



E-journal Field of Economics, Business, and Entrepreneurship (EFEBE)

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

Mega Ayu Lestari¹, Zulfa Emalia²

^{1,2}Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Lampung

Informasi Naskah

Update Naskah:

Dikumpulkan: 21 Juni 2022

Diterima: 21 Juli 2022

Terbit/Dicetak: 25 Agustus 2022

Keywords:

factors, health consumption expenditure, household

Abstract

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 indentify 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.

A. PENDAHULUAN

Manusia dalam kehidupannya memiliki banyak macam kebutuhan. Adanya kebutuhan ini yang kemudian mendorong manusia untuk melakukan aktivitas konsumsi. BPS (2020) menyatakan bahwa konsumsi adalah kegiatan manusia dalam rangka menggunakan barang dan jasa untuk memenuhi kebutuhan. Pengeluaran konsumsi dapat menjadi sebagai salah satu indikator untuk menilai tingkat kesejahteraan ekonomi individu atau rumah tangga. Konsumsi yang dilakukan oleh setiap rumah tangga terdiri dari konsumsi makanan dan bukan makanan, termasuk konsumsi untuk kesehatan yang termasuk ke dalam jenis pengeluaran bukan makanan.

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. Kesehatan sering kali dikaitkan dengan investasi peningkatan mutu sumber daya manusia. Pengeluaran yang dialokasikan untuk kesehatan merupakan suatu investasi. Hal ini karena dengan adanya pengeluaran tersebut akan menghasilkan tingkat pengembalian yang lebih tinggi di masa yang akan datang. Dengan derajat kesehatan yang baik, akan meningkatkan produktivitas serta menciptakan kualitas sumber daya manusia yang unggul dan memiliki daya saing. 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.

* Corresponding Author.

Zulfa Emalia, e-mail : zulfa.emalia@feb.unila.ac.id

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 sekurang-kurangnya 10% dari total alokasi untuk konsumsi.

Tabel 1. Rata-Rata Pengeluaran per Kapita Sebulan di Indonesia Menurut Kelompok Barang

2017-2019 (dalam Rupiah)			
Kelompok Barang	2017	2018	2019
Makanan	527.956	556.899	572.551
Perumahan, bahan bakar, penerangan, air	249.644	284.442	297.019
Aneka barang dan jasa	62.801	74.792	144.517
Biaya Pendidikan	35.358	34.953	36.135
Biaya kesehatan	27.006	29.642	30.086
Pakaian, alas kaki, dan tutup kepala	31.187	32.861	35.303
Barang yang tahan lama	54.005	57.789	58.764
Pajak pemakaian dan premi asuransi	30.320	31.562	35.091
Keperluan pesta dan upacara	18.219	21.778	21.996
Jumlah Bukan Makanan	508.541	567.818	592.690
Jumlah Pengeluaran	1.036.497	1.124.717	1.165.241

Sumber: Badan Pusat Statistik (2020).

Pada tahun 2017 rata-rata pengeluaran biaya sebesar Rp 27.006 atau 2,61% 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.

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).

Dari tabel 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%. Hal ini berarti bahwa pengeluaran untuk kesehatan masyarakat Provinsi Lampung juga masih tergolong rendah apabila dibandingkan dengan pengeluaran jenis barang lainnya.

Besaran pengeluaran konsumsi kesehatan tiap rumah tangga tentu berbeda-beda dan dipengaruhi oleh berbagai faktor. 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 memiliki 13 sarana kesehatan yang salah satunya adalah 2 rumah sakit terkemuka, 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 dapat 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”.

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?

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.

B. TINJAUAN PUSTAKA

1. Teori Konsumsi Engel

Hukum Engel mengatakan bahwa proporsi pengeluaran untuk makanan akan menurun seiring dengan meningkatnya pendapatan. Maka saat terjadi peningkatan pendapatan akan mendorong penurunan porsi pendapatan yang digunakan untuk membeli makanan, jikapun 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) 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.

2. 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.

3. 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. Rafiy (2019) menyatakan bahwa terdapat berbagai faktor yang menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan, di antaranya adalah faktor predisposing (seperti kondisi demografi, kondisi sosial, dan perilaku), faktor pendukung (seperti pendapatan, sumber pendanaan kesehatan, keterjangkauan pelayanan kesehatan, dan tersedianya fasilitas kesehatan) dan faktor kebutuhan akan pelayanan kesehatan.

4. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Permintaan terhadap Pelayanan Kesehatan

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.

5. Penelitian Sebelumnya

Etavianti, Mohd Nur Syechalad, dan Sofyan Syahnur (2014) melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga masyarakat miskin di Kabupaten Bireuen. Dari penelitian tersebut didapatkan bahwa 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 dan 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.

Ratna Dewi Wuryandari (2015) melakukan penelitian yang berjudul "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengeluaran Makanan, Pendidikan, Dan Kesehatan Rumah Tangga Indonesia (Analisis Data Susenas 2011)." Hasil dari penelitian tersebut adalah 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%, dan 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.

Zikidou dan Hadjidema (2020) melakukan penelitian yang berjudul "*Household Health Expenditure in Greece and the Impact of Financial Crisis.*" Hasil penelitian tersebut adalah 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.

Rama Pal (2010) melakukan penelitian yang berjudul "*Analysing Catastrophic OOP Health Expenditure in India: Concepts, Determinants and Policy Implications.*" Hasil dari penelitian tersebut adalah 1) dari segi variabel ekonomi, semakin kaya suatu rumah tangga maka pengeluaran kesehatan *Out-of-Pocket* (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 *Scheduled Castes* 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 katastrofik.

6. Hipotesis

- a. Diduga jumlah pendapatan rumah tangga berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.
- b. Diduga usia kepala keluarga berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.
- c. Diduga jumlah anggota keluarga berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.
- d. Diduga tingkat pendidikan kepala keluarga berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.
- e. Diduga keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan berpengaruh positif signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga.
- f. 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.

C. METODE 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. Penelitian ini merupakan jenis *survey research* atau penelitian survei dengan menggunakan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder. Data dikumpulkan melalui metode dokumentasi yang bersumber dari buku, jurnal, serta laporan atau naskah publikasi dari berbagai instansi, dan metode survei dengan cara melakukan sebar kuisioner terhadap responden. Populasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 832 kepala keluarga yang tersebar di 2 wilayah LK dan 11 RT. Untuk menentukan banyaknya sampel yang akan diambil dari populasi maka digunakan rumus Slovin menurut Zuhdi (2018), yaitu sebagai berikut:

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

Dengan n adalah jumlah sampel, N adalah jumlah populasi, dan e adalah 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.

Dalam menentukan jumlah sampel pada masing-masing wilayah RT digunakan teknik *proportional sampling*. *Proportional sampling* atau sampel berimbang, yaitu teknik *sampling* yang sampelnya diambil dari setiap wilayah dan jumlahnya ditentukan 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:

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

Dengan n_i adalah ukuran sampel dari setiap wilayah, n adalah jumlah sampel secara keseluruhan, N adalah jumlah populasi keseluruhan, dan N_i adalah jumlah populasi dari setiap wilayah. Maka sampel pada tiap wilayah pada penelitian ini adalah sebagai berikut.

Tabel 3. 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).

Variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini adalah nilai pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga di Kelurahan Penengahan Raya (Konkes). Sedangkan, variabel bebas pada penelitian ini, yaitu jumlah pendapatan rumah tangga perbulan (Pdptn), usia kepala keluarga (Usia), jumlah anggota keluarga (Anggota), tingkat pendidikan kepala keluarga (Pddkn), dan keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan (D).

Metode analisis yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis regresi berganda dengan metode kuadrat terkecil. 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. Model linier dan model log-lin yang akan diuji dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

$$\text{Konkes}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Pdptn}_i + \beta_2 \text{Usia}_i + \beta_3 \text{Anggota}_i + \beta_4 \text{Pddkn}_i + \beta_5 \text{D}_i + E_i \quad (3.3)$$

$$\text{LnKonkes}_i = \text{Ln}\beta_0 + \text{Ln}\beta_1 \text{Pdptn}_i + \text{Ln}\beta_2 \text{Usia}_i + \text{Ln}\beta_3 \text{Anggota}_i + \text{Ln}\beta_4 \text{Pddkn}_i + \text{Ln}\beta_5 \text{D}_i + E_i \quad (3.4)$$

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, and Davidson* (uji MWD) yaitu sebagai berikut:

- 1) Estimasi persamaan (3.3) dan (3.4), 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 (3.5) dan (3.6) dengan memasukkan variabel Z_1 dan Z_2 sebagai variabel penjelas, yang dituliskan sebagai berikut.

$$\text{Konkes}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Pdptn}_i + \beta_2 \text{Usia}_i + \beta_3 \text{Anggota}_i + \beta_4 \text{Pddkn}_i + \beta_5 \text{D}_i + \beta_6 Z_1 + E_i \quad (3.5)$$

$$\text{LnKonkes}_i = \text{Ln}\beta_0 + \text{Ln}\beta_1 \text{Pdptn}_i + \text{Ln}\beta_2 \text{Usia}_i + \text{Ln}\beta_3 \text{Anggota}_i + \text{Ln}\beta_4 \text{Pddkn}_i + \text{Ln}\beta_5 \text{D}_i + \beta_6 Z_1 + E_i \quad (3.6)$$

- 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).

D. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Gambaran Umum Objek Penelitian

Penengahan Raya adalah sebuah kelurahan di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung yang merupakan hasil pemekaran wilayah Kelurahan Penengahan berdasarkan Peraturan Daerah Kota Bandar Lampung Nomor 67 Tahun 2012 tentang Pembentukan Organisasi Kecamatan Kelurahan Bandar Lampung. Kelurahan Penengahan Raya memiliki luas sebesar 29 Ha dengan jarak ke ibu kota provinsi \pm 4,5 km, sedangkan jarak ke ibu kota/kabupaten \pm 3,3 km dan jarak ke ibu kota kecamatan \pm 1,2 km. Kelurahan Penengahan Raya terdiri dari 2 Lingkungan (LK) dan 11 Rukun Tetangga (RT).

Kelurahan Penengahan Raya memiliki batas, yaitu sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Sidodadi dan Kelurahan Sukamenanti. Sebelah selatan berbatasan dengan Kelurahan Pasir Gintung. Sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Gedong Air dan Kelurahan Sukajawa. Sebelah timur berbatasan dengan Kelurahan Penengahan. Kelurahan Penengahan Raya memiliki jumlah penduduk sebanyak 3.220 jiwa dengan jumlah kepala keluarga sebanyak 832 KK.

2. Gambaran Umum Responden

Dari segi usia, responden dengan rentang usia 36 – 45 tahun memiliki jumlah paling besar, yaitu sebanyak 25 responden dengan persentase sebesar 28%. Dari segi pendidikan, responden mengenyam pendidikan hingga SMA/ sederajat dengan jumlah paling banyak, yaitu 47 responden dengan persentase sebesar 52%. Dari segi pekerjaan, sebagian besar responden bekerja sebagai buruh dengan jumlah paling banyak, yaitu 33 responden dengan persentase sebesar 37%, kemudian disusul jenis pekerjaan karyawan swasta/pegawai honorer yang berjumlah 23 responden dengan persentase sebesar 26%. Dari segi pendapatan, sebagian besar keluarga responden termasuk ke golongan pendapatan sangat tinggi yang berkisar lebih dari Rp 3.500.000, yaitu sebanyak 35 keluarga atau 39%.

Responden dengan rata-rata pengeluaran konsumsi kesehatan sebesar Rp 100.000 – Rp 300.000 sebanyak 43 responden atau sebesar 48%, kemudian responden dengan pengeluaran konsumsi kesehatan Rp 300.000 – Rp 500.000 sebanyak 26 responden atau sebesar 29%. Rata-rata pengeluaran konsumsi kesehatan sebesar kurang dari Rp 100.000 memiliki jumlah yang sama dengan pengeluaran konsumsi kesehatan Rp 500.000 – Rp 700.000 sebanyak 7 responden atau sebesar 8%. Pengeluaran konsumsi kesehatan lebih dari Rp 900.000 adalah sebanyak 5 responden atau sebesar 6%, sedangkan pengeluaran konsumsi kesehatan Rp 700.000 – Rp 900.000 memiliki jumlah yang paling sedikit, yaitu sebanyak 2 atau sebesar 2%.

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa sebagian besar responden merupakan peserta BPJS non PBI, yaitu sebanyak 53 responden atau sebesar 59%. Sementara responden yang menjadi peserta BPJS PBI (Penerima Bantuan Iuran) berjumlah sebanyak 33 responden atau sebesar 37%. Responden yang tidak ikut dalam jenis jaminan kesehatan manapun berjumlah 4 responden atau sebesar 4%. Hal ini berarti bahwa sebagian besar responden sudah mandiri dalam membiayai kebutuhan akan kesehatan keluarganya tanpa menunggu bantuan dari pemerintah. Namun, di samping itu juga responden yang menjadi penerima bantuan pemerintah juga tidak sedikit yang berarti masih banyak pula rumah tangga yang mengandalkan bantuan pemerintah dalam menangani permasalahan kesehatan.

3. Pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga

Rata-rata pengeluaran konsumsi kesehatan yang dikeluarkan oleh rumah tangga responden dalam sebulan mencapai Rp 335.783,3 dengan persentase sebesar 13% dari keseluruhan pengeluaran konsumsi barang dan jasa responden selama sebulan. Jenis pengeluaran kesehatan yang paling besar adalah untuk membayar iuran asuransi kesehatan, yaitu mencapai Rp 102.583,3 atau sebesar 30,6% dari total rata-rata

pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga responden. Kemudian, konsultasi di praktik dokter/poliklinik/petugas kesehatan/pengobatan tradisional dan pembelian obat-obatan dengan resep/tanpa resep/obat tradisional dan biaya pengobatan secara berturut-turut sebesar Rp 41.777,8 (12,4%) dan Rp 39.866,7 (11,9%). Lalu, biaya pengobatan di rumah sakit pemerintah/swasta Rp 31.777,8 (9,5%), pembelian kaca mata/kaki tangan palsu/ kursi roda Rp 29.888,9 (8,9%), biaya pemeliharaan kesehatan lain-lain Rp 22.055,6 (6,6%), tes kesehatan/ *medical check up* Rp 24.166,7 (7,2%), biaya persalinan Rp 16.611,1 (4,9%), pemeriksaan kehamilan Rp 12.055,6 (3,6%), Keluarga Berencana (KB) Rp 6.500,0 (1,9%), imunisasi Rp 6.888,9 (2,1%). Kemudian, jenis pengeluaran kesehatan yang paling sedikit adalah biaya berobat di puskesmas/pustu/polindes/posyandu yang sebesar Rp 1.611,1 atau sebesar 0,5%.

Pengeluaran konsumsi kesehatan yang dilakukan oleh 90 responden sebagian besar ditujukan untuk upaya preventif atau pencegahan penyakit, yaitu sebesar 53% dari total pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga responden. Sedangkan pada aspek pengobatan penyakit atau kuratif dan aspek rehabilitatif atau pemulihan dari penyakit secara berturut-turut sebesar 27% dan 21%. Ini berarti bahwa rumah tangga dalam penelitian ini tidak hanya melakukan pengeluaran konsumsi untuk kesehatan saat mereka telah benar-benar sakit dan memerlukan pengobatan saja, tetapi juga mereka melakukan pengeluaran konsumsi untuk kesehatan saat belum terjadinya penyakit dan saat pemulihan dari penyakit.

4. Uji Pemilihan Model

Hasil uji MWD dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4 Hasil Uji MWD Regresi Linier

Variabel bebas	Koefisien	t-statistik	t-tabel 10%
C	-261.375	-1,8348	1,289
PDPTN	0,0785	6,4531	1,289
USIA	-106,5214	-0,0598	1,289
ANGGOTA	45.002,78	2,4299	1,289
PDDKN	12.897,43	1,4751	1,289
DUMMY	51.658,70	1,0752	1,289
Z ₁	-83.644,29	-1,4517	1,289

Sumber: Eviews (2021).

Tabel 5 Hasil Uji MWD Regresi Log-Lin

Variabel bebas	Koefisien	t-statistik	t-tabel 10%
C	9,7184	28,1750	1,289
PDPTN	1,31 x 10 ⁻⁷	4,7261	1,289
USIA	0,0114	2,7364	1,289
ANGGOTA	0,2165	5,0224	1,289
PDDKN	0,0605	2,9730	1,289
DUMMY	0,4246	3,8887	1,289
Z ₂	-9,23 x 10 ⁻⁷	-1,8716	1,289

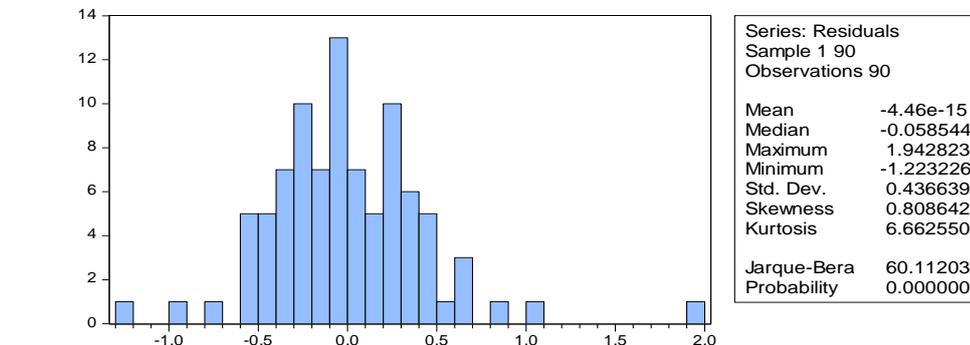
Sumber: Eviews (2021).

Berdasarkan uji tersebut didapatkan hasil bahwa nilai mutlak t statistik Z₁ lebih besar dari nilai t tabel 10%, artinya Z₁ signifikan dan menolak hipotesis nol dan menerima hipotesis alternatif sehingga model yang tepat adalah log-lin. Nilai mutlak t statistik Z₂ lebih besar dari nilai t tabel 10%, yang artinya signifikan dan menolak hipotesis alternatif dan menerima hipotesis nol sehingga model yang tepat adalah linier. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini kedua jenis model tersebut sama-sama dapat digunakan. Namun, dalam penelitian ini digunakan model log-lin untuk mengetahui persentase perubahan pengeluaran konsumsi karena adanya perubahan satu satuan pada variabel-variabel bebas.

Model log-lin juga disebut sebagai model pertumbuhan, dan pada penelitian ini setiap rumah tangga memiliki pengeluaran konsumsi kesehatan yang berbeda-beda dari yang terkecil hingga terbesar, sehingga terjadi perkembangan nilai pengeluaran kesehatan dari satu rumah tangga ke rumah tangga lainnya. Oleh karenanya, model log-linier dianggap tepat untuk digunakan pada penelitian ini.

5. Uji Asumsi Klasik

a. Uji Normalitas



Gambar 1. Hasil Uji Normalitas Menggunakan Metode Jarque-Bera.

Sumber: Eviews (2021).

Nilai statistik Jarque-Bera adalah 60,1120 lebih besar dari nilai chi square pada tingkat alpha 5% dan derajat kebebasan 2 adalah 5,99. Ini mengindikasikan bahwa dari hasil pengujian terdapat masalah normalitas atau residual tidak terdistribusi secara normal. Namun, karena penelitian ini menggunakan sampel besar yang jumlah sampelnya melebihi 30, maka dapat digunakan asumsi *Central Limit Theorem* atau teorema limit pusat. Menurut Harlan (2004), teorema limit pusat menyatakan jika dari suatu populasi diambil sampel berukuran cukup besar maka distribusi sampling dari rata-rata sampel akan mendekati distribusi normal apapun bentuk awal distribusinya. Kesimpulan bahwa meskipun hasil dari uji normalitas menunjukkan residual tidak terdistribusi normal, karena penelitian ini menggunakan sampel lebih dari 30 ($n \geq 30$), maka residual tetap dianggap terdistribusi secara normal.

b. Uji Heteroskedastisitas

Tabel 6. Hasil Uji Heteroskedastisitas dengan Metode Uji White

Heteroskedasticity Test: White			
F-statistic	1.730792	Prob. F(5,84)	0.1364
Obs*R-squared	8.406079	Prob. Chi-Square(5)	0.1352
Scaled explained SS	20.73237	Prob. Chi-Square(5)	0.0009

Sumber: Eviews (2021).

Dari hasil uji di atas didapatkan bahwa nilai chi square (χ^2) hitung atau obs*R-Squared sebesar 8,4061 lebih kecil dari nilai chi square (χ^2) tabel yaitu 11,07 pada tingkat alpha (α) 5% dan derajat kebebasan 5. Artinya adalah hipotesis nol (H_0) yang menyatakan bahwa tidak ada heteroskedastisitas dapat diterima, sedangkan hipotesis alternatif (H_a) yang menyatakan ada heteroskedastisitas ditolak. Sehingga pada penelitian ini dapat disimpulkan tidak ada masalah heteroskedastisitas.

c. Deteksi Multikolinieritas

Tabel 7. Deteksi Multikolinieritas Menggunakan Nilai VIF

Variabel	Nilai VIF	Keputusan
PDPTN	1,4817	Tidak ada multikolinieritas
USIA	1,1149	Tidak ada multikolinieritas
ANGGOTA	1,2131	Tidak ada multikolinieritas
PDDKN	1,5489	Tidak ada multikolinieritas
DUMMY	1,3235	Tidak ada multikolinieritas

Sumber: Eviews (2021).

Berdasarkan hasil pendeteksian multikolinieritas dengan menggunakan nilai *Variance Inflation Factor* (VIF) dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini tidak terdapat masalah multikolinieritas atau tidak ada hubungan yang linier antar variabel bebas. Hal ini dikarenakan seluruh variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini memiliki nilai VIF yang jauh di bawah angka 10, sehingga keputusan untuk seluruh variabel bebas adalah tidak ada multikolinieritas.

6. Analisis Faktor-Faktor yang Memengaruhi pengeluaran Konsumsi Kesehatan Rumah Tangga di Kelurahan Penengahan Raya

Tabel 8. Hasil Regresi

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	9.935078	0.329731	30.13086	0.0000
PDPTN	1.32E-07	2.81E-08	4.685052	0.0000
USIA	0.009075	0.004027	2.253499	0.0268
ANGGOTA	0.199787	0.042798	4.668195	0.0000
PDDKN	0.058127	0.020606	2.820916	0.0060
DUMMY	0.419336	0.110770	3.785659	0.0003
R-squared	0.682743	Mean dependent var		12.43804
Adjusted R-squared	0.663859	S.D. dependent var		0.775205
S.E. of regression	0.449446	Akaike info criterion		1.302738
Sum squared resid	16.96814	Schwarz criterion		1.469392
Log likelihood	-52.62321	Hannan-Quinn criter.		1.369943
F-statistic	36.15397	Durbin-Watson stat		1.785251
Prob(F-statistic)	0.000000			

Sumber: Eviews (2021).

Pengkajian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga di Kelurahan Penengahan Raya secara kuantitatif telah dilakukan dengan menggunakan pendekatan model persamaan regresi. Adapun persamaan regresi yang melibatkan variabel yang berpengaruh terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan diperoleh hasil persamaan sebagai berikut:

$$\ln Konkes_i = 9,9351 + 0,000000132 Pdptn_i + 0,0091Usia_i + 0,1998 Anggota_i + 0,0581 Pddkn_i + 0,4193D_i + E_i$$

Setiap koefisien pada persamaan di atas apabila dikalikan dengan 100 maka akan menunjukkan semi elastisitas. Nilai konstanta (C) sebesar 9,9351 berarti bahwa besarnya rata-rata pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga jika diasumsikan seluruh variabel bebas bernilai nol, yaitu sebesar 9,9351%. Besarnya koefisien variabel jumlah pendapatan rumah tangga (PDPTN) adalah 0,000000132. Besarnya semi elastisitas adalah nilai koefisien dikali 100 $0,000000132 \times 100 = 0,0000132$. Hal ini berarti bahwa saat jumlah pendapatan rumah tangga meningkat sebesar satu Rupiah, maka pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga akan meningkat 0,0000132% dari kondisi sebelumnya.

Besarnya koefisien pada variabel usia kepala keluarga (USIA) adalah 0,0091. Besarnya nilai semi elastisitas adalah $0,0091 \times 100 = 0,91$. Artinya adalah saat usia kepala keluarga meningkat satu tahun, maka pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga akan meningkat 0,91%.

Koefisien regresi pada variabel jumlah anggota keluarga (ANGGOTA) adalah sebesar 0,1998. Besarnya semi elastisitas adalah $0,1998 \times 100 = 19,98$. Hal ini berarti bahwa saat jumlah anggota keluarga meningkat sebanyak satu orang akan menyebabkan peningkatan pada pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga sebesar 19,98%.

Koefisien variabel tingkat pendidikan kepala keluarga (PDDKN) sebesar 0,0581. Besarnya semi elastisitas adalah $0,0581 \times 100 = 5,81$. Artinya ketika terjadi kenaikan satu tahun pada tiap jenjang pendidikan kepala keluarga, maka pengeluaran konsumsi kesehatan akan meningkat sebesar 5,81%.

Koefisien variabel keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan (D) sebesar 0,4193. Besarnya semi elastisitas adalah $0,4193 \times 100 = 41,93$ berarti bahwa rumah tangga yang merupakan peserta asuransi kesehatan maka pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangganya lebih besar 41,93% dibandingkan dengan rumah tangga yang tidak ikut menjadi peserta asuransi kesehatan. Penjelasan tersebut dengan asumsi *ceteris paribus* berarti kemungkinan kesalahan yang timbul dalam proses analisis, atau merupakan komponen non sistematis atau acak yang ditentukan oleh faktor-faktor yang tidak dimasukkan ke dalam variabel penjelas.

Dari hasil analisis didapatkan F hitung sebesar 36,1540 lebih besar dari pada nilai F-tabel sebesar 1,92 pada tingkat alpha 10% dan df (5, 84). Dapat diartikan bahwa model yang digunakan dalam penelitian ini cukup baik untuk menerangkan variasi pengeluaran konsumsi kesehatan di Kelurahan Penengahan Raya. Dengan kata lain, kelima variabel independen yang dimasukkan dalam model yang terdiri jumlah pendapatan rumah tangga perbulan, usia kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan kepala keluarga, dan keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan berpengaruh secara bersama-sama terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan.

Berdasarkan uji terhadap signifikansi pengaruh kelima variabel independen menunjukkan bahwa secara keseluruhan kelima variabel tersebut memiliki nilai t-hitung yang lebih besar dari nilai t-tabel dengan tingkat alpha 10% dan df=84, yaitu 1,289, dan nilai P-Value kurang dari alpha 10%. Hal ini berarti bahwa secara individual, perubahan jumlah pendapatan rumah tangga perbulan, usia kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan kepala keluarga, dan keikutsertaan keluarga dalam asuransi kesehatan dapat berpengaruh secara signifikan terhadap pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga di kelurahan Penengahan Raya.

Dilihat dari nilai koefisien determinasi (R^2) yaitu sebesar 0,6827. Hal ini menunjukkan bahwa variasi perubahan pengeluaran konsumsi kesehatan rumah tangga di Kelurahan Penengahan Raya secara serentak dijelaskan oleh variabel jumlah pendapatan rumah tangga, usia kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan kepala keluarga, dan keikutsertaan keluarga dalam konsumsi kesehatan sebesar 68,27%, dan sisanya 31,73% lagi variasi perubahan pengeluaran konsumsi kesehatan diterangkan oleh variabel lain di luar model ini.

E. SIMPULAN DAN SARAN

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.

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. 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 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, karena bagi masyarakat kelas menengah ke bawah 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.
- 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.
- 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.
- 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. (2012). *Pengantar Ekonomi Mikro Asian Edition Vol 1*. Jakarta: Salemba Empat.
- Meda Info BPJS Kesehatan. (2020). *Kinerja BPJS Kesehatan 2020*. Jakarta: BPJS Kesehatan
- 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.
- Rafiy, M. (2019). *Ekonomi Kesehatan*. Kendari: AA-DZ Grafika.
- Supranto, J. (2016). *Statistik: Teori dan Aplikasi Edisi Kedelapan*. Jakarta: Erlangga.
- 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.
- 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.
- World Health Organization. (2020). Constitution of the World Organization. *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.