeadilan apabila disertai pembiayaan publik yang progresif, pemerataan mutu sekolah, dukungan bagi peserta didik miskin, perlindungan terhadap diskriminasi, layanan kesehatan terjangkau, dan kebijakan yang mengurangi hambatan struktural antarkelompok. Dengan pendekatan tersebut, pendidikan dapat berfungsi bukan hanya sebagai modal individual, tetapi juga sebagai instrumen redistribusi kesempatan, penguatan kohesi sosial, dan peningkatan kesehatan penduduk secara kolektif.

Kesimpulan dan Saran

Investasi pendidikan yang terintegrasi dengan sektor kesehatan secara fundamental meningkatkan modal manusia sekaligus menjadi penggerak utama pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan. Pendidikan tidak hanya memperluas pengetahuan dan keterampilan kerja, tetapi juga membentuk kemampuan individu dalam memahami informasi kesehatan, mengambil keputusan yang tepat, menerapkan perilaku hidup sehat, serta memanfaatkan layanan kesehatan secara efektif. Melalui proses tersebut, pendidikan berkontribusi terhadap peningkatan kesejahteraan fisik, mental, sosial, dan ekonomi sepanjang daur kehidupan. Individu yang memperoleh pendidikan berkualitas cenderung memiliki peluang kerja, produktivitas, pendapatan, dan kapasitas adaptasi yang lebih baik, sementara masyarakat memperoleh manfaat berupa

berkurangnya beban penyakit, meningkatnya partisipasi sosial, dan menguatnya ketahanan keluarga.

Namun, manfaat pendidikan terhadap kesehatan tidak berlangsung secara otomatis. Dampaknya sangat dipengaruhi oleh mutu pembelajaran, relevansi kurikulum, kondisi sosial-ekonomi keluarga, kualitas lingkungan sekolah, serta ketersediaan layanan kesehatan yang dapat dijangkau. Perluasan akses tanpa pemerataan kualitas berisiko mempertahankan ketimpangan antarkelompok dan antarwilayah. Oleh karena itu, investasi pendidikan harus diarahkan pada pembiayaan yang adil, penguatan kapasitas guru, penyediaan sarana sanitasi dan digital, pendidikan kesehatan yang kontekstual, serta dukungan khusus bagi kelompok miskin, penyandang disabilitas, masyarakat pedesaan, dan komunitas terpencil.

Sintesis literatur juga menegaskan bahwa hubungan pendidikan dan kesehatan memerlukan pendekatan lintas disiplin. Perspektif ekonomi membantu menjelaskan pendidikan sebagai investasi modal manusia dan sumber produktivitas jangka panjang, sedangkan perspektif sosial menunjukkan bahwa kesehatan dipengaruhi oleh distribusi kesempatan, kekuasaan, pendapatan, lingkungan, dan akses layanan. Karena itu, pemerintah perlu menyelaraskan kebijakan pendidikan, kesehatan, perlindungan sosial, ketenagakerjaan, sanitasi, transportasi, dan pembangunan digital dalam kerangka yang terkoordinasi. Evaluasi kebijakan hendaknya menggunakan indikator multidimensional yang mencakup capaian belajar, literasi kesehatan, perilaku preventif, kesejahteraan mental, akses layanan, produktivitas, serta perubahan kesenjangan. Dengan strategi tersebut, investasi pendidikan dapat menghasilkan penduduk yang lebih sehat, produktif, berdaya, dan mampu berkontribusi terhadap pembangunan sosial-ekonomi yang inklusif dan berkelanjutan

Daftar Pustaka

Adegbosin, A. E., Zhou, H., Wang, S., Stantić, B., & Sun, J. (2019). Systematic review and meta-analysis of the association between dimensions of inequality and a selection of indicators of Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH). *Journal of Global Health*, *9*(1), 10429. https://doi.org/10.7189/jogh.09.010429

Collaborators, L. B. of D. E. A. (2019). Mapping disparities in education across low- and middle-income countries. *Nature*, *577*(7789), 235–238. https://doi.org/10.1038/s41586-019-1872-1

Conti, G., Heckman, J. J., & Urzúa, S. (2010). The Education-Health Gradient. *American Economic Review*, *100*(2), 234–238. https://doi.org/10.1257/aer.100.2.234

Elgar, F. J., Pförtner, T., Moor, I., Clercq, B. D., Stevens, G. W. J. M., & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *The Lancet*, *385*(9982), 2088–2095. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61460-4

Fillol, A., Wallerich, L., Larose, M., Ferron, C., Rivadeneyra-Sicilia, A., Vandentorren, S., Brandler-Weinreb, J., & Cambon, L. (2024). The Influence of Educational Determinants on Children's Health: A Scoping Review of Reviews. *Public Health Reviews*, *45*, 1606372. https://doi.org/10.3389/phrs.2024.1606372

Galama, T. J., Lleras-Muney, A., & Kippersluis, H. van. (2018). The Effect of Education on Health and Mortality: A Review of Experimental and Quasi-Experimental Evidence. *National Bureau of Economic Research*. https://doi.org/10.3386/w24225

Greenhalgh, T. (2015). Health literacy: towards system level solutions. *BMJ*, *350*. https://doi.org/10.1136/bmj.h1026

Hahn, R. A., & Truman, B. I. (2015). Education Improves Public Health and Promotes Health Equity. *International Journal of Health Services*, *45*(4), 657–678. https://doi.org/10.1177/0020731415585986

Jourdan, D., Gray, N. J., Barry, M. M., Caffe, S., Cornu, C., Diagne, F., Hage, F. E., Farmer, M., Slade, S., Marmot, M., & Sawyer, S. M. (2021). Supporting every school to become a foundation for healthy lives. *SPIRE - Sciences Po Institutional REpository*, *5*(4), 295–303. https://doi.org/10.1016/s2352-4642(20)30316-3

Latulippe, K., Hamel, C., & Giroux, D. (2017). Social Health Inequalities and eHealth: A Literature Review With Qualitative Synthesis of Theoretical and Empirical Studies. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(4). https://doi.org/10.2196/jmir.6731

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C. D., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine*, *6*(7). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100

Mason-Jones, A. J., Crisp, C., Momberg, M., Koech, J., Koker, P. D., & Mathews, C. (2012). A systematic review of the role of school-based healthcare in adolescent sexual, reproductive, and mental health. *Systematic Reviews*, *1*(1), 49. https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-49

Raghupathi, V., & Raghupathi, W. (2020). The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Archives of Public Health*, *78*(1), 20. https://doi.org/10.1186/s13690-020-00402-5

Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2010). The interaction of personal and parental education on health. *Social Science & Medicine*, *72*(4), 591–599. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.028

Sari, E. P., & Farah, A. (2014). Modal Manusia Dan Produktivitas. *Shilap Revista de lepidopterología*. https://doi.org/10.15294/jejak.v7i1.3840

Stormacq, C., Broucke, S. V. den, & Wosinski, J. (2018). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative

review. *Health Promotion International*, *34*(5). https://doi.org/10.1093/heapro/day062

Thamrin, H., Ridho, H., Saragih, I. D., & Pirandy, G. (2025). Exploring social determinants of health and their influence on quality of life and social welfare in Indonesia: a comprehensive review. *Retos*, *68*, 1497–1517. https://doi.org/10.47197/retos.v68.116126

Widodo, A., Waridin, W., & K., J. M. (2012). Analisis Pengaruh Pengeluaran Pemerintah di Sektor Pendidikan Dan Kesehatan Terhadap Pengentasan Kemiskinan Melalui Peningkatan Pembangunan Manusia Di Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Dinamika Ekonomi Pembangunan*, *1*(1), 25. https://doi.org/10.14710/jdep.1.1.25-42