

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGELUARAN
KONSUMSI KESEHATAN RUMAH TANGGA DI KELURAHAN
PENENGAHAN RAYA KOTA BANDAR LAMPUNG**

(Skripsi)

Oleh

MEGA AYU LESTARI



**JURUSAN EKONOMI PEMBANGUNAN
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS LAMPUNG
2021**

ABSTRACT

FACTORS THAT AFFECT HOUSEHOLD HEALTH CONSUMPTION EXPENDITURE IN PENENGAHAN RAYA VILLAGE THE CITY OF BANDAR LAMPUNG

By

MEGA AYU LESTARI

This study aims to identify the average and percentage of household health consumption expenditure and factors that affect household health consumption expenditure in Penengahan Raya Village The City of Bandar Lampung. To identify the average and percentage of household health consumption expenditure were done statistic descriptively, while the analysis method used to identify the influence of these factors is multiple regression with the method of Ordinary Least Square Method (OLS). The research results showed the average household health consumption expenditure is Rp 335,783 or 13% of all household consumption expenditures and the estimated results show that individually and collectively, the household income, the age of the head of the family, the number of family members, the level of education of the head of the family, and the participation of the family in health insurance have a significant positive effect on household health consumption expenditures.

Keywords: factors, health consumption expenditure, household

ABSTRAK

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGELUARAN KONSUMSI KESEHATAN RUMAH TANGGA DI KELURAHAN PENENGAHAN RAYA KOTA BANDAR LAMPUNG

Oleh

MEGA AYU LESTARI

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui nilai rata-rata dan persentase pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga, serta faktor-faktor yang mempengaruhi pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga di Kelurahan Penengahan Raya Kota Bandar Lampung. Untuk mengetahui nilai rata-rata pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga dilakukan analisis secara statistik deskriptif, sedangkan metode analisis yang digunakan untuk mengetahui pengaruh dari faktor-faktor tersebut adalah dengan regresi berganda dengan metode kuadrat terkecil atau *Ordinary Least Square Method* (OLS). Hasil penelitian menunjukkan rata-rata pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga adalah sebesar Rp 335.783 atau sebesar 13% dari seluruh pengeluaran konsumsi rumah tangga dan hasil estimasi menunjukkan bahwa jumlah pendapatan rumah tangga, usia kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan kepala keluarga, serta keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan secara individual maupun secara bersama-sama berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.

Kata Kunci: faktor-faktor, pengeluaran konsumsi kesehatan, rumah tangga

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGELUARAN
KONSUMSI KESEHATAN RUMAH TANGGA DI KELURAHAN
PENENGAHAN RAYA KOTA BANDAR LAMPUNG**

Oleh

MEGA AYU LESTARI

Skripsi

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar
SARJANA EKONOMI

Pada

Jurusan Ekonomi Pembangunan
Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung



**JURUSAN EKONOMI PEMBANGUNAN
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS LAMPUNG
2021**

Judul Skripsi

: **FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
PENGELUARAN KONSUMSI KESEHATAN RUMAH
TANGGA DI KELURAHAN PENENGAHAN RAYA
KOTA BANDAR LAMPUNG**

Nama Mahasiswa

: *Mega Ayu Testari*

Nomor Pokok Mahasiswa

: **1711021094**

Jurusan

: **Ekonomi Pembangunan**

Fakultas

: **Ekonomi dan Bisnis**



MENGETAHUI

2. Ketua Jurusan Ekonomi Pembangunan

Dr. Neli Aida, S.E., M.Si.
NIP 19631215 198903 2 002

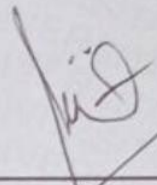
MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

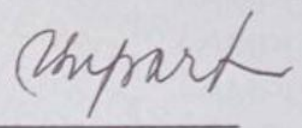
Ketua : **Zulfa Emalia, S.E., M.Sc.**



Penguji I : **Muhiddin Sirat, S.E., M.P.**



Penguji II : **Dr. I Wayan Suparta, S.E., M.Si.**



2. Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis



Dr. Nairobi, S.E., M.Si.

NIP 19660621 199003 1 003

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : **30 September 2021**

RIWAYAT HIDUP

Penulis skripsi ini adalah Mega Ayu Lestari yang lahir di Bandar Lampung pada 13 Mei 1999. Penulis merupakan putri dari pasangan Bapak Hasniadi dan Ibu Sri Maryani, dan juga merupakan adik dari Hesti Amalia dan Nindi Trifayani. Riwayat pendidikan penulis, yaitu pada tahun 2005 memasuki pendidikan dasar dengan bersekolah di SD Negeri 5 Penengahan dan lulus pada tahun 2011. Pada tahun 2011 melanjutkan pendidikan menengah pertama di SMP Negeri 10 Bandar Lampung dan dinyatakan lulus pada tahun 2014. Kemudian, penulis juga melanjutkan pendidikan menengah atas pada tahun 2014 di SMA Negeri 3 Bandar Lampung dan dinyatakan lulus pada tahun 2017.

Penulis berhasil terdaftar menjadi mahasiswa Jurusan Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung pada tahun 2017 melalui jalur SBMPTN. Selama masa perkuliahan, penulis aktif mengikuti organisasi yang di antaranya adalah Unit Kegiatan Mahasiswa Fakultas Economic and Business Entrepreneur Club Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung sebagai Kepala Divisi Keuangan dan Permodalan pada periode 2018-2019, serta menjadi Sekretaris Umum pada periode 2020. Selama menempuh pendidikan tinggi pula, penulis tercatat menjadi anggota aktif Himpunan Mahasiswa Ekonomi Pembangunan Universitas Lampung. Selain itu, penulis telah melaksanakan Kuliah Kerja Nyata (KKN) Selama 40 Hari di Desa Air Naningan, Kecamatan Air Naningan, Kabupaten Tanggamus.

MOTTO

“Dan barang siapa bersabar dan memaafkan, sungguh yang demikian itu termasuk perbuatan yang mulia”

(QS. As-Syura: 43)

“Siapa yang bersungguh-sungguh berusaha untuk bersabar maka Allah akan mudahkan kesabaran baginya. Dan tidaklah seseorang dianugerahkan (oleh Allah Subhanahu Wa Ta’ala) pemberian yang lebih baik dan lebih luas (keutamaannya) dari pada sifat sabar”

(HR. Bukhari dan Muslim)

“I trust two people, Myself and the other is not you, it’s God”

(Shah Rukh Khan)

PERSEMBAHAN

Alhamdulillahirobbil 'alamin, segala puji dan rasa syukur tak hentinya saya ucapkan kepada Allah SWT atas limpahan rahmat, karunia, rezeki, nikmat dan kesabaran yang berlimpah dari-Nya. Shalawat serta salam tak lupa senantiasa disanjung agungkan kepada Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, sahabat, serta para pengikutnya yang syafaatnya selalu dinantikan hingga yaumul akhir kelak. Setelah perjuangan yang panjang akhirnya saya bisa menyelesaikan skripsi ini sebagai puncak perjuangan untuk mendapatkan gelar sarjana. Skripsi ini kupersembahkan untuk orang-orang yang kusayangi yang di antaranya adalah:

Orang tuaku tercinta, Bapak Hasniadi dan Ibu Sri Maryani yang selalu melimpahkan kasih sayang, do'a, serta dukungan kepadaku. Dengan sabar, mereka selalu memberiku nasihat dan petuah untukku menjalani kehidupan perkuliahan ini. Mereka ikhlas menjadi rumah tempatku pulang agar aku bisa menuntaskan rasa lelahku. Mereka yang selalu menjadi tempatku berkeluh kesah. Mereka yang selalu ikhlas mengucurkan tetes demi tetes keringat demi diriku agar aku bisa menyelesaikan pendidikan tinggi ini. Bapak dan Ibu, pengorbananmu tiada tara untukku. Terima kasih atas segala yang telah kalian berikan untukku. Karya ini kupersembahkan untukmu Bapak dan Ibuku.

Teruntuk Kakak-kakakku, serta keluarga besarku yang selalu memberikanku dukungan, semangat, dan do'a untukku. Tak lupa juga keponakan-keponakanku yang selalu menjadi pelipur laraku, yang selalu menghiburku di saat aku dilanda kegelisahan dan kesedihan. Terima kasih untuk kalian semua, karyaku ini juga kupersembahkan untuk kalian wahai keluargaku.

Tak lupa pula teruntuk para dosen di FEB Unila, khususnya para dosen di jurusan tercinta ini, yaitu Jurusan Ekonomi Pembangunan yang senantiasa membimbing, memberikan ilmu, nasihat, serta motivasi yang sangat berharga untukku. Terima kasih wahai para pahlawan tanpa tanda jasa, karena jasmu sangatlah berharga bagi negeri ini. Sungguh suatu kebanggaan bisa menjadi keluarga besar Universitas Lampung.

SANWACANA

Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga di Kelurahan Penengahan Raya Kota Bandar Lampung” sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Ekonomi di Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung. Shalawat teriring salam selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, sahabat dan para pengikutnya yang syafaatnya selalu dinantikan hingga yaumul qiyamah..

Dalam penyusunan skripsi ini, tentunya tidak lepas dari adanya bimbingan, bantuan, dan kerja sama, serta arahan masukan kepada penulis dari berbagai pihak. Oleh karena itu melalui kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Nairobi, S.E., M.Si. selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung.
2. Ibu Dr. Neli Aida, S.E., M.Si, selaku Ketua Jurusan Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung.
3. Bapak Dr. Heru Wahyudi, S.E., M.Si. selaku Sekertaris Jurusan Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung
4. Ibu Zulfa Emalia, S.E., M.Sc. selaku Dosen Pembimbing dan Ibu Dr. Lies Maria Hamzah, S.E., M.E. selaku Dosen Pembimbing terdahulu yang telah memberikan bimbingan, saran, ilmu pengetahuan, serta nasihat yang sangat bermanfaat bagi penulis. Berkat bimbingan dari Dosen Pembimbinglah penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

5. Dosen penguji Bapak Dr. I Wayan Suparta, S.E., M.Si. dan Bapak Muhiddin Sirat, S.E., M.P. yang telah memberikan saran dan masukan, serta ilmu pengetahuan yang sangat bermanfaat kepada penulis.
6. Ibu Nurbetty Herlina Sitorus, S.E., M.Si. selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan di bidang akademik perkuliahan sejak semester pertama hingga semester akhir.
7. Seluruh Dosen di Jurusan Ekonomi Pembangunan maupun dosen dari jurusan lainnya yang ada di Fakultas Ekonomi dan Bisnis yang senantiasa memberikan ilmu pengetahuan dan pembelajaran hidup yang sangat berharga bagi penulis selama mengenyam pendidikan di Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung.
8. Seluruh staf dan pegawai yang ada di Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung yang senantiasa memberikan pelayanan dan bantuan kepada seluruh mahasiswa.
9. Orang tuaku tercinta, yaitu Bapak Hasniadi dan Ibu Sri Maryani yang selalu memberikan do'a, kasih sayang, dukungan, serta motivasi kepadaku dengan penuh kesabaran. Terima kasih Bapak dan Ibu, tiap tetes keringatmu menjadi penyemangat yang telah mengantarku hingga sampai pada titik ini.
10. Terima kasih yang tak terhingga kepada kakak-kakakku, yaitu Hesti Amalia, Nindi Tri Fayani, Aan Mairandy, dan Wahyudi Abimanyu Pratama. Terima kasih kepada keponakan-keponakanku, yaitu Alyn, Cantika, Sulthan, dan Fatih. Terima kasih pula kepada seluruh keluarga besar Parliah. Kalianlah keluargaku, rumahku yang juga menjadi penyemangatku, pelipur laraku, dan pendukung setiaku.
11. Terima kasih pula untuk Rafif Rizki Zain selaku orang terdekatku yang menjadi sandaranku dan tempatku berkeluh kesah selama ini. Terima kasih atas kesabarannya dalam memahami dan menemaniku dari semenjak penyusunan proposal, turun lapangan ke masyarakat, hingga sampai titik ini. Terima kasih juga untuk Annisa Sulistyaningrum yang telah menjadi sahabatku sejak pendidikan dasar hingga mencapai bangku kuliah. Terima kasih atas perhatian, dukungan,

ilmu, serta kritik dan saran yang membangun selama perkuliahan maupun selama penyusunan skripsi ini.

12. Sahabat-sahabatku, yaitu Tim Kak Abazh yang terdiri dari Desti, Restu, Adila dan Okky. Terima kasih atas dukungan dan keceriaan yang telah kalian berikan kepadaku.
13. Presidium EBEC Periode 2018-2019 yang terdiri dari Ketum Ervan, Kak Mawar Kak Kurnia, Fegi, Kak Gamel, Kak Ridia, Roma, Kak Rommy, Gaw, Kak Zidan, dan Wiwin, serta jajaran staf. Tak lupa juga Presidium EBEC Periode 2020 Ketum Candra, Novia, Sekar, Adam, Jihan, Meri, Jovi, Xavier, Heny, Bagus, Ita, Resti, Nurul, dan Yasmin serta jajaran staf. Terima kasih atas pengalaman hidup dan pelajaran berharga yang telah diberikan kepadaku. Berkat kalian, kehidupan kampusku tidak hanya mengenal warna hitam dan putih, tetapi beraneka ragam warna keceriaan telah kurasakan. Susah dan senang telah kita rasakan bersama saat menjalani organisasi tercinta ini.
14. Seluruh mahasiswa/i Ekonomi Pembangunan 2017 yang telah melawati masa suka dan duka bersama-sama di perkuliahan. Semoga apa yang kita semua impikan dan cita-citakan dapat terwujud. Semoga kita semua dapat menyongsong masa depan yang cerah sehingga dapat membanggakan almamater kita yang tercinta ini. Semoga pula kelak kita akan dipertemukan kembali di keadaan yang lebih baik
15. Seluruh kakak tingkat Ekonomi Pembangunan angkatan 2014, 2015 dan 2016 serta adik-adik angkatan 2018, 2019, dan 2020, terima kasih atas bantuan dan pengalaman yang telah diberikan penulis.
16. Bapak Muhammad Agus Priadi, S. Sos. selaku Lurah Penengahan Raya dan jajaran pegawai di Kelurahan Penengahan Raya yang telah memberikan izin, bantuan, serta arahan kepada penulis selama masa penyebaran kuisioner ke masyarakat. Terima kasih pula kepada Masyarakat kelurahan Penengahan Raya yang telah memberikan kesempatan, kesediaan, dan waktunya kepada penulis sehingga proses pengambilan data dapat terlaksana dengan baik.
17. Ibu Febriana, S. STP., M. IP. selaku Camat Kedaton, serta jajaran pegawai di Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Satu Pintu Kota Bandar Lampung yang telah

memberikan izin kepada penulis untuk dapat melakukan penelitian di Kelurahan Penengahan Raya.

18. Seluruh pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang kiranya tidak dapat disebutkan satu persatu. Penulis mengucapkan terima kasih.

Akhir kata, penulis sangat menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Masih banyak kesalahan dan kekurangan di dalamnya, oleh karenanya kritik saran yang membangun akan sangat diterima oleh penulis. Penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat dan berguna bagi banyak pihak.

Bandar Lampung, 30 September 2021
Penulis,

Mega Ayu Lestari

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	viii
 I. PENDAHULUAN	 1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	10
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	10
 II. KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS.....	 12
A. Landasan Teori.....	12
1. Ekonomi Kesehatan.....	12
2. Teori Konsumsi	15
a. Teori Konsumsi Keynes	16
b. Teori Konsumsi Engel.....	17
3. Pengeluaran Konsumsi Kesehatan.....	19
a. Kebutuhan terhadap Pelayanan Kesehatan.....	20

b. Faktor-faktor yang Memengaruhi Permintaan terhadap Pelayanan	
Kesehatan.....	22
B. Penelitian Terdahulu	24
C. Kerangka Pemikiran Teoritis	27
D. Hipotesis	29
III. METODE PENELITIAN	31
A. Objek Penelitian.....	31
B. Jenis Penelitian.....	32
C. Jenis Data dan Sumber Data	32
D. Metode Pengumpulan Data.....	33
E. Populasi dan Sampel	34
F. Metode Pengambilan Sampel	35
G. Definisi Operasional Variabel.....	36
H. Metode Analisis	38
1. Analisis Deskriptif.....	38
2. Analisis Asosiatif	38
a. Analisis Regresi.....	38
1) Uji Pemilihan Model.....	39
b. Uji Asumsi Klasik	40
1) Uji Normalitas.....	41
2) Uji Heteroskedastisitas	41
3) Deteksi Multikolinieritas	41
c. Uji Hipotesis.....	42
1) Uji t Statistik	42
2) Uji F Statistik	44
d. Analisis Koefisien Determinasi	45
IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	46

A. Hasil Penelitian	46
1. Gambaran Umum Objek Penelitian	46
2. Gambaran Umum Responden	47
3. Analisis Data	53
a. Analisis Deskriptif.....	53
1) Analisis Statistik Deskriptif.....	53
2) Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga	55
b. Hasil Uji Pemilihan Model	63
c. Uji Asumsi Klasik	64
1) Uji Normalitas.....	64
2) Uji Heteroskedastisitas	66
3) Deteksi Multikolinieritas	66
d. Analisis Regresi.....	67
e. Uji Hipotesis.....	69
1) Uji t Statistik	69
2) Uji F Statistik.....	70
f. Analisis Koefisien Determinasi	71
B. Pembahasan.....	71
1. Pengaruh Jumlah Pendapatan Rumah Tangga terhadap Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga di Kelurahan Penengahan Raya	71
2. Pengaruh Usia Kepala Keluarga terhadap Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga di Kelurahan Penengahan Raya	73
3. Pengaruh Jumlah Anggota Keluarga terhadap Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga di Kelurahan Penengahan Raya	75
4. Pengaruh Tingkat Pendidikan Kepala Keluarga terhadap Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga di Kelurahan Penengahan Raya	76
5. Pengaruh Keikutsertaan Keluarga dalam Asuransi Kesehatan terhadap Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga di Kelurahan Penengahan Raya	78

V. SIMPULAN DAN SARAN.....	81
A. Simpulan	81
B. Saran	81

DAFTAR PUSTAKA	83
-----------------------------	-----------

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Rata-Rata Pengeluaran per Kapita Sebulan di Indonesia Menurut Kelompok Barang 2014-2019 (dalam Rupiah).....	5
Tabel 2 Rata-Rata Pengeluaran per Kapita Sebulan di Provinsi Lampung Menurut Kelompok Barang Tahun 2020 (dalam Rupiah)	6
Tabel 3 Penelitian Terdahulu	25
Tabel 4 Banyaknya Sarana Kesehatan menurut Kelurahan di Kecamatan Kedaton Tahun 2019.....	31
Tabel 5 Jumlah Kepala Keluarga di Kelurahan Penengahan Raya Menurut Wilayah RT Tahun 2020.....	34
Tabel 6 Jumlah Populasi dan Sampel Penelitian Menurut Wilayah RT	36
Tabel 7 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendapatan (dalam Rupiah).....	51
Tabel 8 Analisis Statistik Deskriptif	53
Tabel 9 Analisis Statistik Deskriptif Variabel Dummy	55
Tabel 10 Rata-rata Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga di Kelurahan Penengahan Raya Berdasarkan Jenis Pengeluaran (dalam Rupiah).....	56
Tabel 11 Rata-rata Pengeluaran Konsumsi Rumah Tangga di Kelurahan Penengahan Raya Berdasarkan Jenis Pengeluaran (dalam Rupiah)	58
Tabel 12 Rata-rata Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga di Kelurahan Penengahan Raya Berdasarkan Karakteristik Sosio Ekonomi dan SosioDemografi (dalam Rupiah).....	61
Tabel 13 Hasil Uji MWD Regresi Linier	63

Tabel 14 Hasil Uji MWD Regresi Logaritma	63
Tabel 15 Hasil Uji Heteroskedastisitas dengan Metode Uji White.....	66
Tabel 16 Deteksi Multikolinieritas Menggunakan Nilai VIF	67
Tabel 17 Hasil Regresi	67
Tabel 18 Hasil Uji t Statistik.....	69
Tabel 19 Hasil Uji F Statistik.....	70
Tabel 20 Nilai Koefisien Determinasi.....	71

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Rata-rata Pengeluaran Bukan Makanan per Kapita Sebulan Menurut Provinsi (Rupiah), September 2019	2
Gambar 2 Persentase Pengeluaran per Kapita Sebulan di Provinsi Lampung Menurut Kelompok Barang Tahun 2020	7
Gambar 3 Rata-rata Pengeluaran per Kapita Sebulan Subkelompok Barang Aneka Barang dan Jasa Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung Tahun 2018 (dalam Rupiah)	8
Gambar 4 Kurva Engel Barang Normal.....	18
Gambar 5 Kurva Engel Barang Inferior.....	19
Gambar 6 Kerangka Pemikiran Teoritis	29
Gambar 7 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	48
Gambar 8 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	49
Gambar 9 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan	50
Gambar 10 Karakteristik Responden Berdasarkan Pengeluaran Konsumsi Kesehatan (dalam Rupiah)	51
Gambar 11 Karakteristik Responden Berdasarkan Keikutsertaan dalam Asuransi Kesehatan	52
Gambar 12 Persentase Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga di Kelurahan Penengahan Raya Berdasarkan Aspek Kesehatan.....	57
Gambar 13 Persentase Pengeluaran Konsumsi Rumah Tangga di Kelurahan Penengahan Raya Berdasarkan Jenis Pengeluaran.....	59
Gambar 14 Hasil Uji Normalitas Menggunakan Metode Jarque-Bera	65

I. PENDAHULUAN

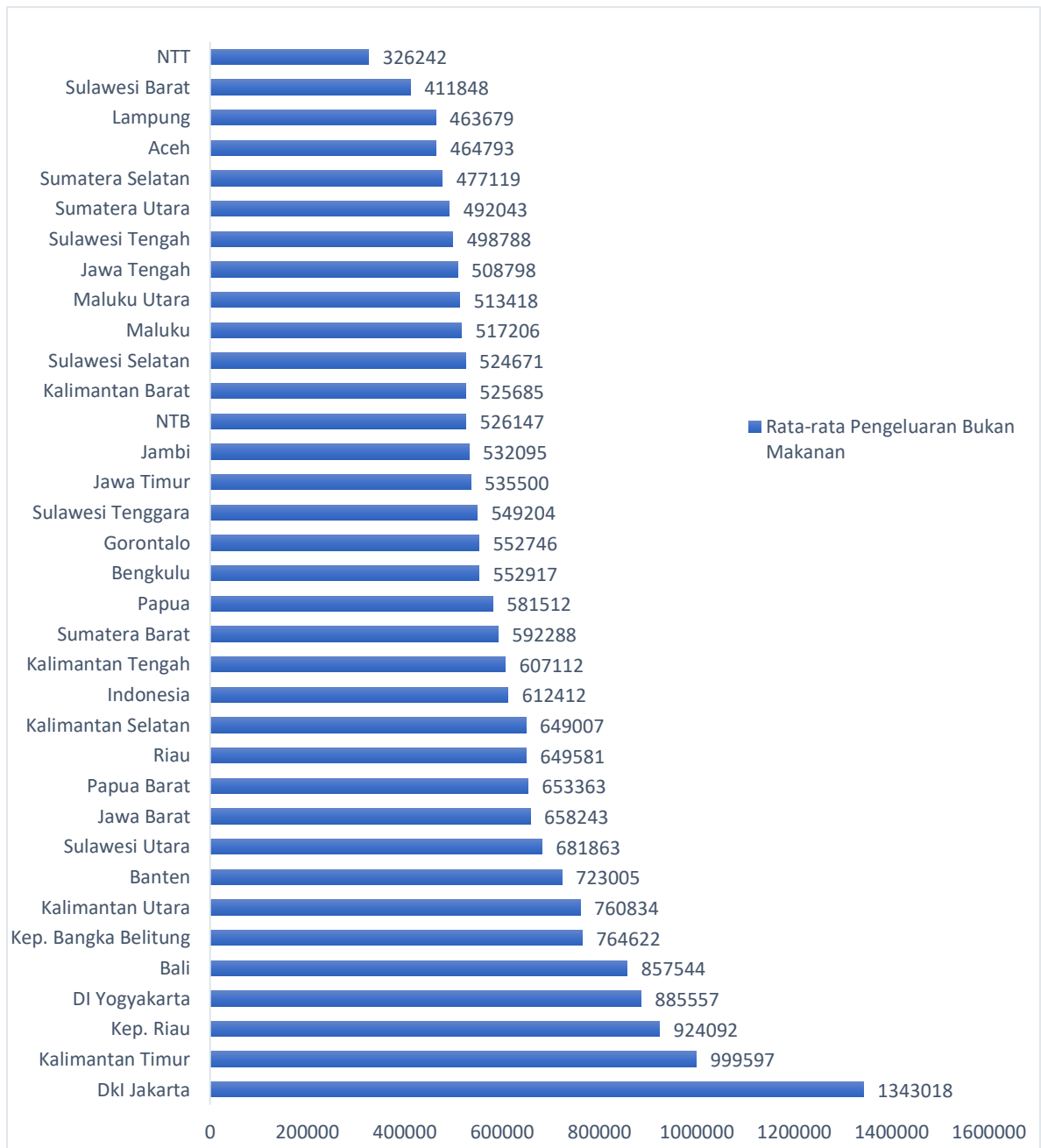
A. Latar Belakang

Manusia dalam kehidupannya memiliki banyak macam kebutuhan. Adanya kebutuhan ini yang kemudian mendorong manusia untuk melakukan pengeluaran konsumsi. Dalam ilmu ekonomi, pengertian konsumsi tidak hanya terbatas pada hal yang berkaitan dengan makanan dan minuman, tetapi semua hal yang berhubungan dengan barang dan jasa dalam upaya memenuhi kebutuhannya.

Menurut BPS (2017) konsumsi merupakan bagian penting dalam kehidupan seseorang. Pemenuhan kebutuhan hidup yang harus dipenuhi setiap hari oleh manusia tidak terlepas dari aktivitas konsumsi. Pengeluaran konsumsi dapat menjadi sebagai salah satu indikator untuk menilai tingkat kesejahteraan ekonomi individu atau rumah tangga. BPS (2020) dalam publikasinya menyatakan bahwa konsumsi adalah kegiatan manusia dalam rangka menggunakan barang dan jasa untuk memenuhi kebutuhan.

Setiap rumah tangga tidak akan terlepas dengan perilaku konsumsi, baik untuk memenuhi kebutuhan primer maupun kebutuhan sekunder dalam kelangsungan hidup berumah tangga. Menurut SIRUSA BPS (2021) rumah tangga berfungsi sebagai pengguna akhir atas berbagai jenis barang dan jasa yang tersedia di dalam suatu perekonomian. Konsumsi rumah tangga yang semakin tinggi dikarenakan perkembangan masyarakat serta daerah yang begitu sangat cepat. Konsumsi yang dilakukan oleh setiap rumah tangga tersebut terdiri dari konsumsi makanan dan bukan makanan, termasuk konsumsi untuk kesehatan yang termasuk ke dalam jenis pengeluaran bukan makanan.

Pada Sepetember 2019, Provinsi Lampung menduduki peringkat 3 terendah secara nasional untuk rata-rata pengeluaran bukan makanan per kapita. Hal ini dapat



Sumber: Badan Pusat Statistik (2020)

Gambar 1. Rata-rata Pengeluaran Bukan Makanan per Kapita Sebulan menurut Provinsi (Rupiah), September 2019

Secara nasional, berdasarkan hasil Susenas September 2019 diketahui bahwa pengeluaran bukan makanan per kapita sebulan penduduk Indonesia sebesar Rp 612.412. Nilai ini jika dihitung dalam persen, yaitu sebesar 50,79 persen dari total

pengeluaran penduduk Indonesia. Pada tingkat Provinsi, pengeluaran bukan makanan per kapita sebulan tertinggi ada pada Provinsi DKI Jakarta, yaitu sebesar Rp 1.343.018. Sedangkan terendah ada pada Provinsi NTT, yaitu sebesar Rp 326.242. Pada kelompok pengeluaran bukan makanan ini terdapat beberapa subkelompok pengeluaran dan pengeluaran untuk kesehatan merupakan salah satunya. Provinsi Lampung menempati peringkat tiga terendah, yaitu di bawah Provinsi Aceh dan di atas Provinsi Sulawesi Barat. Rata-rata pengeluaran bukan makanan per kapita sebulan di Provinsi Lampung, yaitu sebesar Rp 463.679. Nilai tersebut masih sangat jauh di bawah nilai rata-rata nasional.

Organisasi Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (2020) mendefinisikan kesehatan sebagai kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang lengkap dan bukan sekadar tidak adanya penyakit atau kelemahan. *The Association of Faculties of Medicine of Canada* (2016) menyatakan bahwa dalam perspektif model biomedis, kesehatan berfokus terhadap kemampuan tubuh untuk berfungsi dan kesehatan dipandang sebagai kondisi tubuh yang berfungsi normal yang dapat terganggu penyakit dari waktu ke waktu.

Menurut Kementerian Kesehatan (2018) kesehatan merupakan suatu kebutuhan yang mendasar bagi setiap orang. Kesehatan juga merupakan modal awal bagi perkembangan potensi yang ada pada suatu individu. Teori Klasik H. L. Bloom menyatakan terdapat 4 faktor yang memengaruhi derajat kesehatan, yaitu: 1) gaya hidup; 2) lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya); 3) pelayanan kesehatan; serta 4) faktor keturunan. Keempat faktor tersebut saling berinteraksi yang kemudian memengaruhi status dan derajat kesehatan seseorang.

Kesehatan merupakan salah satu instrumen yang strategis untuk mengurangi kemiskinan. Kesehatan merupakan salah satu tujuan pembangunan yang mendasar. Kesehatan juga termasuk dalam tujuan pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals* atau disingkat *SDG's*). Kesehatan sangat penting artinya bagi kesejahteraan. Kesehatan juga merupakan prasyarat bagi peningkatan produktivitas. Meningkatnya kesehatan dapat membantu keluarga untuk keluar dari lingkaran setan kemiskinan (Todaro, 2011).

Dari sudut pandang ekonomi, selain sebagai barang dan jasa yang dapat dikonsumsi, kesehatan sangat terkait investasi dalam peningkatan mutu sumber daya manusia (Wisana, 2001). Menurut Ananta dan Hatmadji (1985) dalam Wuryandari (2015), peningkatan mutu modal manusia dikatakan sebagai investasi karena memerlukan pengorbanan di masa kini baik pengeluaran alokasi pendapatan maupun waktu untuk memperoleh sesuatu yang lebih tinggi di masa depan. Pengeluaran yang dialokasikan untuk kesehatan merupakan suatu investasi. Hal ini karena dengan adanya pengeluaran tersebut nantinya akan menghasilkan *return* atau tingkat pengembalian yang lebih tinggi di masa yang akan datang. Derajat kesehatan yang semakin baik tentunya akan memudahkan seseorang menyerap pendidikan yang baik pula, begitupun sebaliknya. Dengan derajat kesehatan yang baik, akan meningkatkan produktifitas serta menciptakan kualitas sumber daya manusia yang unggul dan memiliki daya saing.

Penduduk Indonesia sedang dalam masa transisi demografi dengan semakin menurunnya tingkat kelahiran dan kematian yang menyebabkan adanya peningkatan penduduk usia produktif. Peningkatan penduduk usia produktif ini membawa dampak terjadinya bonus demografi. Maka diperlukan persiapan untuk menyambut momen tersebut dengan meningkatkan kualitas sumber daya manusia pada level rumah tangga. Peningkatan kualitas sumber daya manusia pada level rumah tangga salah satunya adalah dengan melihat pengeluaran rumah tangga salah satunya untuk dan kesehatan di samping pengeluaran makanan.

Menurut Etavianti, Syechalad, dan Syahnur (2014), pendapatan rumah tangga merupakan sumber terbesar bagi pengeluaran konsumsi kesehatan yang dilakukan tiap rumah tangga. Sedangkan menurut Nadjib dan Pujiyanto (2002), penduduk miskin cenderung menggunakan pendapatan yang dimiliki untuk pengeluaran makanan, sedangkan pengeluaran untuk kesehatan persinya lebih sedikit. Sedangkan penduduk yang kaya cenderung porsi pengeluaran konsumsi kesehatannya lebih besar dibanding penduduk miskin. Di samping itu, pada penduduk miskin persentase pengeluaran rumah tangga untuk makanan dari total pengeluaran rumah tangga juga lebih besar daripada orang kaya. Bahkan terkadang penduduk miskin mengeluarkan 100% pendapatannya untuk kebutuhan lain selain

kesehatan. Ini berarti untuk memenuhi kebutuhan kesehatannya mereka meminjam uang, menjual harta benda, atau bergantung pada kebijakan pemerintah terkait pelayanan kesehatan.

Pengalokasian pendapatan untuk kesehatan tidak hanya bertindak sebagai upaya pengobatan ketika terdapat keluarga yang sakit saja, tetapi juga menjadi upaya preventif atau pencegahan terhadap gangguan kesehatan di masa yang akan datang. Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 memberikan amanat bahwa anggaran kesehatan sebesar 10% dari APBD pemerintah daerah. Oleh karenanya, masyarakat juga setidaknya mengalokasikan anggaran untuk kesehatan rumah tangga sekurang-kurangnya 10% dari total alokasi untuk konsumsi rumah tangga. Namun, menurut data pada tabel 1, bahwa rata-rata pengeluaran perkapita untuk kesehatan masyarakat di Indonesia tidak mencapai 10 persen dari total rata-rata pengeluaran perkapita. Rata-rata pengeluaran perkapita untuk kesehatan masyarakat perkotaan di Indonesia dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1. Rata-Rata Pengeluaran per Kapita Sebulan di Indonesia Menurut Kelompok Barang 2014-2019 (dalam Rupiah)

Kelompok Barang	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Makanan	388.350	412.462	460.639	527.956	556.899	572.551
Perumahan, bahan bakar, penerangan, air	161.059	234.139	251.692	249.644	284.442	297.019
Aneka barang dan jasa	95.745	63.119	67.221	62.801	74.792	144.517
Biaya pendidikan	30.408	29.926	32.278	35.358	34.953	36.135
Biaya kesehatan	25.520	21.378	22.699	27.006	29.642	30.086
Pakaian, alas kaki, dan tutup kepala	14.818	25.378	28.869	31.187	32.861	35.303
Barang yang tahan lama	34.565	47.800	44.974	54.005	57.789	58.764
Pajak pemakaian dan premi asuransi	13.840	18.981	21.580	30.320	31.562	35.091
Keperluan pesta dan upacara	11.727	15.626	16.305	18.219	21.778	21.996
Jumlah Bukan Makanan	387.682	456.361	485.619	508.541	567.818	592.690
Jumlah Pengeluaran	776.032	868.823	946.258	1.036.497	1.124.717	1.165.241

Sumber: Badan Pusat Statistik (2020)

Pada tahun 2014 rata-rata pengeluaran biaya kesehatan sebesar Rp 25.520 per bulan, dan total rata-rata pengeluaran sebesar Rp 776.032. Proporsi pengeluaran kesehatan hanya sebesar 3,29% dari total proporsi pengeluaran. Sedangkan pada

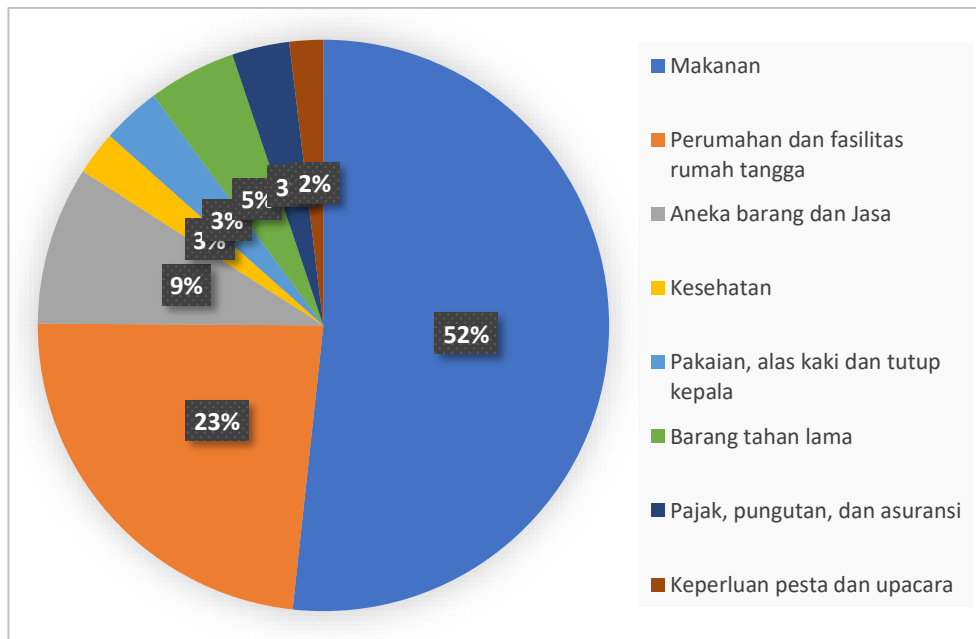
tahun 2015 sebesar Rp 21.378 atau 2,46% proporsi yang dikeluarkan untuk kesehatan dari total proporsi pengeluaran non makanan. Pada tahun 2016 proporsi pengeluaran kesehatan hanya sebesar Rp 22.699 atau 2,40% dari total rata-rata pengeluaran. Pada tahun 2017 sebesar Rp 27.006 atau 2,61% proporsi yang dikeluarkan untuk kesehatan dari total rata-rata pengeluaran. Pada tahun 2018 proporsi pengeluaran kesehatan sebesar Rp 29.642 atau 2,64% dari total rata-rata pengeluaran. Pada tahun 2019 proporsi pengeluaran kesehatan sebesar Rp 30.086 atau 2,58% dari total rata-rata pengeluaran. Dengan demikian jika dibandingkan dengan proporsi pengeluaran bukan makanan lainnya, seperti pendidikan, perumahan, jasa, dan lainnya, maka proporsi pengeluaran kesehatan jauh lebih sedikit.

Pada tahun 2020 pengeluaran rata-rata per kapita untuk kesehatan sebulan di Provinsi Lampung juga tidak mencapai 10% dari total rata-rata pengeluaran per kapita. Dari tabel dan gambar berikut dapat dibandingkan nilai pengeluaran perkapita untuk kesehatan dengan pengeluaran bukan makanan lainnya.

Tabel 2. Rata-Rata Pengeluaran per Kapita Sebulan di Provinsi Lampung Menurut Kelompok Barang Tahun 2020 (dalam Rupiah)

Kelompok Barang	Pengeluaran
Makanan	Rp 503.976
Perumahan dan fasilitas rumah tangga	Rp 227.841
Aneka barang dan Jasa	Rp 87.361
Kesehatan	Rp 24.174
Pakaian, alas kaki dan tutup kepala	Rp 32.280
Barang tahan lama	Rp 48.431
Pajak, pungutan, dan asuransi	Rp 31.683
Keperluan pesta dan upacara	Rp 18.678
Jumlah bukan makanan	Rp 470.448
Jumlah pengeluaran	Rp 974.424

Sumber: BPS Provinsi Lampung (2020)

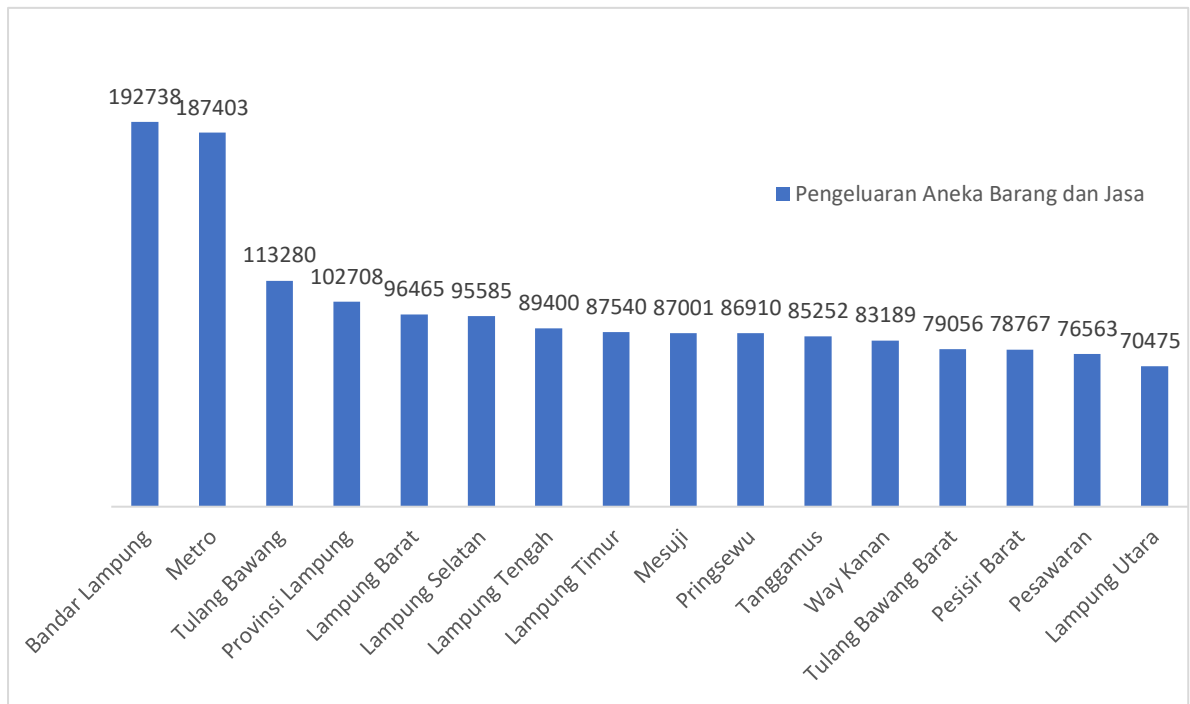


Sumber: BPS Provinsi Lampung (2020)

Gambar 2. Persentase Pengeluaran per Kapita Sebulan di Provinsi Lampung Menurut Kelompok Barang Tahun 2020

Dari tabel 2 dan gambar 2 dapat dilihat bahwa pengeluaran rata-rata per kapita untuk kesehatan di Provinsi Lampung tahun 2020 hanya mencapai 2,48%, yaitu sebesar Rp 24.174 dari total pengeluaran per kapita. Kelompok pengeluaran bukan makanan tertinggi ada pada kelompok makanan, yaitu sebesar Rp 503.976 atau sebesar 52%, dan kemudian kelompok barang perumahan dan fasilitas rumah tangga, yaitu sebesar Rp 227.841 atau sebesar Rp 23%.

Pada tingkat provinsi, Kota Bandar Lampung berada di peringkat teratas pada pengeluaran rata-rata per kapita untuk subkelompok aneka barang dan jasa pada tahun 2018. Aneka barang dan jasa di dalamnya terbagi lagi menjadi beberapa komoditas, yang salah satunya adalah berbagai pengeluaran untuk kesehatan. Pengeluaran rata-rata per kapita untuk subkelompok aneka barang dan jasa di Provinsi Lampung dapat dilihat pada gambar berikut:



Sumber: Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung (2019)

Gambar 3. Rata-rata Pengeluaran per Kapita Sebulan Subkelompok Barang Aneka Barang dan Jasa Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung Tahun 2018 (dalam Rupiah)

Pada gambar di atas, Kota Bandar Lampung menempati peringkat teratas untuk pengeluaran rata-rata per kapita per bulan pada subkelompok aneka barang dan jasa, yang kemudian di susul oleh Kota Metro, Kabupaten Tulang Bawang, dan kabupaten lainnya yang ada di Provinsi Lampung. Nilai rata-rata pengeluaran per kapita per bulan pada subkelompok aneka barang dan jasa di Kota Bandar Lampung sebesar Rp 192.738, nilai tersebut bahkan melebihi nilai rata-rata daerah Provinsi Lampung, yaitu sebesar Rp 102.708. Artinya, nilai tersebut jauh lebih baik dibandingkan dengan kabupaten/kota lain yang ada di Provinsi Lampung. Ini berarti juga bahwa kesadaran masyarakat Kota Bandar Lampung terkait pentingnya pengalokasian pendapatan untuk konsumsi aneka barang dan jasa, termasuk barang dan jasa untuk kesehatan sudah lebih baik dibandingkan dengan kabupaten/kota lain yang ada di Provinsi Lampung.

Komponen pengeluaran kesehatan tersebut terdiri atas biaya rumah sakit pemerintah; biaya rumah sakit swasta; puskesmas/pustu/polindes/posyandu;

praktik dokter; praktik petugas kesehatan; praktik pengobatan tradisional; dukun penolong persalinan; obat resep tenaga kesehatan; obat tanpa resep; obat tradisional; biaya pembelian kacamata kaki tangan palsu, dan kursi roda; biaya periksa kehamilan; biaya imunisasi; tes kesehatan; biaya KB; dan pemeliharaan kesehatan lainnya.

Besaran pengeluaran konsumsi kesehatan tiap rumah tangga tentu berbeda-beda dan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Ji-Yeon (2010) pada penelitiannya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengeluaran perawatan kesehatan rumah tangga lansia didapatkan bahwa pengeluaran biaya kesehatan rumah tangga lansia lajang dipengaruhi oleh pendapatan, jenis kelamin dan kepemilikan asuransi kesehatan nasional. Sedangkan pada rumah tangga pasangan lansia pengeluaran kesehatan dipengaruhi oleh umur dan status kepemilikan rumah.

Penelitian sebelumnya juga dilakukan oleh Etavianti, Syechalad, dan Syahnur (2014) didapatkan bahwa pendapatan rumah tangga, usia kepala keluarga, ukuran rumah tangga, dan pendidikan kepala keluarga memiliki pengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga masyarakat miskin di Kabupaten Bireuen. Sedangkan menurut Wuryandari (2015) pada penelitiannya didapatkan bahwa pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga dipengaruhi oleh kondisi sosio demografi (jenis kelamin kepala rumah tangga, tingkat pendidikan kepala rumah tangga, status perkawinan kepala rumah tangga, umur kepala rumah tangga, jumlah anggota rumah tangga, tahapan siklus hidup rumah tangga), kondisi sosio ekonomi (status pekerjaan kepala rumah tangga, kepemilikan rumah, bantuan sosial raskin, jaminan kesehatan), serta dipengaruhi oleh tempat tinggal (wilayah, serta daerah tempat tinggal).

Perbedaan faktor-faktor tersebut menjadikan adanya perbedaan pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga di suatu wilayah, termasuk di Kecamatan Kedaton, tepatnya di Kelurahan Penengahan Raya. Kelurahan Penengahan Raya dipilih karena merupakan cakupan terdekat untuk melihat proses pengambilan keputusan pemilihan konsumsi rumah tangga terhadap kesehatan. Selain itu, Kelurahan Penengahan Raya memiliki 13 sarana kesehatan yang dijabarkan pada bagian metode penelitian dan di antaranya adalah 2 rumah sakit besar, yaitu RSUD

Abdul Mulk, dan RS DKT, sehingga memudahkan masyarakatnya dalam menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Pertimbangan ketersediaan dan akses masyarakat Kelurahan Penengahan Raya untuk dapat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan secara langsung berpengaruh terhadap pola konsumsi. Oleh karena itu dengan ketersediaan dan akses yang mudah tersebut perlu dilakukan penelitian mengenai “Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga di Kelurahan Penengahan Raya”.

B. Rumusan Masalah

Pada penelitian ini ingin menjawab permasalahan yang dirumuskan sebagai berikut:

1. Berapa nilai rata-rata dan persentase pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga di Kelurahan Penengahan Raya?
2. Bagaimana pengaruh secara individual variabel jumlah pendapatan rumah tangga perbulan, usia kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan kepala keluarga, dan keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga di Kelurahan Penengahan Raya?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini dilakukan memiliki tujuan, yaitu :

1. Untuk mengetahui nilai rata-rata dan persentase pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga di Kelurahan Penengahan Raya.
2. Untuk mengetahui pengaruh secara individual variabel jumlah pendapatan rumah tangga perbulan, usia kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan kepala keluarga, dan keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi penulis: hasil dari penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan penulis mengenai faktor-faktor yang memengaruhi pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga di Kelurahan Penengahan Raya.

2. Bagi akademisi: penelitian ini dapat menjadi tambahan referensi dan pengetahuan yang bermanfaat bagi pembaca dan sebagai salah satu sumber informasi untuk kepentingan keilmuan yang berkaitan dengan pengeluaran konsumsi kesehatan.
3. Bagi Masyarakat Kelurahan Penengahan Raya: penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi faktual yang berkaitan dengan faktor-faktor yang memengaruhi pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga di Kelurahan Penengahan Raya

II. KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS

A. Landasan Teori

1. Ekonomi Kesehatan

Samuelson (1991) dalam Rafiy (2019) menyatakan bahwa ilmu ekonomi adalah ilmu yang mempelajari bagaimana manusia melakukan dan menetapkan pilihannya pada sumber daya produksi yang terbatas untuk memproduksi berbagai komoditas dan mendistribusikan ke anggota masyarakat. Manusia perlu menetapkan pilihan karena ketersediaan sumber daya yang terbatas, sedangkan kebutuhannya bersifat tidak terbatas.

WHO (2020) menyebutkan kesehatan adalah kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang lengkap dan bukan sekedar tidak adanya penyakit ataupun kelemahan. Menurut Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan menyatakan bahwa kesehatan merupakan keadaan sejahtera mulai dari fisik, jiwa dan sosial yang mungkin hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Berdasarkan pengertian tersebut, Kementerian Kesehatan (2016) menyebutkan bahwa pengertian kesehatan terdapat empat dimensi, di antaranya adalah fisik, mental, sosial, dan ekonomi yang saling memengaruhi dalam upaya mewujudkan tingkat kesehatan seseorang. H.L Bloom menyatakan bahwa terdapat empat faktor yang memengaruhi status dan derajat kesehatan seseorang, yaitu faktor lingkungan (baik lingkungan secara fisik maupun lingkungan dalam arti sosiokultur), faktor gaya hidup seseorang, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor keturunan.

Rafiy (2019) mendefinisikan ekonomi kesehatan sebagai teori, konsep, dan teknik ekonomi dalam bidang ilmu kesehatan melalui integrasi dua cabang ilmu, yaitu ilmu ekonomi dan ilmu kesehatan masyarakat. Menurut Klarman (1964) dalam Rafiy (2019), ilmu ekonomi kesehatan adalah penerapan ilmu ekonomi dalam

bidang kesehatan. Ekonomi kesehatan merupakan penerapan ilmu-ilmu ekonomi dalam bidang kesehatan sebagai upaya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Derajat kesehatan optimal yang dimaksud tersebut adalah keadaan sehat jasmani, rohani, dan sosial sehingga seseorang bisa menjalankan dan menikmati hidupnya dengan produktif.

Rafiy (2019) menyebutkan bahwa ekonomi kesehatan merupakan aplikasi ilmu ekonomi untuk menentukan pilihan-pilihan dalam berbagai upaya kesehatan. Pilihan-pilihan yang dimaksud, yaitu seperti:

- a) Pilihan mengenai bagaimana sumber daya dapat dimobilisasi, misal pilihan antara peran pemerintah dan swasta, antara menggunakan sistem asuransi atau pembayaran secara langsung, dan lain sebagainya.
- b) Pilihan jenis dan jumlah sumber daya yang digunakan
- c) Pilihan antara jenis maupun volume upaya menjaga kesehatan yang akan dilakukan
- d) Pilihan mengenai distribusi dan utilisasi produk kesehatan oleh masyarakat.

Kajian mengenai ekonomi kesehatan ini tidak terlepas dari upaya merawat kesehatan serta faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan. Upaya-upaya dalam kesehatan tersebut terdiri atas upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, upaya preventif adalah suatu serangkaian kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah penyakit. Di sisi lain, upaya kuratif adalah serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, dan pengendalian penyakit. Sedangkan upaya rehabilitatif atau pemulihan adalah kegiatan yang ditujukan kepada bekas penderita (pasien yang sudah tidak menderita penyakit) agar dapat berinteraksi secara normal dalam lingkungan sosial.

Menurut Rafiy (2019), permasalahan yang sering dihadapi dimensi kesehatan, yaitu perencanaan, pelaksanaan, evaluasi kesehatan yang jarang mendapatkan perhatian, serta sumber daya yang tersedia jumlahnya semakin jauh dari mencukupi. Adanya keterbatasan tersebut kemudian mendorong masuknya ilmu ekonomi dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi sektor kesehatan.

Sehingga dalam ekonomi kesehatan beberapa hal yang dibahas adalah mengenai: 1) alokasi sumber daya dalam kegiatan peningkatan kesehatan, 2) jumlah penggunaan sumber daya di sektor kesehatan, 3) pengorganisasian dan pendanaan institusi kesehatan, 4) efisiensi alokasi sumber daya dan penggunaannya untuk tujuan kesehatan, 5) dampak pelayanan kesehatan preventif, kuratif, dan rehabilitatif baik pada individu maupun masyarakat. Ilmu ekonomi berperan dalam rasionalisasi dalam pemilihan maupun pelayanan kesehatan, terutama yang menyangkut tentang penggunaan sumber daya. Dengan diterapkannya ilmu ekonomi dalam sektor kesehatan maka seluruh kegiatan dan pelaksanaannya harus memenuhi kriteria efisiensi (*cost effective*).

Mils dan Gibson (1990) dalam Putra (2010) menjelaskan bahwa terdapat beberapa alasan mengenai pentingnya penggunaan dan pemanfaatan kesehatan terutama berpengaruh bagi pemerintah selaku pembuat kebijakan, yaitu:

1. Penggunaan pelayanan kesehatan yang rendah akan menyebabkan lambatnya proses pembangunan ekonomi.
2. Penggunaan pelayanan kesehatan yang rendah dapat menyebabkan perkembangan demografi menjadi terganggu.
3. Penggunaan pelayanan kesehatan yang rendah akan menyebabkan pembangunan kesehatan yang lambat, serta terganggunya perubahan tingkat kesehatan ke arah yang lebih baik.
4. Penggunaan pelayanan kesehatan yang rendah akan menyebabkan tidak harmonisnya interaksi ekonomi, demografi serta kesehatan yang dapat berupa perubahan pada gizi masyarakat, perumahan dan sanitasi, serta pelayanan dan teknologi kesehatan.

Kelangkaan, keterbatasan, kebutuhan (*needs*) dan keinginan (*wants*), fungsi permintaan dan penawaran adalah contoh konsep-konsep dalam ilmu ekonomi yang penting untuk dibahas dalam sektor kesehatan. Beberapa contoh adanya kajian ekonomi di dalam permasalahan kesehatan, seperti terbatasnya jumlah tenaga medis untuk melayani seluruh penduduk, kelangkaan alat-alat kesehatan yang terjadi di masa pandemi, serta keinginan dan kebutuhan seseorang untuk hidup sehat namun harus dihadapkan pada terbatasnya dana untuk membiayai

pelayanan kesehatan sehingga seseorang tersebut harus memilih alternatif lain jika ingin hidup sehat.

2. Teori Konsumsi

Konsumsi dapat diartikan sebagai penggunaan dan pemanfaatan barang dan jasa untuk memenuhi kebutuhan manusia. Sedangkan konsumsi rumah tangga merupakan pembelanjaan barang dan jasa oleh suatu rumah tangga. Barang tersebut dapat meliputi barang tahan lama seperti kendaraan maupun alat rumah tangga lainnya, dan barang tidak tahan lama seperti makanan dan pakaian. Sedangkan pembelanjaan jasa meliputi barang yang tidak berwujud seperti layanan transportasi, layanan kesehatan, layanan kebersihan, layanan pendidikan, dan lain-lain. Perilaku konsumsi rumah tangga dapat mencerminkan keadaan ekonominya melalui bagaimana mereka mengalokasikan dan memproporsikan pendapatan yang dimilikinya untuk membeli barang dan jasa.

Menurut Mankiw (2006) keputusan konsumsi rumah tangga memengaruhi perekonomian baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Keputusan konsumsi rumah tangga sangat penting untuk analisis jangka panjang karena peranannya dalam pertumbuhan ekonomi. Sedangkan dalam jangka pendek keputusan konsumsi rumah tangga berperan dalam menentukan permintaan agregat.

Konsumsi dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor di antaranya adalah faktor ekonomi, faktor demografi, serta faktor non ekonomi. Faktor ekonomi dapat meliputi pendapatan rumah tangga, kekayaan rumah tangga, tingkat bunga, serta perkiraan masa depan. Faktor demografi yang mempengaruhi tingkat konsumsi di antaranya adalah jumlah penduduk, usia, pendidikan, serta wilayah tinggal. Sedangkan faktor non ekonomi dapat berupa faktor sosial dan budaya masyarakat. Misal bergesernya gaya hidup karena adanya globalisasi menjadikan orang lebih konsumtif dalam hal membeli pakaian, makanan, kendaraan, dan barang-barang lainnya yang dapat menunjang gaya hidup seseorang.

a. Teori Konsumsi Keynes

Menurut Mankiw (2006), Keynes menerbitkan *General Theory* pada tahun 1936. Keynes membuat asumsi-asumsi tentang fungsi konsumsi. Adapun dugaan-dugaan dalam teori konsumsi Keynes adalah:

- 1) Kecenderungan mengkonsumsi marjinal (*marginal propensity to consume*) ialah jumlah yang dikonsumsi dalam setiap tambahan pendapatan adalah antara nol dan satu. Menurut Keynes, saat seseorang mengalami peningkatan pendapatan maka ia akan mengonsumsi sebagian dan menabung sebagian pendapatannya. Menurut Keynes, bila jumlah pendapatan meningkat, maka konsumsi secara relatif akan meningkat, tapi dengan proporsi yang lebih kecil dari pada kenaikan pendapatan itu sendiri. Hal ini dikarenakan hasrat konsumsi yaitu kecenderungan konsumsi marginal atau konsumsi tambahan akan menurun, jika pendapatan meningkat.
- 2) Keynes menyatakan bahwa kecenderungan mengkonsumsi rata-rata (*average propensity to consume*), turun ketika pendapatan naik. Keynes menduga bahwa orang kaya menabung dalam proporsi yang lebih besar dari pendapatannya dibandingkan orang miskin. Keynes beranggapan bahwa tidak seorangpun yang akan mengkonsumsi seluruh kenaikan pendapatannya, tapi ia juga menganggap bahwa semakin kaya seseorang tersebut maka akan semakin berkurang konsumsinya.
- 3) Keynes berpendapat bahwa pendapatan merupakan determinan konsumsi yang penting dan tingkat bunga tidak memiliki peranan penting.

Maka berdasarkan ketiga asumsi tersebut, fungsi konsumsi Keynes dapat ditulis sebagai :

$$C = f(Y)$$

atau

$$C = a + bY, \quad a > 0; \quad 0 < b < 1$$

Keterangan :

C = konsumsi

Y = pendapatan disposabel

a = konstanta

b = kecenderungan konsumsi marjinal

Fungsi konsumsi ini memenuhi ketiga asumsi Keynes, pertama arena kecenderungan mengkonsumsi marjinal (b) bernilai antara 0 dan 1, sehingga pendapatan yang lebih tinggi akan menyebabkan konsumsi yang lebih tinggi dan tabungan yang lebih tinggi pula. Kedua, karena kecenderungan mengkonsumsi rata-rata (APC) adalah sebagai berikut :

$$APC = \frac{C}{Y} = \frac{a}{Y} + b$$

Ketika Y meningkat, a/Y akan turun, begitu juga dengan kecenderungan mengkonsumsi rata-rata C/Y akan turun. Ketiga, tingkat bunga tidak dimasukkan dalam persamaan ini, melainkan pendapatan sebagai determinan konsumsi. (Mankiw, 2006).

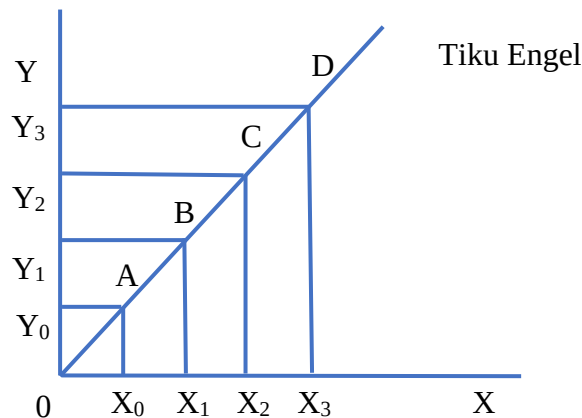
b. Teori Konsumsi Engel

Ernst Engel adalah seorang ekonom berkebangsaan Jerman yang mengemukakan pemikirannya mengenai hubungan antara pendapatan dengan pengeluaran rumah tangga. Hukum Engel mengatakan bahwa proporsi pengeluaran untuk makanan akan menurun seiring dengan meningkatnya pendapatan. Maka saat terjadi peningkatan pendapatan akan mendorong pergeseran, yaitu penurunan porsi pendapatan yang digunakan untuk membeli makanan, walaupun proporsi pengeluaran makanan meningkat, maka peningkatannya lebih kecil dari peningkatan pendapatan. Semakin besar pendapatan, maka peningkatan pendapatan tersebut lebih ditujukan untuk memenuhi kebutuhan bukan makanan atau semakin besar bagian pendapatan itu ditujukan untuk tabungan. Namun sebaliknya, semakin kecil pendapatan semakin besar bagian pendapatan itu ditujukan untuk konsumsi.

Menurut Priyono dan Chandra (2016) dalam bukunya menyebutkan bahwa pergeseran jenis pengeluaran konsumsi masyarakat seiring dengan proses pertumbuhan ekonomi yang terjadi dalam masyarakat. Pola pergeseran pengeluaran konsumsi tersebut mencerminkan adanya tingkat kesejahteraan dalam masyarakat. Tingkat kesejahteraan masyarakat yang semakin baik tentu cenderung untuk mengutamakan pemenuhan kebutuhan konsumsi bukan makanan. Namun

sebaliknya, semakin miskin sebuah keluarga akan semakin banyak proporsi yang dikeluarkan untuk kebutuhan pangan.

Menurut Pandjaitan (2018) kurva Engel adalah kurva yang menunjukkan hubungan antara pendapatan dan kuantitas yang diminta. Bentuk kurva Engel untuk barang normal dapat dilihat pada gambar 4 berikut ini.

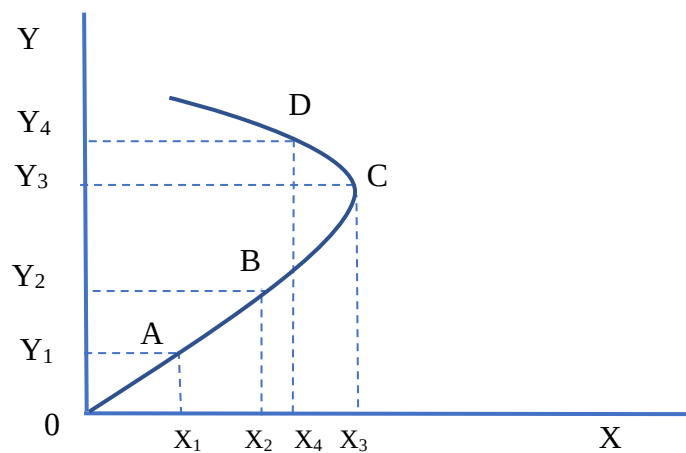


Sumber: Pandjaitan (2018)

Gambar 4. Kurva Engel Barang Normal

Pada gambar 4, jumlah barang yang diminta adalah X sedangkan Y adalah pendapatan. Pada barang normal, kurva engel berlereng menanjak atau berslope positif karena kenaikan pendapatan akan menambah kemampuan konsumen untuk membeli dan mengkonsumsi lebih banyak barang dan jasa. Kurva Engel yang tegak menunjukkan bahwa perubahan pendapatan relatif lebih tinggi dibandingkan dengan kenaikan jumlah barang yang dibeli. Sedangkan jika kurva Engel yang semakin landai menggambarkan bahwa kenaikan jumlah barang yang dibeli lebih tinggi dibandingkan kenaikan pendapatan. Kurva Engel yang semakin landai menunjukkan barang-barang mewah.

Sedangkan pada barang inferior, seperti yang digambarkan pada gambar 5 berikut.



Sumber: Pandjaitan (2018)

Gambar 5. Kurva Engel Barang Inferior

Saat pendapatan konsumen berada pada tingkat Y_1 , barang konsumsi yang digunakan sebesar X_1 . Saat pendapatan meningkat ke Y_2 , barang yang dikonsumsi masih meningkat menjadi sebesar X_2 . Begitupun hingga kenaikan pendapatan menjadi Y_3 , terjadi peningkatan jumlah barang X menjadi X_3 . Namun, saat pendapatan meningkat kembali menjadi sebesar Y_4 , konsumen tidak lagi menambah jumlah penggunaan barang X , sehingga berkurang menjadi X_4 . Konsumen beralih ke barang lain yang lebih baik dari barang X . Bentuk kurva Engel untuk barang inferior dapat dilihat pada gambar 2 berikut ini.

3. Pengeluaran Konsumsi Kesehatan

Pengeluaran konsumsi kesehatan yang dilakukan masyarakat terdiri atas aspek preventif atau pencegahan, aspek kuratif atau biaya pelayanan pengobatan, dan aspek rehabilitatif atau biaya obat. BPS (2020) dalam publikasi memaparkan bahwa pengeluaran kesehatan yang termasuk ke dalam aspek preventif atau pencegahan terdiri dari pemeriksaan kehamilan, imunisasi, tes kesehatan/*medical check up*, keluarga berencana, biaya jaminan kesehatan, serta biaya pemeliharaan kesehatan lain (seperti urut, *fitness*, bekam, *detox*, yoga, futsal, senam kebugaran, renang, vitamin, jamu, dan sebagainya). Aspek kuratif atau pengobatan terdiri atas biaya rumah sakit pemerintah/swasta, biaya berobat di puskesmas/pustu/polindes/posyandu, praktik dokter/poliklinik/petugas kesehatan/pengobatan tradisional, dan biaya persalinan. Sedangkan aspek

rehabilitatif terdiri dari obat yang dibeli dari tenaga kesehatan, obat yang dibeli tanpa resep, obat tradisional/jamu, dan biaya pembelian kaca mata, kaki palsu, dan kursi roda.

Menurut Etavianti, Syechalad, dan Syahnur (2014), kesehatan merupakan kebutuhan pertama seseorang untuk mampu mempertahankan keberlangsungan hidup, oleh karena itu konsumsi kesehatan tidak terlepas dari upaya seseorang untuk melakukan pemenuhan kebutuhan manusia akan keberlangsungan hidupnya dengan melakukan pengeluaran agar terwujudnya derajat kesehatan dan kemampuan untuk hidup sehat sebagai prasyarat pembangunan yang berkelanjutan. Pendapatan rumah tangga merupakan sumber terbesar bagi pembiayaan kesehatan. Menurut Etavianti, Syechalad, dan Syahnur (2014), pengeluaran konsumsi kesehatan terdiri atas setiap pembayaran yang dilakukan oleh konsumen kepada penyedia pelayanan kesehatan seperti pembayaran atas jasa yang dikonsumsi, harga yang harus dibayarkan untuk penggunaan barang dan peralatan medis, konsultasi, pengobatan maupun perawatan, dan juga biaya untuk transportasi ke fasilitas kesehatan terutama bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil.

Menurut Mukherjee, Haddad dan Narayana (2011) pengeluaran untuk kesehatan mencakup semua pembayaran yang dilakukan ke rumah sakit, dokter, atau penyedia perawatan kesehatan lainnya, termasuk untuk perawatan gigi. Ini juga mencakup pengeluaran yang berkaitan dengan memperoleh layanan perawatan kesehatan, seperti biaya transportasi ke fasilitas kesehatan, biaya penginapan atau akomodasi (jika fasilitas perawatan kesehatan berada di luar daerah) dan makanan yang dikonsumsi jauh dari rumah selama kunjungan kesehatan.

a. Kebutuhan terhadap Pelayanan Kesehatan

Kesehatan merupakan modal seseorang untuk dapat bekerja dan menjalani hidup, sehingga timbul keinginan untuk hidup sehat yang berasal dari kebutuhan manusia. Kebutuhan akan kesehatan tiap individu tentunya berbeda-beda. Seseorang yang dalam kebutuhan untuk hidupnya sangat bergantung dari status kesehatannya tentu akan memiliki *demand* yang lebih tinggi akan status kesehatannya. Perbedaan

kebutuhan akan kesehatan tersebut kemudian menjadikan pemanfaatan pelayanan kesehatan tiap individu berbeda-beda.

Pelayanan kesehatan tentunya haruslah bisa dirasakan oleh berbagai lapisan masyarakat dan diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan. Pelayanan kesehatan yang ada haruslah sesuai dengan kebutuhan masyarakat sebagai pengguna barang dan jasa kesehatan. Andersen et al (1975) menyatakan bahwa terdapat berbagai faktor yang menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan, di antaranya adalah faktor predisposing, faktor pendukung dan faktor kebutuhan.

1) Faktor Predisposing

Kecenderungan seseorang untuk menggunakan pelayanan kesehatan ditentukan oleh berbagai faktor atau variabel, yaitu:

- a) Kondisi demografi, seperti usia, jenis kelamin, dan status perkawinan.
- b) Kondisi sosial, seperti pendidikan, jumlah anggota keluarga, ras, etnis, agama, dan status pekerjaan.
- c) Kondisi perilaku, seperti kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan, dan perilaku masyarakat untuk dapat hidup sehat dan sembuh dari penyakit.

2) Faktor Pendukung

Faktor ini mendukung kemampuan seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Beberapa variabel pendukung tersebut adalah:

- a) Sumber pendapatan keluarga, seperti pendapatan keluarga, tabungan keluarga, sumber pendapatan lain.
- b) Sumber pendanaan kesehatan, seperti pendapatan, tabungan, dan asuransi.
- c) Keterjangkauan pelayanan kesehatan baik dari segi jarak maupun biaya.
- d) Tersedianya berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan per sekian penduduk, tenaga kesehatan, biaya pelayanan yang sesuai dengan kemampuan masyarakat.

3) Faktor Kebutuhan

Faktor kebutuhan tersebut menunjukkan kemampuan individu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan karena adanya kebutuhan, yaitu kebutuhan akan pelayanan kesehatan sebagai jawaban atas suatu penyakit.

b. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Permintaan terhadap Pelayanan Kesehatan

Pengeluaran total untuk kesehatan dalam satu periode tertentu ditentukan oleh 1) besaran pengeluaran/biaya kesehatan setiap kali kunjungan ke pelayanan kesehatan, dan 2) frekuensi kunjungan kesehatan guna memperoleh layanan kesehatan. Oleh karena itu, pengeluaran untuk kesehatan tidak terlepas dari faktor-faktor yang memengaruhi permintaan akan pelayanan kesehatan. Menurut Fuchs (1998), Dunlop dan Zubkoff (1981) dalam Trisnantoro (2015) menyatakan bahwa terdapat faktor-faktor yang memengaruhi permintaan terhadap pelayanan kesehatan, yaitu kebutuhan berbasis fisiologis, penilaian pribadi akan status kesehatan, variabel-variabel ekonomi tarif, pendapatan masyarakat, asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan, variabel-variabel demografis, jenis kelamin, pendidikan, dan faktor lainnya.

1) Kebutuhan Berbasis Fisiologis

Kebutuhan ini menekankan pada keputusan petugas medis untuk menentukan perlu atau tidaknya seseorang mendapatkan pelayanan medis. Keputusan tersebut kemudian akan memengaruhi penilaian seseorang akan status kesehatannya. Atas dasar keputusan tersebut, permintaan seseorang akan pelayanan kesehatan dapat bertambah ataupun berkurang. Saat petugas medis memberikan keputusan bahwa seseorang perlu mendapatkan pelayanan medis, maka *demand* atau permintaan terhadap pelayanan kesehatan tersebut meningkat karena adanya kebutuhan seseorang untuk sembuh dan menjadi sehat kembali.

2) Penilaian Pribadi akan Status Kesehatan

Faktor ini dipengaruhi oleh kepercayaan, budaya, serta norma-norma yang ada di masyarakat. Faktor ini disebabkan karena adanya kepercayaan terhadap pengobatan alternatif, seperti dukun dan tabib. Sebagian besar masyarakat telah memerhatikan status kesehatannya, sebagian lainnya tidak memerhatikan. Saat seseorang menilai penting kesehatan diri dan keluarga, maka ia akan melakukan berbagai upaya untuk merawatnya melalui konsumsi makanan bergizi, konsumsi vitamin, pemeriksaan kesehatan dini, dan upaya lainnya. Sehingga dengan adanya

kesadaran akan kesehatannya tersebut maka permintaan terhadap pelayanan kesehatan akan meningkat.

3) Variabel-variabel Ekonomi Tarif

Hubungan tarif dengan permintaan terhadap pelayanan kesehatan adalah negatif. Semakin tinggi tarif atau biaya pelayanan kesehatan maka permintaan tersebut akan semakin rendah. Namun, pada keadaan yang membutuhkan tindakan medis dengan cepat, maka faktor tarif tersebut tidak lagi berperan dalam memengaruhi permintaan terhadap pelayanan kesehatan, melainkan keputusan dari dokter yang sangat berpengaruh terhadap jenis pemeriksaan, resep obat, keharusan untuk operasi dan berbagai tindakan medis lainnya.

4) Pendapatan Masyarakat

Kenaikan pendapatan akan meningkatkan permintaan terhadap pelayanan kesehatan yang sebagian besar merupakan barang normal. Namun, terdapat sebagian pelayanan kesehatan yang sifatnya barang inferior, yaitu saat terjadi peningkatan pendapatan justru menyebabkan penurunan konsumsi pelayanan kesehatan. Hal ini sering terjadi pada rumah sakit pemerintah di berbagai kota dan kabupaten yang menerapkan sistem antrian yang menghabiskan banyak waktu, sedangkan ada kecenderungan pada mereka yang berpendapatan tinggi tidak menyukai pelayanan kesehatan yang menghabiskan banyak waktu, sehingga mereka beralih ke rumah sakit yang cenderung *elite* yang menerapkan pengurangan masa tunggu dan antrian dengan diaturnya jadwal dan perjanjian pada tiap pasiennya sebelum pemeriksaan. Dengan demikian, pada kondisi tersebut saat terjadi peningkatan pendapatan, konsumsi terhadap jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah justru menurun.

5) Asuransi Kesehatan dan Jaminan Kesehatan

Adanya asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan dapat meningkatkan permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Oleh karenanya hubungan asuransi kesehatan dengan permintaan terhadap pelayanan kesehatan adalah positif. Asuransi tersebut dapat mengurangi pengaruh tarif yang menjadi hambatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada saat sakit.

6) Variabel-Variabel Demografis

Usia seseorang sangat berpengaruh terhadap permintaan terhadap pelayanan kesehatan, terutama pada pelayanan kesehatan kuratif atau pengobatan. Semakin tinggi usia seseorang maka akan semakin besar pula permintaannya terhadap pelayanan kesehatan kuratif.

7) Jenis Kelamin

Sebuah penelitian pernah dilakukan di Amerika Serikat yang mendapatkan hasil bahwa permintaan terhadap pelayanan kesehatan oleh wanita lebih tinggi dibandingkan dengan pria. Hal ini karena wanita memiliki kejadian penyakit yang lebih tinggi dibandingkan pria. Selain itu, angka kerja wanita yang lebih rendah menjadikan kesediaan waktu luang dalam pelayanan kesehatan akan lebih besar dibandingkan laki-laki.

8) Pendidikan

Pendidikan yang lebih tinggi akan meningkatkan kesadaran seseorang akan status kesehatannya, pentingnya menjaga kesehatan, dan pentingnya untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Dengan demikian semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin tinggi pula permintaannya terhadap kesehatan.

9) Faktor-Faktor Lain

Beberapa faktor lain yang dapat memengaruhi permintaan terhadap pelayanan kesehatan, yaitu pengiklanan, tersedianya dokter dan tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai, dan adanya kenaikan harga secara terus menerus atau inflasi.

B. Penelitian Terdahulu

Berdasarkan pembahasan yang berkaitan dalam studi ini, maka beberapa penelitian terdahulu yaitu diantaranya:

Tabel 3. Penelitian Terdahulu

Judul	Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga Masyarakat Miskin di Kabupaten Bireuen (Etavianti, Mohd Nur Syechalad, dan Sofyan Syahnur, 2014)
Variabel	Pengeluaran konsumsi untuk kebutuhan kesehatan, pendapatan rumah tangga, usia kepala keluarga, ukuran rumah tangga berupa jumlah anggota rumah tangga, dan pendidikan kepala keluarga.
Metode	Regresi berganda dengan metode kuadrat terkecil (<i>Method of Ordinary Least Square</i>)
Hasil	1) Sebesar 71,45 persen pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga masyarakat miskin di Kabupaten Bireuen dijelaskan oleh keempat variabel independen yang meliputi pendapatan, usia, ukuran keluarga dan pendidikan. Sisanya sebesar 28,55 lagi dipengaruhi oleh faktor lain diluar model 2) Semakin besar pendapatan, bertambah usia dan semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi pula tingkat pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga masyarakat miskin di Kabupaten Bireuen.
Judul	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengeluaran Makanan, Pendidikan, Dan Kesehatan Rumah Tangga Indonesia (Analisis Data Susenas 2011) oleh Ratna Dewi Wuryandari (2015)
Variabel	Variabel terikat : 1) proporsi pengeluaran rumah tangga pada makanan, 2) total pengeluaran rumah tangga pada pendidikan 3) pengeluaran rumah tangga pada kesehatan selama sebulan. Variabel bebas: 1) Variabel sosio demografi (jenis kelamin kepala rumah tangga, tingkat pendidikan kepala rumah tangga, status perkawinan kepala rumah tangga, umur kepala rumah tangga, jumlah anggota rumah tangga, tahapan siklus hidup rumah tangga 2) Variabel sosio ekonomi (status pekerjaan kepala rumah tangga, kepemilikan rumah, bantuan sosial raskin, jaminan kesehatan) 3) Variabel daerah tempat tinggal (wilayah, serta daerah tempat tinggal)
Metode	Analisis deskriptif dan inferensial, regresi <i>Ordinary Least Squares</i> (OLS), dan analisis regresi tobit
Hasil	1) Rata-rata pengeluaran rumah tangga di Indonesia sebagian besar masih digunakan untuk kebutuhan makanan dengan per bulan adalah 58% dan rata-rata pengeluaran bukan makanan adalah 42% dari total pengeluaran. Rata-rata pengeluaran rumah tangga untuk pendidikan adalah 28% kesehatan adalah 20% dari total pengeluaran bukan makanan. 2) Variabel sosio demografi, variabel sosio ekonomi, dan variabel daerah tempat tinggal berpengaruh signifikan terhadap proporsi pengeluaran rumah tangga pada makanan, dan proporsi pengeluaran rumah tangga pada pendidikan dan kesehatan.
Judul	Analisis Regresi Tobit Terhadap Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Pengeluaran Biaya Kesehatan Rumah Tangga (RT) di Wilayah

	Perkotaan dan Pedesaan di Propinsi Jawa Timur oleh Imam Uddin Hanief, dkk.
Variabel	1) Variabel terikat: pengeluaran biaya kesehatan 2) Variabel bebas: tingkat pendidikan kepala RT, jenis atap rumah terluas, jenis dinding rumah terluas, jenis lantai rumah terluas, luas lantai rumah, fasilitas air minum, fasilitas buang air besar, sumber penerangan, pengeluaran makanan, pengeluaran non makanan, penerima BLT, proporsi ART yang sakit, proporsi kepemilikan jaminan/asuransi kesehatan, dan biaya asuransi kesehatan.
Metode	Analisis Regresi Tobit
Hasil	1) Pemodelan regresi tobit pengeluaran biaya kesehatan RT perkotaan terdapat tujuh variabel signifikan, yaitu tingkat pendidikan KRT, jenis atap rumah, jenis lantai rumah, jenis fasilitas BAB, biaya makan selama satu bulan, biaya non makanan selama satu bulan, proporsi ART sakit dalam satu bulan. 2) Sedangkan pada pedesaan terdapat sembilan variabel signifikan, yaitu tingkat pendidikan KRT, jenis atap rumah, jenis fasilitas BAB, jenis sumber penerangan, biaya makanan selama satu bulan, biaya non makanan selama satu bulan, penerima BLT, proporsi ART sakit dalam satu bulan, proporsi kepemilikan asuransi dalam satu RT.
Judul	<i>Household Health Expenditure in Greece and the Impact of Financial Crisis</i> oleh Zikidou dan Hadjidema (2020)
Variabel	1) Variabel terikat: Pengeluaran kesehatan rumah tangga, 2) Variabel bebas: usia kepala keluarga, daerah tempat tinggal, jumlah anak dalam keluarga
Metode	Analisis Linier Berganda
Hasil	1) Semakin tinggi usia kepala keluarga semakin besar pengeluaran kesehatan rumah tangga, 2) Rumah tangga yang tinggal di daerah perkotaan lebih banyak menghabiskan biaya keperluan kesehatan dibandingkan yang tinggal di pedesaan. 3) Semakin banyak anak dalam suatu keluarga maka pengeluaran kesehatan rumah tangga semakin besar.
Judul	<i>Analysing Catastrophic OOP Health Expenditure in India: Concepts, Determinants and Policy Implications</i> oleh Rama Pal (2010)
Variabel	Variabel terikat: Pengeluaran kesehatan <i>Out-of-Pocket</i> OOP, Variabel bebas : 1) variabel ekonomi (pendapatan, kepemilikan tanah, indeks kekayaan, metode memasak, listrik, gaji KK, tingkat pendidikan KK);

	2) variabel sosio demografi (Ukuran RT, jumlah anak, jumlah lansia, <i>Scheduled Castes, Scheduled Tribes, Other Backward Classes</i> , jenis kelamin KK, usia kepala keluarga); 3) variabel regional (wilayah tempat tinggal).
Metode	Model Probit
Hasil	1) Dari segi variabel ekonomi, semakin kaya suatu rumah tangga maka pengeluaran kesehatan <i>Out-of-Pocket</i> (OOP) akan semakin tinggi 2) Terlepas dari segi ekonomi, pendidikan mengurangi resiko pengeluaran kesehatan OOP. 3) Di wilayah pedesaan, tingkat pendidikan di kalangan perempuan dapat mengurangi pengeluaran kesehatan OOP katastropik 4) RT yang tergabung dalam <i>Scheduled Castes</i> dapat mengalami pengeluaran kesehatan yang lebih besar dari RT yang tidak tergabung. 5) Kehadiran anak-anak dan anggota lanjut usia meningkatkan kemungkinan pengeluaran kesehatan OOP katastropik.

C. Kerangka Pemikiran Teoritis

Setiap rumah tangga memiliki berbagai kebutuhan, tak terkecuali kebutuhan akan kesehatan. Kesehatan adalah salah satu modal seseorang untuk dapat menjalani aktivitas sehari-hari di kehidupannya. Kebutuhan akan kesehatan tiap rumah tangga tentunya berbeda-beda. Rumah tangga yang hidup di lingkungan yang sangat memperhatikan status dan derajat kesehatannya tentu memiliki kebutuhan dan permintaan yang lebih tinggi terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Adanya kebutuhan akan kesehatan yang kemudian mendorong seseorang maupun sebuah keluarga untuk dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan. Dengan adanya kebutuhan dan permintaan terhadap pelayanan kesehatan tersebut yang kemudian mendorong rumah tangga untuk melakukan pengeluaran konsumsi untuk kesehatan

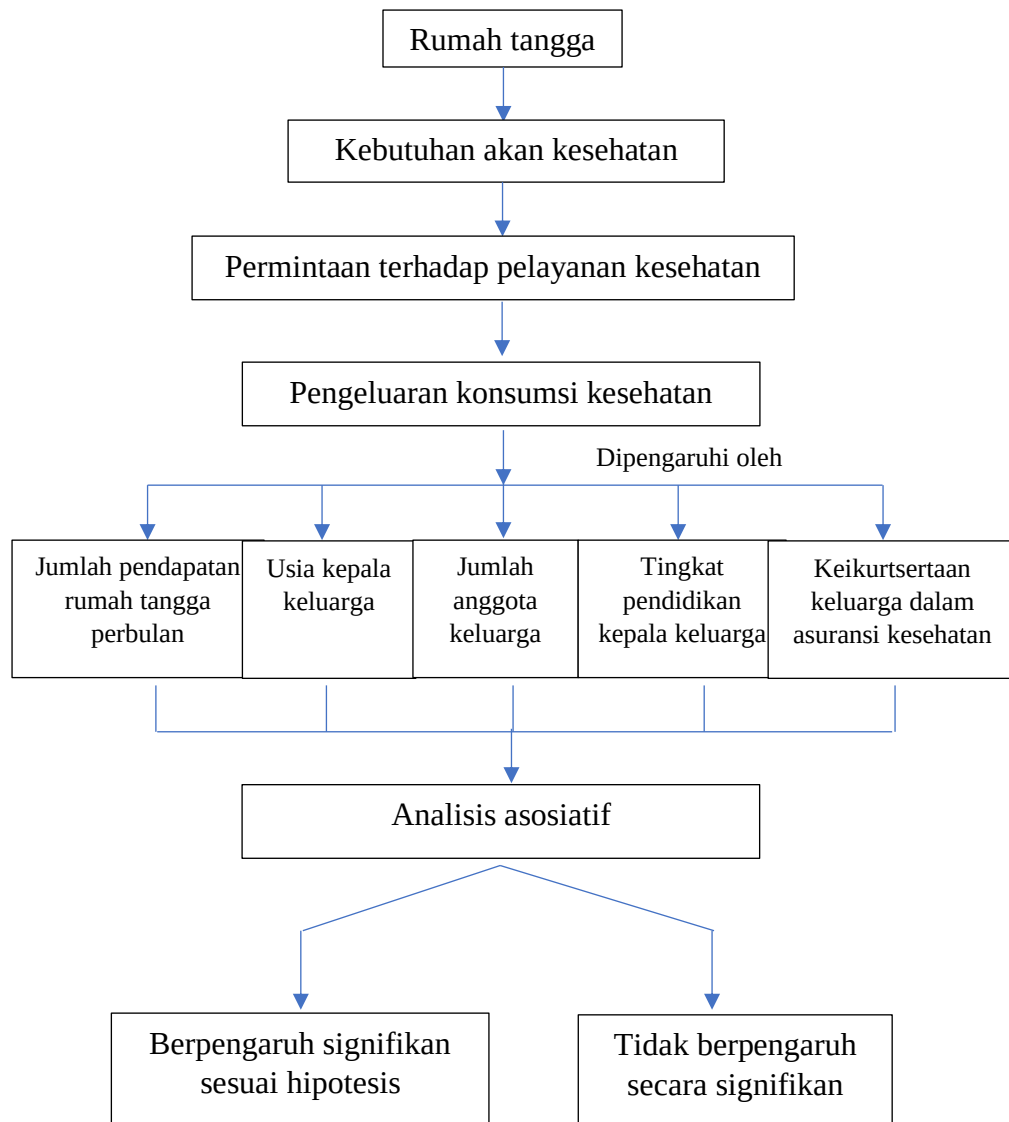
Pengeluaran konsumsi kesehatan tersebut terdiri dari biaya rumah sakit pemerintah, biaya rumah sakit swasta, biaya berobat di puskesmas, biaya berobat di praktik dokter, praktik petugas kesehatan, praktik pengobatan tradisional, biaya penolong persalinan, obat yang dibeli dengan resep tenaga kesehatan, obat modern yang dibeli tanpa resep tenaga kesehatan, obat tradisional/jamu, biaya pemeliharaan kacamata/kaki palsu/kursi roda, pemeriksaan kehamilan, imunisasi,

tes kesehatan, keluarga berencana, asuransi kesehatan, dan biaya pemeliharaan kesehatan lainnya.

Pengeluaran konsumsi kesehatan di setiap rumah tangga tentu berbeda-beda. Hal ini dikarenakan adanya keterbatasan untuk dapat menggunakan pelayanan kesehatan. Adanya keterbatasan tersebut karena adanya perbedaan pendapatan yang diterima sebuah keluarga. Selain itu, perbedaan kondisi sosial ekonomi tiap rumah tangga, seperti usia kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan kepala keluarga, dan keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan juga mengakibatkan adanya perbedaan pengeluaran konsumsi kesehatan tiap rumah tangga.

Untuk mengetahui pengaruh dari masing-masing faktor tersebut terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan suatu rumah tangga, maka dilakukan serangkaian tahapan penelitian yang dalam hal ini adalah penelitian yang dianalisis secara asosiatif. Analisis asosiatif dilakukan untuk menguji ada atau tidaknya pengaruh dari keberadaan dua atau lebih variabel bebas terhadap suatu variabel terikat. Sehingga dengan melalui proses penelitian tersebut, nantinya akan disimpulkan apakah pengaruh dari faktor-faktor yang telah disebutkan di paragraf sebelumnya terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan telah sesuai dengan hipotesis atau justru menolak hipotesis dan juga apakah berhasil menjawab rumusan masalah serta mendapatkan tujuan yang diinginkan.

Dari kerangka pemikiran yang telah diuraikan di atas apabila dituangkan dalam suatu gambar kerangka akan menjadi seperti berikut.



Gambar 6. Kerangka Pemikiran Teoritis

D. Hipotesis

Hipotesis yang dirumuskan dalam penelitian ini yaitu :

1. Diduga jumlah pendapatan rumah tangga berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.
2. Diduga usia kepala keluarga berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.
3. Diduga jumlah anggota keluarga berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.

4. Diduga tingkat pendidikan kepala keluarga berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.
5. Diduga keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.
6. Diduga jumlah pendapatan rumah tangga, usia kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan kepala keluarga, dan keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan berpengaruh secara bersama-sama terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.

III. METODE PENELITIAN

A. Objek Penelitian

Penelitian ini dilakukan terhadap masyarakat Kelurahan Penengahan Raya, Kecamatan Kedaton, Kota Bandar Lampung, khususnya rumah tangga yang diwakili oleh kepala keluarga yang tinggal di kelurahan tersebut. Dipilihnya Kelurahan Penengahan Raya sebagai lokasi penelitian ini dikarenakan kelurahan tersebut pada tahun 2019 memiliki sarana kesehatan terbanyak ke-2 di antara kelurahan lain yang ada di Kecamatan Kedaton, yaitu sebanyak 13 sarana kesehatan yang di antaranya terdapat 2 rumah sakit, yaitu RSUD Abdul Mulk, dan RS DKT, sehingga dapat memudahkan masyarakatnya dalam menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Dengan ketersediaan dan akses masyarakat yang mudah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tentu akan berpengaruh terhadap alokasi pendapatan untuk konsumsi kesehatan. Banyaknya sarana kesehatan tersebut dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 4. Banyaknya Sarana Kesehatan menurut Kelurahan di Kecamatan Kedaton Tahun 2019

Fasilitas kesehatan	Kedaton	Penengahan Raya	Surabaya	Sukamenanti
Rumah Sakit	-	3	1	-
Puskesmas	1	-	-	-
Puskesmas Pembantu	-	-	-	1
Puskesmas	1	1	1	1
Poliklinik	2	-	1	-
Praktik Dokter	3	1	1	1
Praktik Bidan	1	-	-	1
Posyandu	5	3	6	3
Apotek	4	6	1	1
Jumlah	17	13	11	8

Sumber: Badan Pusat Statistik (2020)

Tabel 4. Banyaknya Sarana Kesehatan menurut Kelurahan di Kecamatan Kedaton Tahun 2019 (Lanjutan)

Fasilitas kesehatan	Penengahan	Sidodadi	Sukamenanti Baru
Rumah Sakit	-	-	-
Puskesmas	-	-	-
Puskesmas Pembantu	-	-	-
Puskesmas	1	1	1
Poliklinik	-	-	-
Praktik Dokter	2	-	1
Praktik Bidan	-	2	1
Posyandu	3	3	3
Apotek	2	1	-
Jumlah	8	7	6

Sumber: Badan Pusat Statistik (2020)

B. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis *survey research* atau penelitian survei dengan menggunakan pendekatan kuantitatif. Menurut Siyoto dan Sodik (2015), penelitian survei adalah penelitian yang mengambil sampel dari satu populasi dan menggunakan kuisioner sebagai pengumpulan data yang pokok. Menurut Siyoto dan Sodik (2015), penelitian kuantitatif menekankan pada fenomena objektif dan dikaji secara kuantitatif dengan menuntut penggunaan angka mulai dari pengumpulan data, penafsiran terhadap data tersebut, serta penampilan dari hasilnya yang lebih baik disertai dengan gambar, tabel, grafik ataupun tampilan lainnya.

C. Jenis Data dan Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder. Menurut Abdullah (2015), data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumber pertama baik dari individu atau perseorangan, seperti melalui wawancara atau pengisian kuisioner, sedangkan data sekunder adalah data primer yang telah dilakukan pengolahan lebih lanjut oleh pengumpul data primer atau oleh perantara pihak lain yang kemudian disajikan dalam bentuk tabel ataupun diagram. Data primer pada penelitian ini adalah data-data rumah tangga di Kelurahan Penengahan Raya mengenai pengeluaran konsumsi makanan dan bukan makanan, pengeluaran

konsumsi kesehatan rumah tangga, jumlah pendapatan rumah tangga perbulan, usia kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, jenis pekerjaan kepala keluarga, tingkat pendidikan kepala keluarga, dan keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan. Data primer diperoleh dengan cara melakukan sebar kuisisioner ke calon responden yang tinggal di Kelurahan Penengahan Raya. Data sekunder berupa data-data yang mendukung penelitian ini, seperti jumlah kepala keluarga di Kelurahan Penengahan Raya, pengeluaran konsumsi perkapita di Indonesia, dan data pendukung lainnya yang berasal dari instansi yang relevan seperti BPS Indonesia, BPS Provinsi Lampung, BPS Kota Bandar Lampung, Pemerintah Kota Bandar Lampung yang dalam hal ini adalah Kelurahan Penengahan Raya, serta instansi lain sebagai sumber data yang relevan dengan penelitian ini.

D. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian kali ini adalah dengan dokumentasi dan sebar kuisisioner.

1) Dokumentasi

Menurut Gulo (2002), dokumentasi merupakan catatan tertulis mengenai berbagai kegiatan atau peristiwa pada waktu yang telah lalu. Dokumen dapat berupa data statistik, jurnal dalam bidang kelimuan tertentu, serta literatur-literatur yang relevan sebagai sumber informasi peneliti. Sumber dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah dari buku, jurnal, serta laporan atau naskah publikasi dari lembaga-lembaga yang terkait dengan penelitian ini, yaitu: Badan Pusat Statistik (BPS), Pemerintah Kota Bandar Lampung, dan instansi terkait lainnya.

2) Kuisisioner

Pertanyaan peneliti dan jawaban responden dalam penelitian ini dikemukakan secara tertulis melalui kuisisioner. Menurut Abdullah (2015), kuisisioner merupakan cara pengumpulan data dengan menyebarkan daftar pertanyaan kepada responden dengan harapan agar mereka dapat memberikan tanggapan atas pertanyaan-pertanyaan tersebut. Sebar kuisisioner dalam penelitian ini dilakukan untuk mencari data-data yang diperlukan untuk kemudian diolah lebih lanjut dan juga untuk mengetahui karakteristik responden.

E. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah total kepala keluarga yang ada di Kelurahan Penengahan Raya, yaitu pada tahun 2020 sebanyak 832 kepala keluarga yang tersebar dalam 2 wilayah LK dan 11 RT. Pembagian jumlah populasi adalah berdasarkan rukun tetangga yang ada di tiap lingkungan. Jumlah populasi penelitian dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5. Jumlah Kepala Keluarga di Kelurahan Penengahan Raya Menurut Wilayah RT Tahun 2020

Wilayah RT	Wilayah LK	Jumlah Kepala Keluarga
RT 01	LK I	110
RT 02	LK I	89
RT 03	LK I	49
RT 04	LK I	90
RT 05	LK I	61
RT 01	LK II	64
RT 02	LK II	123
RT 03	LK II	106
RT 04	LK II	51
RT 05	LK II	40
RT 06	LK II	49
Jumlah		832

Sumber: Kelurahan Penengahan Raya (2020)

Sedangkan untuk menentukan banyaknya sampel yang akan diambil dari populasi maka digunakan rumus Slovin menurut Zuhdi (2018) yaitu sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1+N.e^2} \dots\dots\dots (3.1)$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

e = tingkat kesalahan

Dalam penelitian ini menggunakan tingkat kesalahan sebesar 10% atau 0,10, sehingga dengan menggunakan rumus tersebut maka didapatkan jumlah sampel yang akan diteliti yaitu sebanyak 90 kepala keluarga sebagaimana pada perhitungan di bawah ini:

$$n = \frac{832}{1 + (832 \cdot (0,10)^2)}$$

$$n = \frac{832}{1 + (832 \cdot 0,01)}$$

$$n = \frac{832}{1 + 8,32}$$

$$n = 89,27 \text{ atau } 90 \text{ (pembulatan ke atas)}$$

F. Metode Pengambilan Sampel

Dalam memilih lokasi atau wilayah sebagai tempat dilakukannya penelitian, digunakan teknik *purposive sampling* atau sampel bertujuan. Menurut Abdullah (2015), *purposive sampling* adalah teknik *sampling* yang dilakukan dengan berdasarkan tujuan dan pertimbangan tertentu. Dipilihnya Kelurahan Penengahan Raya sebagai lokasi penelitian didasarkan atas pertimbangan ketersediaan dan akses yang mudah bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, sebagaimana sarana-sarana kesehatan yang terdapat di Kelurahan tersebut yang telah dipaparkan pada bagian objek penelitian sebelumnya.

Dalam menentukan rumah tangga yang tersebar dalam beberapa wilayah RT tersebut digunakan teknik sensus. Teknik sensus tersebut digunakan karena semua anggota populasi dapat dipilih menjadi sampel, dan seluruh wilayah RT yang ada di Kelurahan Penengahan Raya dipilih menjadi lokasi penelitian ini. Dalam menentukan jumlah sampel pada masing-masing wilayah RT digunakan teknik alokasi sampel berimbang atau *proportional sampling*. *Proportional sampling* atau sampel berimbang, yaitu teknik *sampling* yang sampelnya diambil dari setiap wilayah dan jumlahnya ditentukan seimbang atau sebanding dengan banyaknya anggota populasi dalam masing-masing wilayah (Abdullah, 2015). Dalam menentukan responden mana yang akan dipilih pada setiap wilayah RT digunakan teknik *random sampling*. *Random sampling*, yaitu penarikan sampel yang dilakukan sedemikian rupa atau secara acak sehingga setiap anggota populasi memiliki probabilitas yang sama untuk terpilih (Supranto, 2016).

Untuk menentukan alokasi sampel pada masing-masing lingkungan RT dilakukan dengan menggunakan rumus :

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n \dots\dots\dots (3.2)$$

Keterangan:

n_i = ukuran sampel dari setiap wilayah

n = jumlah sampel secara keseluruhan

N = jumlah populasi keseluruhan

N_i = jumlah populasi dari setiap wilayah

Maka sampel pada tiap wilayah pada penelitian ini adalah sebagai berikut.

Tabel 6. Jumlah Populasi dan Sampel Penelitian Menurut Wilayah RT

RT	Wilayah LK	Populasi (N)	Sampel (n)
RT 01	LK I	110	12
RT 02	LK I	89	10
RT 03	LK I	49	5
RT 04	LK I	90	10
RT 05	LK I	61	7
RT 01	LK II	64	7
RT 02	LK II	123	14
RT 03	LK II	106	11
RT 04	LK II	51	5
RT 05	LK II	40	4
RT 06	LK II	49	5
Jumlah		832	90

Sumber: Kelurahan Penengahan Raya (2020)

G. Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional menjelaskan cara tertentu yang digunakan oleh peneliti dalam mengukur suatu variabel yang digunakan. Terdapat satu variabel terikat dan enam variabel bebas yang digunakan dalam analisis penelitian ini. Secara operasional variabel yang ada dalam penelitian ini dapat didefinisikan sebagai berikut.

1. Variabel Terikat (Konkes)

Variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini adalah nilai pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga di Kelurahan Penengahan Raya. Nilai pengeluaran konsumsi kesehatan tiap responden dihitung dengan menjumlahkan nilai masing-masing komponen pengeluaran konsumsi kesehatan sebagaimana komponen pengeluaran kesehatan yang disebutkan oleh BPS pada BAB

sebelumnya. Variabel ini diukur dalam satuan Rupiah dengan menggunakan skala rasio.

2. Variabel Bebas

a. Jumlah Pendapatan Rumah Tangga Perbulan (Pdptn)

Pendapatan rumah tangga yang dimaksud dalam penelitian ini adalah jumlah pendapatan yang diterima oleh kepala keluarga atau suami ditambah dengan jumlah pendapatan istri tiap bulannya. Pendapatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah jumlah pendapatan yang diterima sebagai gaji atau upah, pendapatan dari usaha sendiri, serta pendapatan yang diterima dari usaha lain. Variabel ini diukur dalam satuan Rupiah dengan menggunakan skala rasio.

b. Usia Kepala Keluarga (Usia)

Variabel usia adalah usia responden yang nantinya akan diambil menjadi sampel yang diukur dengan menggunakan satuan tahun dengan skala rasio.

c. Jumlah Anggota Keluarga (Anggota)

Jumlah anggota keluarga adalah banyaknya orang yang menjadi tanggungan kepala keluarga. Variabel jumlah anggota keluarga ini diukur dengan satuan orang dengan menggunakan skala rasio.

d. Tingkat Pendidikan Kepala Keluarga (Pddkn)

Variabel ini dilihat dari seberapa lama waktu yang ditempuh oleh kepala keluarga dalam mengenyam pendidikan. Variabel ini diukur dalam satuan tahun dengan skala rasio.

e. Keikutsertaan Keluarga dalam Asuransi Kesehatan (D)

Keikutsertaan dalam asuransi kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah keluarga responden ikut menjadi peserta asuransi kesehatan dan membayar rutin perbulannya kepada penyelenggara. Asuransi kesehatan dapat berupa yang diselenggarakan pemerintah, yaitu BPJS Kesehatan yang bukan penerima bantuan iuran pemerintah, serta asuransi kesehatan yang diselenggarakan pihak swasta. Variabel ini diukur dengan teknik variabel dummy dengan skala 1 dan 0, yaitu 1

untuk responden yang menjadi peserta asuransi kesehatan dan 0 untuk responden yang bukan peserta asuransi kesehatan.

H. Metode Analisis

1. Statistik Deskriptif

Untuk mendeskripsikan nilai-nilai pada seluruh komponen pengeluaran konsumsi kesehatan yang dilakukan rumah tangga responden serta untuk menjelaskan kondisi sosial ekonomi responden dianalisis dengan metode analisis statistik deskriptif. Tujuan penggunaan analisis deskriptif dalam penelitian ini untuk menginterpretasikan hasil pengolahan data yang sudah dilaksanakan, dengan memberikan keterangan dan penjelasan melalui tabel, grafik, ataupun diagram dari setiap jawaban responden pada kuisioner.

2. Analisis Asosiatif

a. Analisis Regresi

Model regresi ini dilakukan untuk menjawab rumusan masalah pada penelitian ini. Metode regresi yang digunakan adalah analisis regresi berganda dengan metode *Ordinary Least Square* (OLS). Adapun bentuk model yang dipilih dilakukan pengujian model dengan metode uji *MacKinnon, White, and Davidson* (Uji MWD). Kedua bentuk model yang dipilih adalah model linier dan model log-lin.

Adapun bentuk awal model linier adalah sebagai berikut:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \beta_3 X_{3i} + \dots + \beta_k X_{ki} + E_i \dots \dots \dots (3.3)$$

Sedangkan bentuk awal model log-lin adalah sebagai berikut:

$$Y_i = \alpha \beta_2^{X_{1i}} \beta_2^{X_{2i}} \beta_3^{X_{3i}} \beta_4^{X_{4i}} \beta_5^{D_i} e^{E_i} \dots \dots \dots (3.4)$$

Dapat disebut juga sebagai model regresi eksponensial, setelah ditransformasi ke dalam bentuk linier menjadi:

$$\ln Y_i = \ln \beta_0 + \ln \beta_1 X_{1i} + \ln \beta_2 X_{2i} + \ln \beta_3 X_{3i} + \ln \beta_4 X_{4i} + \ln \beta_5 D_i + E_i \dots \dots \dots (3.5)$$

Nilai $\ln \beta_k$ merupakan koefisien X ke-k, yaitu perubahan relatif X_k terhadap Y. Setiap koefisien pada persamaan tersebut apabila dikalikan dengan 100 maka akan menunjukkan semi elastisitas.

Adapun pada penelitian ini menggunakan model ekonomi seperti berikut :

$$\text{Konkes}_i = f(\text{Pdptn}_i, \text{Usia}_i, \text{Anggota}_i, \text{Pddkn}_i, D_i) \dots \dots \dots (3.6)$$

Model tersebut jika dimasukkan ke dalam model regresi linier menjadi sebagai berikut:

$$\text{Konkes}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Pdptn}_i + \beta_2 \text{Usia}_i + \beta_3 \text{Anggota}_i + \beta_4 \text{Pddkn}_i + \beta_5 D_i + E_i \quad (3.7)$$

Sedangkan, jika model (3.7) ditransformasikan ke dalam bentuk eksponensial dan log-lin menjadi:

$$\text{Konkes}_i = \beta_0 \cdot (\beta_1)^{\text{Pdptn}_i} \cdot (\beta_2)^{\text{Usia}_i} \cdot (\beta_3)^{\text{Anggota}_i} \cdot (\beta_4)^{\text{Pddkn}_i} \cdot (\beta_5)^{D_i} \cdot e^{E_i} \dots \dots \dots (3.8)$$

$$\begin{aligned} \text{LnKonkes}_i = & \text{Ln}\beta_0 + \text{Ln}\beta_1 \text{Pdptn}_i + \text{Ln}\beta_2 \text{Usia}_i + \text{Ln}\beta_3 \text{Anggota}_i + \\ & \text{Ln}\beta_4 \text{Pddkn}_i + \text{Ln}\beta_5 D_i + E_i \dots \dots \dots (3.9) \end{aligned}$$

1) Uji Pemilihan Model

Dalam penelitian ini uji pemilihan model regresi menggunakan uji *MacKinnon, White, and Davidson* (Uji MWD). Model linier dan model log-lin yang akan diuji dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

$$\begin{aligned} \text{Konkes}_i = & \beta_0 + \beta_1 \text{Pdptn}_i + \beta_2 \text{Usia}_i + \beta_3 \text{Anggota}_i + \\ & \beta_4 \text{Pddkn}_i + \beta_5 D_i + E_i \dots \dots \dots (3.10) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{LnKonkes}_i = & \text{Ln}\beta_0 + \text{Ln}\beta_1 \text{Pdptn}_i + \text{Ln}\beta_2 \text{Usia}_i + \text{Ln}\beta_3 \text{Anggota}_i + \\ & \text{Ln}\beta_4 \text{Pddkn}_i + \text{Ln}\beta_5 D_i + E_i \dots \dots \dots (3.11) \end{aligned}$$

Keterangan:

Konkes_i	= pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga ke-i
Pdptn_i	= jumlah pendapatan rumah tanggaperbulan rumah tangga ke-i
Usia_i	= usia kepala rumah tangga ke-i
Anggota_i	= jumlah anggota keluarga rumah tangga ke-i
Pddkn_i	= tingkat pendidikan kepala rumah tangga ke-i
D_i	= variabel dummy keikutsertaan dalam asuransi kesehatan rumah tangga ke-i; 1 = ikut dalam asuransi kesehatan; 0 = tidak ikut dalam asuransi kesehatan
β_0	= konstanta
$\beta_1, \beta_2, \dots \beta_5$	= koefisien regresi
E_i	= variabel pengganggu atau residual.

Untuk melakukan uji MacKinnon, White, and Davidson (Uji MWD), maka perlu dilakukan pengasumsian bahwa:

$H_0 = Y$ adalah fungsi linier dari variabel independen X (model linier)

$H_a = Y$ adalah fungsi log linier dari variabel independen X (model log-lin)

Prosedur yang perlu dilakukan untuk melakukan pengujian McKinnon, White, dan Davidson (uji MWD) yaitu sebagai berikut:

- 1) Estimasi persamaan (3.10) dan (3.11), lalu nyatakan F_1 dan F_2 sebagai nilai prediksi (*fitted value*) dari kedua persamaan tersebut
- 2) Kemudian dapatkan nilai $Z_1 = \log(F_1) - F_2$ dan $Z_2 = \text{antilog}(F_2) - F_1$
- 3) Estimasi persamaan (3.12) dan (3.13) dengan memasukkan variabel Z_1 dan Z_2 sebagai variabel penjelas, yang dituliskan sebagai berikut.

$$\begin{aligned} \text{Konkes}_i &= \beta_0 + \beta_1 \text{Pdptn}_i + \beta_2 \text{Usia}_i + \beta_3 \text{Anggota}_i + \\ &\quad \beta_4 \text{Pddkn}_i + \beta_5 D_i + \beta_6 Z_i + E_i \dots\dots\dots (3.12) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{LnKonkes}_i &= \text{Ln}\beta_0 + \text{Ln}\beta_1 \text{Pdptn}_i + \text{Ln}\beta_2 \text{Usia}_i + \text{Ln}\beta_3 \text{Anggota}_i + \\ &\quad \text{Ln}\beta_4 \text{Pddkn}_i + \text{Ln}\beta_5 D_i + \beta_6 Z_i + E_i \dots\dots\dots (3.13) \end{aligned}$$

- 4) Apabila Z_1 pada model linier signifikan secara statistik, maka akan menolak hipotesis nol sehingga model yang tepat adalah model log linier, begitupun sebaliknya. Namun, apabila Z_2 signifikan secara statistik melalui uji t maka akan menolak hipotesis alternatif sehingga model yang tepat adalah model linier begitupun sebaliknya (Agus Widarjono, 2018).

b. Uji Asumsi Klasik

Menurut Widarjono (2018), model regresi dengan metode kuadrat terkecil dibangun dengan berdasarkan asumsi-asumsi klasik tertentu. Salah satu di antara asumsi tersebut adalah variabel gangguan terdistribusi normal, varian dari variabel gangguan adalah sama, tidak ada korelasi antara variabel gangguan satu dengan variabel gangguan yang lain, serta tidak adanya korelasi antara satu variabel bebas dengan variabel bebas yang lain. Metode kuadrat terkecil kemudian akan menghasilkan estimator yang memiliki sifat tidak bias, linier, dan memiliki varian yang minimum (*best linear unbiased estimators = BLUE*). Maka untuk mendeteksi

asumsi-asumsi OLS tersebut diperlukan adanya pengujian yang disebut dengan uji asumsi klasik. Uji asumsi klasik yang digunakan pada penelitian ini, yaitu:

1) Uji Normalitas

Menurut Widarjono (2016), uji signifikansi pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen melalui uji t hanya akan valid jika residual yang didapatkan berdistribusi normal. Pada penelitian ini, uji normalitas menggunakan metode Jarque-Bera (JB). Residual akan terdistribusi normal jika nilai Jarque-Bera (JB) < chi square (χ^2), dan jika nilai probabilitas (p-value) > $\alpha = 5\%$ dengan derajat kebebasan (df) = 2. Jika dituliskan dalam sebuah hipotesis maka:

- H_0 = residual terdistribusi normal; (nilai statistik JB < chi square (χ^2)).
- H_a = residual tidak terdistribusi normal; (nilai statistik JB > chi square (χ^2)).

2) Uji Heteroskedastisitas

Salah satu asumsi penting yang dibangun dalam model OLS pada regresi sederhana maupun regresi berganda adalah bahwa varian bersifat homoskedastis. Namun, dalam kenyataannya dari model regresi sering terdapat varian variabel gangguan yang tidak konstan atau disebut dengan heteroskedastisitas. Dengan adanya heteroskedastisitas, estimator OLS tidak menghasilkan estimator yang *Best Linear Unbiased Estimator* (BLUE), melainkan hanya *Linear Unbiased Estimator* (Widarjono, 2018). Uji heteroskedastisitas pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode *White Heteroscedasticity Test (No Cross-Term)* dengan membandingkan nilai $n \cdot R$ -Square atau chi-square hitung (χ^2_{hitung}) dengan nilai Chi-Square tabel (χ^2_{tabel}) pada $\alpha = 5\%$ dan df = 5. Berdasarkan hal ini, hipotesis dalam uji heteroskedastisitas berupa:

- H_0 = homoskedastis; (nilai $n \cdot R$ -Square (χ^2_{hitung}) < Chi-square tabel (χ^2_{tabel}))
- H_a = heteroskedastis; (nilai $n \cdot R$ - Square (χ^2_{hitung}) > Chi-square (χ^2_{tabel}))

3) Deteksi Multikolinieritas

Menurut Widarjono (2018) salah satu asumsi yang digunakan dalam metode OLS adalah tidak adanya hubungan linier antara variabel independen. Adanya hubungan antar variabel independen dalam satu regresi disebut multikolinieritas. Deteksi multikolinieritas bertujuan untuk menguji apakah pada model regresi ditemukan

adanya korelasi antar variabel bebas. Deteksi multikolinieritas pada penelitian ini dilakukan dengan menghitung *Variance Inflation Factor* (VIF) dari hasil estimasi. Jika $VIF < 10$ maka antara variabel independen tidak ada hubungan yang linier (tidak ada multikolinieritas).

c. Uji Hipotesis

1) Uji t Statistik

Hipotesis pada dasarnya merupakan suatu anggapan yang mungkin benar dan sering digunakan sebagai dasar pembuatan keputusan atau untuk dasar penelitian lebih lanjut. Anggapan dari suatu hipotesis kemungkinan terdapat kesalahan, maka apabila akan digunakan sebagai dasar pembuatan keputusan harus diuji terlebih dahulu dengan menggunakan data hasil observasi, yaitu dengan menggunakan uji t (Supranto, 2015).

Menurut Widarjono (2018) uji t digunakan untuk mengetahui signifikansi pengaruh masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat. Dalam melakukan uji t perlu membandingkan nilai t_{hitung} dengan nilai t_{tabel} pada tingkat alpha tertentu dan $df = n-k-1$. maka akan diketahui keputusan menolak atau menerima H_0 . Dalam penelitian ini, digunakan uji sebelah kanan pada keseluruhan variabel bebas. Hal ini sesuai dengan hipotesis pada bab sebelumnya bahwa terdapat pengaruh yang positif dan signifikan dari masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat. Uji hipotesis positif satu sisi pada penelitian ini, yaitu:

- $H_0 : \beta_k \leq 0$
- $H_\alpha : \beta_k > 0$

Untuk mendapatkan keputusan menolak atau menerima H_0 maka perlu membandingkan nilai t_{hitung} dan t_{tabel} , hasil yang didapatkan nantinya adalah sebagai berikut :

- Jika nilai $t_{hitung} > \text{nilai } t_{tabel}$ pada $\alpha = 10\%$ dan $df = 84$ maka H_0 ditolak, dan H_α diterima.
- Jika nilai $t_{hitung} < \text{nilai } t_{tabel}$ pada $\alpha = 10\%$ dan $df = 84$ maka H_0 diterima dan H_α ditolak..

Hipotesis dalam uji t pada setiap variabel bebas dalam penelitian ini dinyatakan sebagai berikut.

a) Jumlah pendapatan rumah tangga Perbulan (Pdptn)

Hipotesis nol menyatakan bahwa jumlah pendapatan rumah tangga tidak berpengaruh atau berpengaruh secara negatif terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga. Hipotesis alternatif menyatakan jumlah pendapatan rumah tangga berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga. Secara statistik hipotesis ditulis sebagai berikut:

- $H_0 : \beta_1 \leq 0$
- $H_\alpha : \beta_1 > 0$

b) Usia Kepala Keluarga (Usia)

Hipotesis nol menyatakan bahwa usia kepala keluarga tak berpengaruh atau berpengaruh secara negatif terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga. Hipotesis alternatif menyatakan bahwa usia kepala keluarga berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga. Secara statistik hipotesis ditulis sebagai berikut:

- $H_0 : \beta_2 \leq 0$
- $H_\alpha : \beta_2 > 0$

c) Jumlah Anggota Keluarga (Anggota)

Hipotesis nol menyatakan bahwa jumlah anggota keluarga tidak berpengaruh atau berpengaruh secara negatif terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga. Hipotesis alternatif menyatakan bahwa jumlah anggota keluarga berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga. Secara statistik hipotesis ditulis sebagai berikut:

- $H_0 : \beta_3 \leq 0$
- $H_\alpha : \beta_3 > 0$

d) Tingkat Pendidikan Kepala Keluarga (Pddkn)

Hipotesis nol menyatakan bahwa tingkat pendidikan kepala keluarga tidak berpengaruh atau berpengaruh negatif terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga. Hipotesis alternatif menyatakan bahwa tingkat pendidikan kepala

keluarga berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga. Secara statistik hipotesis ditulis sebagai berikut:

- $H_0 : \beta_4 \leq 0$
- $H_\alpha : \beta_4 > 0$

e) Keikutsertaan Keluarga Dalam Asuransi Kesehatan (D)

Hipotesis nol menyatakan bahwa keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan tidak berpengaruh atau berpengaruh negatif terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga. Hipotesis alternatif menyatakan bahwa keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga. Secara statistik hipotesis ditulis sebagai berikut:

- $H_0 : \beta_5 \leq 0$
- $H_\alpha : \beta_5 > 0$

2) Uji F Statistik

Uji F digunakan untuk menguji adanya pengaruh variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat secara bersama-sama. Dalam pengujian tersebut, perlu diketahui nilai F_{hitung} dan F_{tabel} terlebih dahulu. Menurut Widarjono (2018), mencari nilai F_{hitung} dapat diketahui setelah dilakukannya regresi, sedangkan nilai F_{tabel} dapat diketahui melalui tabel distribusi F. Nilai F_{tabel} berdasarkan besarnya α dan df dimana besarnya ditentukan oleh numerator (k-1) dan df untuk denominator (n-k).

Hipotesis uji F pada penelitian ini dinyatakan sebagai berikut:

- Hipotesis nol menyatakan bahwa jumlah pendapatan rumah tangga, usia kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, status pekerjaan kepala keluarga, tingkat pendidikan, dan keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan secara bersama-sama tidak berpengaruh terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.
- Hipotesis alternatif menyatakan bahwa jumlah pendapatan rumah tangga, usia kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, status pekerjaan kepala keluarga, tingkat pendidikan, dan keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan secara

bersama-sama berpengaruh terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.

Secara statistik hipotesis ditulis sebagai berikut:

- $H_0 : \beta_0 = \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \beta_5 = 0$
- $H_a : \beta_0 \neq \beta_1 \neq \beta_2 \neq \beta_3 \neq \beta_4 \neq \beta_5 \neq 0$

Keputusan menolak atau menerima H_0 adalah sebagai berikut :

- Jika $F_{hitung} > F_{tabel}$ pada $\alpha = 10\%$ $df = (5, 84)$, maka H_0 ditolak, H_a diterima.
- Jika $F_{hitung} < F_{tabel}$ pada $\alpha = 10\%$ $df = (5, 84)$, maka H_0 diterima, H_a ditolak

d. Analisis Koefisien Determinasi

Koefisien determinasi (R^2) digunakan bertujuan untuk menjelaskan seberapa besar proporsi variasi variabel dependen dijelaskan oleh variabel independen. Di dalam regresi berganda kita juga menggunakan koefisien determinasi untuk mengukur seberapa baik regresi yang kita punyai (Widarjono, 2108). Dengan kata lain R^2 digunakan untuk menyatakan seberapa besar variabel dependen pengeluaran konsumsi kesehatan dapat dijelaskan oleh variabel-variabel independen dalam model regresi, yaitu pendapatan rumah tangga, usia kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan, dan keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan.

Nilai koefisien determinasi adalah 0 sampai dengan 1, semakin mendekati 0, maka kita mempunyai garis regresi yang kurang baik, dan semakin kecil pula kemampuan variabel independen untuk dapat menjelaskan pengaruh terhadap variabel dependennya. Dengan kata lain semakin kecil kemampuan model dalam menjelaskan perubahan nilai variabel terikat. Sedangkan jika koefisien determinasi mendekati 1 maka, semakin baik garis regresi dan dapat dikatakan semakin kuat model tersebut dalam menerangkan variasi variabel dependen.

V. SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil yang didapatkan pada penelitian ini dengan terdapat beberapa hal yang disimpulkan, yaitu :

1. Rata-rata pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga adalah sebesar Rp 335.783 atau sebesar 13% dari seluruh pengeluaran konsumsi rumah tangga
2. Jumlah pendapatan rumah tangga perbulan, usia kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan kepala keluarga, dan keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan secara individual berpengaruh secara positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga di Kelurahan Penengahan Raya.

B. Saran

Berdasarkan hasil dari pengolahan data serta pembahasan yang telah dilakukan, maka penulis memberikan saran, yaitu:

1. Diharapkan kepada masyarakat Kelurahan Penengahan Raya untuk lebih peduli terhadap kesehatan salah satunya dengan lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada, serta dengan meningkatkan alokasi pendapatan untuk konsumsi kesehatan. Hal ini karena konsumsi barang dan jasa kesehatan tidak hanya dibutuhkan saat terkena penyakit saja, tetapi juga dibutuhkan sebelum dan sesudah terkena penyakit. Mengalokasikan pendapatan yang lebih besar untuk kesehatan merupakan hal yang bijak sebagai upaya mencegah ataupun mengurangi dampak dari penyakit di masa mendatang.
2. Disarankan bagi masyarakat untuk menjadi peserta asuransi kesehatan, baik yang diselenggarakan pemerintah maupun swasta. Menjadi peserta asuransi

kesehatan merupakan upaya investasi terhadap kesehatan. Hal ini sangat penting sebagai upaya pencegahan dan mengurangi dampak, serta mengurangi pengeluaran yang lebih besar nantinya jika terjadi suatu penyakit yang mungkin saja terjadi di masa mendatang.

3. Disarankan kepada para penyelenggara asuransi kesehatan, khususnya pemerintah melalui BPJS Kesehatan untuk dapat melakukan peninjauan kembali terkait kemampuan masyarakatnya untuk membayar iuran tersebut, terutama bagi masyarakat kelas menengah ke bawah. Hal ini karena bagi masyarakat kelas menengah ke bawah tentu akan mengalami kesulitan dalam membayar iuran jika terus terjadi perubahan kebijakan, yang salah satunya adalah kebijakan menaikkan iuran BPJS Kesehatan Non PBI (Bukan Penerima Bantuan Iuran).

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, M. (2015). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Sleman Yogyakarta: Aswaja Pressindo.
- Andersen, Ronald, Kravits Joanna, & Anderson, Odin W. (1975) Equity in Health Services: Empirical Analyses of Social Policy. *Medical Care*, Vol 15, Issue 5:452.
- Badan Pusat Statistik. (2017). *Pengeluaran Untuk Konsumsi Penduduk Indonesia Berdasarkan Hasil Susenas Maret 2017*. Jakarta: Badan Pusat Statistik Indonesia.
- Badan Pusat Statistik. (2019). *Pola Konsumsi Penduduk Provinsi Lampung 2018*. Bandar Lampung: Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung.
- Badan Pusat Statistik. (2019). *Statistik Pendapatan Februari 2019*. Jakarta: Badan Pusat Statistik Indonesia.
- Badan Pusat Statistik. (2020). *Kecamatan Kedaton Dalam Angka 2020*. Bandar Lampung: Badan Pusat Statistik Kota Bandar Lampung.
- Badan Pusat Statistik. (2020). *Pengeluaran Untuk Konsumsi Penduduk Indonesia Berdasarkan Hasil Susenas September 2019*. Jakarta: Badan Pusat Statistik Indonesia.
- Badan Pusat Statistik. (2020, November 6). *Rata-Rata Pengeluaran per Kapita Sebulan Menurut Kelompok Barang (Rupiah), 2013-2019*. Diakses dari <https://www.bps.go.id/statictable/2014/12/18/966/rata-rata-pengeluaran-per-kapita-sebulan-menurut-kelompok-barang-rupiah-2013-2019.html> pada 15 Oktober 2020 pukul 14.30 WIB.
- Badan Pusat Statistik. (2020). *Ringkasan Eksekutif Pengeluaran dan Konsumsi Penduduk Indonesia*. Jakarta: Badan Pusat Statistik Indonesia.
- Badan Pusat Statistik. (2021). *Pengeluaran Konsumsi Rumah Tangga*. Diakses dari Sistem Informasi Rujukan Statistik: <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/variabel/6783> pada 15 Maret 2021 pukul 23.37 WIB.
- Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. (2018, Juni 8). *Sudahkah Anda Mengetahui Hubungan Jamkesda, Jamkesmas, JKN, KIS*,

KJS, dan BPJS. Diakses dari Kementerian Kesehatan Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat: <https://promkes.kemkes.go.id/sudahkah-anda-mengetahui-hubungan-jamkesda-jamkesmas-jkn-kis-dan-bpjs> pada 15 Maret 2021 pukul 23.16 WIB.

Etavianti, Syechalad, M. N., & Syahnur, S. (2014). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga Masyarakat Miskindi Kabupaten Bireuen. *Jurnal Ilmu Ekonomi*, 65-75.

Gulo, W. (2002). *Metodelogi Penelitian*. Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia.

Hanief, I. U., Zain, I., & W., Dwi Atmono. A. (n.d.). Analisis Regresi Tobit Terhadap Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengeluaran Biaya Kesehatan Rumah Tangga (RT) di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan di Propinsi Jawa Timur. *ITS Undergraduate Paper*, 1-12.

Hardiani, Junaidi, & Hidayat, M. S. (2017). Determinan Sosial Ekonomi Pengeluaran Rumah Tangga Untuk Kebutuhan Preventif Kesehatan di Provinsi Jambi. *Jurnal Kependudukan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia*, Vol. 13 No. 2: 61-68.

Harlan, J. (2004). *Metode Statistika 1*. Depok: Penerbit Gunadarma.

Ji-Yeon, O. (2010). Study on the Factors Influencing Health Care Expenditure of Elderly Households: Focused on the Elderly Single and Elderly Couple Households. *Journal of Korean Home Management Association*, Vol. 28 Issue 1: 159-174.

Kelurahan Penengahan Raya. (2020). *Selayang Pandang Kelurahan Penengahan Raya Tahun 2020*. Bandar Lampung: Kelurahan Penengahan Raya.

Kementerian Kesehatan RI. (2018, Januari 28). *Bersama Selesaikan Masalah Kesehatan*. Diakses dari Sehat Negeriku Sehatlah Bangsa: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/2018/0125/2024562/bersama-selesaikan-masalah-kesehatan/> pada 2 Maret 2021 pukul 14.17 WIB.

Mankiw, N. G. (2006). *Makroekonomi Edisi Keenam*. Jakarta: Erlangga.

Mankiw, N. G. (2012). *Pengantar Ekonomi Mikro Asian Edition Vol 1*. Jakarta: Salemba Empat.

Meda Info BPJS Kesehatan. (2020). *Kinerja BPJS Kesehatan 2020*. Jakarta: BPJS Kesehatan

Mukherjee, S., Haddad, S., & Narayana, D. (2011). Social Class Related Inequalities in Household Health Expenditure and Economic Burden: Evidence From Kerala, South India. *International Journal for Equity in Health*, Vol. 10 No. 1: 1-13.

- Nadjib, M., & Pujiyanto. (2002). Pola Pengeluaran Rumah-Tangga Untuk Kesehatan Pada Kelompok Marjinal Dan Rentan. *Makara Kesehatan*, Vol. 6 No. 2: 35-46.
- Onoka, Chima. A., Onwujekwe, O. E., Kara, H., & Uzochukwu B. S. (2011). Examining Catastrophic Health Expenditures At Variable Thresholds Using Household Consumption Expenditure Diaries. *Tropical Medicine International Health*, Vol. 16 No. 10: 1334-1341.
- Pal, R. (2001). Analysing Catastrophic OOP Health Expenditure in India: Concepts, Determinants and Policy Implications. *Working Paper of Indira Gandhi Institute of Development Research*, No. 001.
- Pandjaitan, S. P. (2018). *Teori Ekonomi Mikro Lanjut*. Bandar Lampung: Aura.
- Priyono, & Chandra, T. (2016). *Esensi Ekonomi Makro*. Surabaya: Zifatama Publisher.
- Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan. (2016). *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Putra, Andhika. W. (2010). Analisis Permintaan Penggunaan Layanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Umum Milik Pemerintah di Kabupaten Semarang. *Skripsi*, Semarang: Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro.
- Rafiy, M. (2019). *Ekonomi Kesehatan*. Kendari: AA-DZ Grafika.
- Sirajuddin. (2012). *Pengantar Teori Ekonomi Makro*. Makassar: Alauddin University Press.
- Siyoto, S., & Sodik, M. A. (2015). *Dasar Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Literasi Media Publishing.
- Suparmoko. (2000). *Keuangan Negara dalam Teori dan Praktek*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Supranto, J. (2016). *Statistik: Teori dan Aplikasi Edisi Kedelapan*. Jakarta: Erlangga.
- Syahrum, & Salim. (2012). *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Bandung: Citapustaka Media.
- The Association of Faculties of Medicine of Canada. (2016, Agustus 12). *Definitions of Health*. Diakses dari AFMC Primer on Population Health: <https://web.archive.org/web/20160812145405/http://phprimer.afmc.ca/Part1-TheoryThinkingAboutHealth/ConceptsofHealthAndIllness/DefinitionsOfHealth> pada 2 Maret 2021 pukul 14.10 WIB
- Trisnantoro, Laksono. (2015). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

- Todaro, M. P. (2011). *Pembangunan Ekonomi Edisi Kesebelas Jilid 1*. Jakarta: Erlangga.
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Widarjono, A. (2018). *Ekonometrika Pengantar dan Aplikasinya*. Yogyakarta: UPPM STIM YKPN.
- Wisana, I. D. G. K. (2001). Kesehatan sebagai Suatu Investasi. *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Indonesia*, Vol.1 No.2: 42-51.
- Wijayanto, A., Khusaini, M., & Syafitri, W. (2015). Analisis Pengaruh Pengeluaran Kesehatan dan Pendidikan serta PDRB Per Kapita terhadap Indeks Pembangunan Manusia (Studi terhadap Kabupaten/Kota di Jawa Timur. *International Journal of Social and Local Economic Governance (IJLEG)*, Vol. 1 No. 2: 85-95.
- World Health Organization. (2020). Constution of the World Organzation. *Basic Documents (Forty-ninth edition*, Hlm 1.
- Wuryandari, R. D. (2015). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengeluaran Makanan, Pendidikan, dan Kesehatan Rumah Tangga Indonesia (Analisis Data Susenas 2011). *Jurnal Kependudukan Indonesia*, Vol. 10 No. 1:27-42.
- Zikidou, S., & Hadjidema, S. (2020). Household Health Expenditure in Greece and the Impact of Financial Crisis. *Munich Personal RePEC Archive (MPRA Paper)*, No. 99388.
- Zuhdi, M. (2018). *Metode Penelitian Komunikasi*. Pamekasan: Duta Media.