



PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR *WILLINGNESS TO PAY* (WTP)
ASURANSI KESEHATAN DI ACEH**

**OLEH :
RAUYANI
NPM: 2007210009**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
BANDA ACEH
2023**



PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR *WILLINGNESS TO PAY* (WTP)
ASURANSI KESEHATAN DI ACEH**

Tesis ini diajukan sebagai Salah satu syarat memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

**OLEH:
RAUYANI
NPM: 2007210009**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
BANDA ACEH**

ABSTRAK

NAMA : RAUYANI
PRODI : MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH ACEH
PEMINATAN: ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR *WILLINGNESS TO PAY* (WTP) ASURANSI KESEHATAN DI ACEH
(xiv + 99 Halaman, 5 Tabel, 2 Gambar dan 9 Lampiran)

Jaminan Kesehatan Rakyat Aceh (JKA) menempati porsi terbesar Dana Otsus Bidang Kesehatan. Penurunan dan berakhirnya Dana Otsus ini akan berdampak pada pembiayaan untuk JKA, meski saat ini sudah mulai ada transisi ke dalam program JKN-KIS (Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat). Namun masih banyak masyarakat yang belum memahami masa transisi ini. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi kesediaan membayar atau *Willingness To Pay* (WTP) untuk membayar biaya asuransi kesehatan pada masyarakat Aceh.

Penelitian ini bersifat Analitik dengan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat provinsi Aceh. Adapun teknik pengambilan sampel adalah *purposive sampling* yang berjumlah 768 orang. Analisa data menggunakan uji regresi logistic ganda.

Hasil analisis multivariat menemukan bahwa orang yang Pendidikan rendah merupakan faktor dominan yang menentukan keinginan membayar (OR: 2,3; 95% ; p value 0,014) dan pendapatan merupakan factor dominan yang menentukan kemampuan membayar asuransi kesehatan (OR: 4,05; 95% ; p value 0,001). Penelitian ini menemukan bahwa 509/766 (66,3%) responden bersedia membayar asuransi kesehatan dan rata-rata mereka bersedia membayar sebesar Rp. 38.539.

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi dan masukan bagi seluruh stakeholder yang bergerak dalam menentukan kebijakan yang akan diambil dalam penyediaan layanan asuransi kesehatan untuk masyarakat.

Kata Kunci: *Willingness To Pay*, Pendidikan, Pekerjaan, Pendapatan, Status Keluarga, Status Kesehatan, Sumber Informasi
Daftar Kepustakaan: 81 buah (2012-2021)

ABSTRACT

NAMA : RAUYANI
PRODI : MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH ACEH
PEMINATAN: HEALTH POLICY ANALYSIS

ANALYSIS OF HEALTH INSURANCE WILLINGNESS TO PAY (WTP) FACTORS IN ACEH (xiv +84 Pages, 5 Tabels, 2 Pictures, and 9 Attachments)

The Aceh People's Health Insurance (JKA) occupies the largest portion of the Special Autonomy Fund in the Health Sector. The decline and expiration of the Special Autonomy Fund will have an impact on financing for JKA (Aceh HealthInsurance), even though currently there has been a transition into the JKN-KIS(National Health Insurance-Healthy Indonesian Card) program. However, there are still many people who do not understand this transitional period. This study aims to evaluate the willingness to pay (WTP) to pay for health insurance in the people of Aceh.

This research is analytic with a cross-sectional design. The population in this study is all the people of Aceh province. The sampling technique was purposive sampling, amounting to 768 people. Data analysis used multiple logistic regression tests.

Multivariate analysis found that low income was the dominant factor determining willingness and ability to pay for health insurance compared to other variables (OR: 7; 95%; p value of 0.001). According to the findings of this study, 509 of 766 (66.3%) respondents were willing to pay for health insurance, with an average willingness to pay Rp. 38,539

It is hoped that the results of this study can be used as a reference and input for all stakeholders engaged in determining policies to be taken in the provision of health insurance services for the community.

Keywords: *Willingness To Pay, Knowledge, Occupation, Income, Marital Status, Health Status, Sources of Information*

List Readings: 81 buah (2012-2021)

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rauyani
NIM : 2007210009
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat
Peminatan : AKK

Dengan ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul “ANALISIS FAKTOR-FAKTOR *WILLINGNESS TO PAY* (WTP) ASURANSI KESEHATAN DI ACEH” benar-benar merupakan karya pribadi dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Apabila dikemudian hari diketahui bahwa tesis ini merupakan hasil dibuat oleh pihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan oleh Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA), termasuk pembatalan hasil sidang tesis atau pembatalan hak atas gelar magister saya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya dan tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, Januari 2023

Matrai
Rp. 10.000,-

RAUYANI

NPM: 2007210009

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR *WILLINGNESS TO PAY* (WTP)
ASURANSI KESEHATAN DI ACEH**

OLEH:

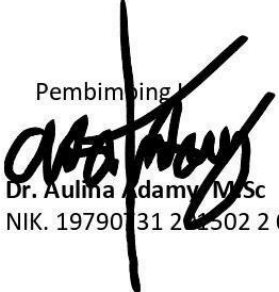
RAUYANI

NPM: 2007210009

Banda Aceh, Februari 2023

Disetujui Oleh:

Pembimbing I



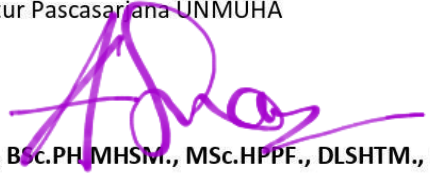
Dr. Aulina Adamy, MSc
NIK. 19790131 200502 2 001

Pembimbing II



dr. Nurjannah, MPH, PhD
NIP. 19790711 200604 2 002

Direktur Pascasarjana UNMUHA



(Prof. Asnawi Abdullah, BSc.PH MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., PhD)
NIP. 19710703 199503 1 001

LEMBAR PENGESAHAN KOMITE SIDANG TESIS

Sidang Tesis dengan Judul

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR *WILLINGNESS TO PAY* (WTP) ASURANSI KESEHATAN DI ACEH

OLEH:
RAUYANI
NPM: 2007210009

idang Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Komite
Sidang Tesis Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana
Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, Februari 2023
Disetujui oleh Komite Sidang Tesis

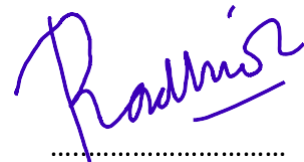
Pembimbing I (Ketua) : **Dr. Aulina Adamy, M. ScDr.**
NIK. 19790731 201502 2 001



Pembimbing II : **Dr. dr. Nurjannah, MPH**
NIP: 19790711 200604 2 002



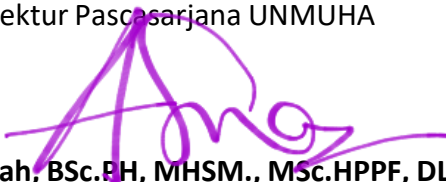
Penguji I : **Radhiah Zakaria, M. Sc**
NIK: 19681026 201912 2 001



Penguji II : **Dr. Amin Haris, MPd**
NIDN: 1330107801



Mengetahui
Direktur Pascasarjana UNMUHA



(Prof. Asnawi Abdullah, BSc.PH, MHSM., MSc.HPPF, DLSHTM, PhD)
NIP. 19710703 199503 1 001

KATA PENGANTAR



Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya peneliti telah menyelesaikan penyusunan Progres Tesis dengan Judul “ANALISIS FAKTOR-FAKTOR *WILLINGNESS TO PAY* (WTP) ASURANSI KESEHATAN DI ACEH”. Selanjutnya juga salawat beriring salam kepada Nabi Muhammad SAW beserta keluarga dan para sahabat beliau yang telah membawa umat manusia ke alam yang penuh dengan ilmu pengetahuan. Penyusunan Progres Tesis ini dalam prosesnya peneliti banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada Ibu Dr. Aulina Adamy, MSc. selaku pembimbing I dan Ibu Dr.dr. Nurjannah, PhD selaku pembimbing II, selanjutnya peneliti juga ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Aslam Nur, M.A selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh
2. Bapak Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, Ph.D, selaku Direktur Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.
3. Ibu Dr. Maidar, M.kes selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Aceh
4. Ibu Dr. Aulina Adamy, MSc, selaku Pembimbing I yang telah membimbing dan memberikan saran yang bermanfaat bagi penulis untuk perbaikan Tesis ini.
5. Ibu Dr. dr. Nurjannah, PhD, selaku Pembimbing II yang telah membimbing dan memberikan saran yang bermanfaat bagi penulis untuk perbaikan perbaikan Tesis ini.
6. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.
7. Keluarga tercinta yang selalu mendoakan serta memberikan dukungan moril maupun materil dalam penelitian dan penyusunan Progres Tesis ini.

8. Seluruh responden dalam penelitian ini yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Progres Tesis ini masih terdapat kekurangan, sehingga peneliti sangat mengharapkan kritikan dan saran untuk perbaikan Progres Tesis ini. Demikianlah Progres Tesis ini peneliti susun dengan sebaik-baiknya dan semoga dapat memberikan manfaat.

Banda Aceh, Februari 2023

Tertanda,

Rauyani

DAFTAR ISI

HALAMAN	JUDUL
ABSTRAK.....	iii
ABSTRACT.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	v
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	vi
LEMBAR PENGESAHAN KOMITE TESIS	vii
BIODATA.....	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	15
1.1 Latar Belakang	15
1.2 Rumusan Masalah.....	17
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	18
1.4 Tujuan Penelitian	18
1.4.1. Tujuan Umum.....	18
1.4.2. Tujuan Khusus	18
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	19
1.6 Manfaat Penelitian.....	19
1.6.1 Manfaat Teoritis	19
1.6.2 Manfaat Praktis	19
1.7 Orisinalitas Penelitian	19
BAB II LANDASAN TEORI	23
2.1 Asuransi Kesehatan.....	23
2.1.1 Pengertian	23
2.1.2 Landasan Hukum Kesehatan.....	23
2.1.3 Prinsip Asuransi Kesehatan.....	24
2.1.4 Premi Asuransi Kesehatan	26
2.2 Asuransi BPJS Kesehatan	26
2.2.1 Pengertian BPJS Kesehatan	27
2.2.2 Landasan Hukum BPJS Kesehatan	27
2.2.4 Pembiayaan BPJS Kesehatan	29
2.2.5 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).....	30
2.2.6 Kepesertaan BPJS Kesehatan.....	30
2.3 Konsep <i>Willingness To Pay</i> (WTP)	32
2.4 <i>Contingent Valuation Method</i> (CVM).....	34
2.4.1 Konsep <i>Contingent Valuation Method</i> (CVM)	34
2.4.2 Tahapan <i>Contingent Valuation Method</i> (CVM).....	34
2.4.3 Kelemahan <i>Contingent Valuation Method</i> (CVM).....	36
2.4.4 Kelebihan <i>Contingent Valuation Method</i> (CVM).....	37
2.5 Kerangka Teori.....	38
BAB III KERANGKA KONSEP	40
3.1 Kerangka Konsep	40
3.2 Variabel Penelitian.....	41

3.3 Definisi Operasional.....	41
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....	44
4.1 Desain Penelitian	44
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	44
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	44
4.3.1 Populasi.....	44
4.3.2 Sampel.....	44
4.4 Metode Pengumpulan Data.....	47
4.5 Pengolahan Data.....	48
4.6 Analisis Data.....	49
4.6.1 Rancangan Analisis Univariat	49
4.6.2 Rancangan Analisis Bivariat.....	49
4.6.3 Rancangan Analisis Multivariat	49
4.7 Etika Penelitian	50
BAB V HASIL PENELITIAN	52
1.1 Hasil Penelitian	52
BAB VI PEMBAHASAN	61
6.1 <i>Willingness To Pay</i>	57
6.2 Hubungan Pendidikan dengan WTP	63
6.3 Hubungan Status Keluarga dengan WTP	65
6.4 Hubungan Sumber Informasi dengan WTP	66
6.5 Hubungan Status Kesehatan dengan WTP	68
6.6 Faktor Dominan yang Berhubungan WTP	69
BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN	73
7.1 Kesimpulan	73
7.2 Saran	73
DAFTAR PUSTAKA	75
LAMPIRAN	79

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel.....	11
Tabel 5.1 Gambaran Karakteristik Usia Responden yang Berkaitan dengan <i>Willingness To Pay</i> Di Provinsi Aceh	51
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Faktor Risiko yang Berhubungan dengan <i>Willingness To Pay</i> Di Provinsi Aceh.....	52
Tabel 5.3 Faktor Yang Berhubungan Kesiediaan Membayar Asuransi Kesehatan di Antara Penduduk Di Provinsi Aceh	53
Tabel 5.4 Hasil Uji Kelayakan Model Faktor Yang Berhubungan Kesiediaan Membayar Asuransi Kesehatan di Antara Penduduk Di Provinsi Aceh	56
Tabel 5.5 Faktor Yang Berhubungan Kesiediaan Membayar Asuransi Kesehatan di Antara Penduduk Provinsi Aceh	56

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Kerangka Teori	9
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	10

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Izin Penelitian
Lampiran 2	Surat Selesai Penelitian
Lampiran 3	Tabel Skor
Lampiran 4	Master Tabel
Lampiran 5	Pengolahan Statistik

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Secara global, sebagian besar orang menderita karena kurangnya akses ke layanan perawatan kesehatan dasar (Adebayo *et al.*, 2015). Banyak negara berpenghasilan rendah-menengah dihadapkan pada masalah terkait dengan pengeluaran *out-of-pocket* (OOP) untuk kesehatan (Gidey *et al.*, 2019). Setiap tahun, 100 juta orang jatuh di bawah kemiskinan akibat OOP dan selanjutnya sekitar 1,2 juta orang yang hidup dalam kemiskinan, dipaksa lebih dalam ke arah itu (Wiseman *et al.*, 2018; Minyihun, Gebregziabher and Gelaw, 2019). Hal ini menunjukkan bahwa ketergantungan yang tinggi pada OOP sebagai alasan utama kurangnya pendanaan untuk layanan kesehatan di sebagian besar negara berpenghasilan rendah dan menengah (Gidey *et al.*, 2019).

Di Indonesia, pengeluaran sendiri sekitar 47% dari total pengeluaran kesehatan. Selain itu, 4,4% orang Indonesia menghabiskan lebih dari 10% pengeluaran rumah tangga mereka untuk mencari layanan kesehatan (World Health Organization, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa biaya pelayanan kesehatan merupakan hambatan utama terkait dengan cakupan pelayanan kesehatan (Gidey *et al.*, 2019). Untuk mengatasi pembayaran langsung, diperlukan sistem pembiayaan perawatan kesehatan yang memadai (Adebayo *et al.*, 2015; Minyihun, Gebregziabher and Gelaw, 2019). Tujuan akhir dari universal health coverage (UHC) adalah memastikan bahwa semua orang dan masyarakat menerima layanan perawatan kesehatan yang mereka butuhkan, tanpa mengalami kesulitan keuangan (World Health Organization, 2017).

Pada tahun 2010, World Health Report mendefinisikan UHC sebagai “Sistem pembiayaan perlu dirancang secara khusus untuk memberikan semua orang akses ke layanan kesehatan yang dibutuhkan (termasuk pencegahan, promosi, pengobatan dan rehabilitasi) dengan kualitas yang

memadai agar efektif” (Kutzin, 2013). Kemudian WHO mendesak negara-negara anggota untuk berkontribusi keuangan khusus pada sektor kesehatan (Gidey *et al.*, 2019). Akibatnya, banyak negara berkembang mempertimbangkan bagaimana mereformasi sistem perawatan kesehatan mereka untuk memberikan perlindungan finansial bagi semua penduduk, sebagai istilah kunci UHC (Gidey *et al.*, 2019).

Pemerintah Indonesia memperkenalkan skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014, berdasarkan Undang-Undang Jaminan Sosial Nasional (SJSN) No. 40 yang disahkan pada tahun 2004. Sistem jaminan sosial dirancang untuk perawatan kesehatan, kecelakaan kerja, perawatan lansia dan asuransi jiwa (Mboi, 2015). Program JKN bertujuan untuk mewujudkan UHC dan menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang terpadu, berkelanjutan, terjangkau, dan berkeadilan yang memberikan perlindungan sosial secara menyeluruh bagi seluruh penduduk (Hidayat *et al.*, 2015).

Jaminan Kesehatan Rakyat Aceh (JKA) menempati porsi terbesar Dana Otsus Bidang Kesehatan. Sepanjang 2010-2021, rata-rata alokasi pembiayaan JKA mencapai 67,13% per tahun dari total Dana Otsus Bidang Kesehatan. Penurunan dan berakhirnya Dana Otsus ini akan berdampak pada pembiayaan untuk JKA, meski saat ini sudah mulai ada transisi ke dalam program JKN-KIS (Bappeda, 2022).

Program Jaminan Kesehatan bertujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat agar dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Manfaat program ini diberikan umumnya dalam bentuk pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) termasuk obat dan bahan medis dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (managed care) (Bappeda, 2022).

Menurut UUPA (Undang-Undang Pemerintah Aceh), Aceh masih akan menerima dana otsus hingga tahun 2027. Namun, jumlah yang akan diterima turun dari 2% menjadi 1% dari Dana Alokasi Umum (DAU) Nasional mulai tahun 2023 dan akan berakhir pada tahun 2028. Penurunan jumlah serta berakhirnya dana otsus tersebut tentu akan berdampak sangat signifikan pada upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat, pertumbuhan ekonomi, investasi, tingkat pengangguran, angka kemiskinan, layanan dasar pendidikan, kesehatan, infrastruktur, dan pelaksanaan keistimewaan di Aceh (Bappeda, 2022).

Adanya pemerataan penerima program JKA membuat iuran menjadi tanggung jawab pemerintah sehingga beban anggaran pemerintah juga menjadi bertambah. Ini bertolak belakang dengan kenyataan saat ini dimana seluruh masyarakat yang mampu juga menjadi tanggung jawab pemerintah. Ditambah lagi tahun 2023 dana otsus sudah mulai dikurangi, sehingga pemerintah harus memikirkan mekanisme pembiayaan secara mandiri terhadap masyarakat Aceh.

Jika dilihat dari kondisi saat ini, maka peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimana kemauan dan kemampuan membayar atau *Willingness To Pay* (WTP) biaya asuransi kesehatan pada masyarakat Aceh?

1.2 Rumusan Masalah

Pemerintah Aceh memiliki dana sejak tahun 2008 dan berakhir pada tahun 2021, dimana sebagian besarnya dana ini digunakan untuk mengcover biaya JKA. Seiring dengan berkurangnya dana Otsus maka biaya untuk JKA juga berkurang dan akan diberhentikan, sehingga masyarakat harus menanggung biaya kesehatan secara mandiri. Namun sayangnya masih banyak masyarakat yang belum mampu membayar besaran yang ditentukan oleh pemerintah sehingga pembayaran secara mandiri ditunda. Mengingat permasalahan ini penting kiranya pemerintah mengetahui berapakah kemampuan membayar atau *Willingness To Pay*

(WTP) masyarakat Aceh untuk membayar asuransi kesehatan dan faktor apa saja yang mempengaruhinya?

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berapakah kesediaan membayar atau WTP untuk asuransi kesehatan pada masyarakat Aceh dan faktor apa saja yang mempengaruhinya?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui kesediaan membayar atau WTP untuk membayar biaya asuransi kesehatan pada masyarakat Aceh dan faktor apa saja yang mempengaruhinya.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui kemauan masyarakat dalam membayar asuransi kesehatan pada masyarakat Aceh.
2. Untuk mengetahui berapakah kemampuan membayar biaya asuransi kesehatan masyarakat Aceh.
3. Untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan terhadap WTP dalam mendaftar asuransi kesehatan di Aceh.
4. Untuk mengetahui hubungan pekerjaan keluarga terhadap WTP dalam mendaftar asuransi kesehatan di Aceh.
5. Untuk mengetahui hubungan pendapatan keluarga terhadap WTP dalam mendaftar asuransi kesehatan di Aceh.
6. Untuk mengetahui hubungan status keluarga terhadap WTP dalam mendaftar asuransi kesehatan di Aceh.
7. Untuk mengetahui hubungan sumber informasi tentang asuransi kesehatan terhadap WTP dalam mendaftar asuransi kesehatan di Aceh.
8. Untuk mengetahui hubungan status Kesehatan terhadap WTP di Aceh.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah meneliti mengenai variabel yang menjadi faktor yang mempengaruhi kemauan membayar atau WTP dan berapa kemampuan membayar biaya asuransi kesehatan pada masyarakat Aceh.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini difokuskan pada analisis kemauan membayar (*Willingness To Pay*) masyarakat dalam mendaftar asuransi kesehatan. Secara teoritis, penelitian ini ingin melihat seberapa besar masyarakat mau membayar, serta faktor-faktor yang mempengaruhi WTP, sehingga hasil penelitian ini nantinya dapat dijadikan bahan kajian ilmiah dan referensi bagi universitas yang ada di Aceh maupun di luar Aceh dalam mengembangkan program jaminan kesehatan.

1.6.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini secara praktis bermanfaat bagi stakeholder daerah agar dapat membuat dan memperbaiki program-program yang berkaitan dengan jaminan kesehatan atau asuransi bagi masyarakat Aceh.

1.7 Orisinalitas Penelitian

Berdasarkan penelitian yang pernah diteliti sebelumnya tentang faktor yang mempengaruhi kemauan membayar atau WTP untuk membayar biaya asuransi kesehatan pada masyarakat Aceh dapat dilihat pada Tabel 1.1. sebagai berikut.

Tabel 1.1 Orisinalitas Penelitian

N o	Nama	Judul	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
1.	(Aryani <i>et al.</i> , 2013)	Determinan <i>Willingness To Pay</i> (WTP) Iuran Peserta BPJS Kesehatan	Variabel usia berpengaruh negatif terhadap WTP, variabel jumlah anggota keluarga tidak	Variabel independen yang dilibatkan terbatas dan	Tema penelitian mengenai faktor <i>Willingness To Pay</i>

N o	Nama	Judul	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
			berpengaruh terhadap WTP, variabel pendidikan terakhir berpengaruh positif terhadap WTP, variabel tingkat pendapatan berpengaruh positif terhadap WTP, dan variabel syariah berpengaruh negatif terhadap WTP	penelitian mengaitkan dengan salah satu aspek pembayara n syariah	
2.	(Hildayan ti <i>et al.</i> , 2020; Hildayanti <i>et al.</i> , 2021)	Determinan <i>Ability To Pay</i> dan <i>Willingness To Pay</i> Iuran Peserta Mandiri BPJS Kesehatan di Kecamatan Takabonerate (Studi Kasus di Kabupaten Kepulauan Selayar)	kemampuan membayar (ability to pay) iuran BPJS Kesehatan sebesar 68,1% yang sanggup mengeluarkan pembayaran iuran BPJS Kesehatan. Dan responden yang mempunyai kemauan membayar (<i>Willingness To Pay</i>) sebesar 66,7% responden yang mau mengeluarkan pembayaran iuran BPJS Kesehatan.	Tidak melihat faktor dominan yang mempengaruhi variabel dependen	Tema penelitian mengenai faktor <i>Willingness To Pay</i>
3.	(Rina & Rosminah , 2011)	<i>Willingness To Pay</i> and ability to pay for healthcare services at Zainoel Abidin publichospital Banda Aceh,	WTP mereka sebagai pasien rawat jalan di pelayanan kesehatan masyarakat mayoritas di kisaran kurang dari Rp.9000 sedangkan	Populasi terbatas pada rumah sakit dan pelayanan yang tersedia	Tema penelitian mengenai faktor <i>Willingness To Pay</i>

N o	Nama	Judul	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
		Indonesia	sebagai pasien rawat inap mereka bersedia membayar dalam kisaran kurang dari Rp.30.000. Namun sebagian besar (71,1%) pasien menyatakan kemampuan membayar pelayanan kesehatan berkisar antara Rp15.000 hingga Rp219,99.		
4	(Mekonnen Degie et al., 2021)	<i>Willingness To Pay for social health insurance and its predictors among government employees in Mujja Twon, Ethiopia</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 37,6% (95% CI: 33,1%, 42,61%) responden bersedia membayar asuransi kesehatan sosial. Pada model terakhir, responden yang pernah mendengar tentang skema jaminan kesehatan tujuh kali (AOR = 7.205; 95% CI: 1.385, 37.475) lebih mungkin untuk bersedia membayar asuransi kesehatan sosial. Mereka yang memiliki riwayat kesulitan dan memiliki sumber lain untuk menutupi tagihan medis adalah	Penelitian ini dilakukan di 1 Wilayah	Tema penelitian mengenai faktor <i>Willingness To Pay</i>

N o	Nama	Judul	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
			92,6% (AOR = 0,074; 95% CI: 0,009, 0,612) dan 94,6% (AOR = 0,054; 95% CI: 0,011, 0,257) lebih kecil kemungkinannya untuk membayar , masing-masing.		
5	(Nosratnejad et al., 2016)	Systematic review of <i>Willingness To Pay</i> for health insurance in low and midlle income countries	Rata-rata WTP individu adalah 1,18% dari PDB per kapita dan 1,39% dari pendapatan nasional bersih per kapita yang disesuaikan. Angka yang sesuai untuk rumah tangga adalah 1,82% dan 2,16%, masing-masing. Peningkatan ukuran keluarga, tingkat pendidikan dan pendapatan secara konsisten berkorelasi dengan WTP yang lebih tinggi untuk asuransi, dan peningkatan usia berkorelasi dengan penurunan WTP.	Jenis penelitian	Tema penelitian mengenai faktor <i>Willingness To Pay</i>

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Asuransi Kesehatan

2.1.1 Pengertian

Pengertian Asuransi Kesehatan Menurut ketentuan pasal 1 angka (1) Undang-undang Nomor 2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian, bahwa “Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dimana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang diharapkan. Atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan (Bima, 2016).

Asuransi kesehatan merupakan salah satu jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi tersebut jika mereka jatuh sakit dan mengalami kecelakaan (Bima, 2000).

Menurut Prodjodikoro (2013) asuransi kesehatan dengan memegang teguh prinsip bahwa kesehatan adalah sebuah pelayanan sosial, karena pelayanannya tidak boleh semata-mata diberikan berdasarkan status sosial masyarakat sehingga semua lapisan berhak untuk memperoleh jaminan pelayanan kesehatan dan penyertaannya di dalam skema yang disetujui bersama, membantu satu sama lain dengan menggunakan rekening yang telah ditentukan untuk membayar kerugian yang akan timbul yang di dalam pelaksanaannya.

2.1.2 Landasan Hukum Kesehatan

Pasal 1 Angka 1 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatur bahwa: Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental,

spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU36, 2009).

Pasal 1 angka 11 mengatur bahwa: Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemeliharaan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat, yang dapat digolongkan sebagai pelayanan kesehatan antara lain adalah pemeriksaan medik, diagnosis, terapi, anestesi, menulis resep obat-obatan, pengobatan dan perawatan di rumah sakit, peningkatan pasien, kontrol, pelayanan pasca perawatan, pemberian keterangan medis, pemberian informasi, kerjasama vertikal penyelenggaraan pelayanan kesehatan, dan sebagainya (UU36, 2009).

Pelayanan kesehatan menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 seperti dalam penjelasan di atas bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan baik itu perseorangan maupun masyarakat sangat dijamin dalam UU Kesehatan dalam beberapa pasal sangat jelas ditegaskan bahwa untuk menjamin kesehatan masyarakat maka pemerintah mengupayakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam upaya mencapai Indonesia yang sehat dan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah baik itu berupa penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, penyediaan obat, serta pelayanan kesehatan itu sendiri. Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh pemerintah dalam upaya menjamin kesehatan masyarakat.

2.1.3 Prinsip Asuransi Kesehatan

Sastrawidjaja (2013) mengatakan asuransi kesehatan dalam prinsipnya tetap memegang prinsip asuransi secara umum yang terpenting diantaranya

1. Prinsip itikad baik (utmost goodfaith) Dalam perjanjian asuransi unsur saling percaya antara penanggung dan tertanggung itu sangat penting. Penanggung percaya bahwa tertanggung akan memberikan segala

keterangannya dengan benar, di lain pihak tertanggung juga percaya bahwa kalau terjadi peristiwa penanggung akan membayar ganti rugi. Saling percaya ini dasarnya adalah i'tikad baik.

2. Prinsip kepentingan yang dapat diasumsikan (insurable interest) Prinsip ini mengharuskan adanya kepentingan tertanggung terhadap obyek yang dijadikan sebagai tanggungan. Unsur-unsur yang terkandung dalam prinsip ini meliputi: suatu harta, hak, kepentingan jiwa atau tanggung gugat. Dalam prinsip ini tertanggung harus memiliki hubungan hukum dengan sesuatu yang dapat dipertanggungkan dimana pihak tertanggung memperoleh manfaat dari tidak terjadinya peristiwa dan sebaliknya yang bersangkutan menderita kerugian bila yang dipertanggungkan mengalami kerugian.
3. Prinsip ganti kerugian (Indemnity) Prinsip ini adalah kompensasi keuangan yang eksak, cukup untuk mengembalikan tertanggung pada posisi keuangan sesaat sebelum kerugian terjadi dalam bentuk cash, replacement, dan reinstatement.
4. Prinsip Subrogasi Yang dimaksud dalam prinsip ini adalah hak seseorang yang telah membayar ganti kerugian kepada orang lain karena suatu kewajiban hukumnya baik sesudah maupun sebelum dilaksanakan (Suma, 2016).
5. Prinsip sebab akibat Dengan ditutup perjanjian asuransi, menimbulkan kewajiban kepada penanggung untuk memberikan ganti kerugian karena tertanggung menderita kerugian, kemungkinan terjadi kerugian yang timbul disebabkan oleh serangkaian peristiwa untuk itu harus dapat ditentukan apakah peristiwa yang menjadi penyebab kerugian berada dalam tanggungan penanggung dan harus ditelaah kaitan antara peristiwa tersebut dengan kerugian yang terjadi. Dalam prinsip sebab akibat, dikehendaki bahwa akibat kerugian yang terjadi, memang suatu sebab tanggungan oleh penanggung. Apabila tidak penanggung dibebaskan dari kewajibanya.

6. Prinsip gotong royong Salah satu hal yang penting yang terkandung dalam perjanjian asuransi yaitu adanya prinsip gotong royong, bergotong royong adalah suatu prinsip yang mendasarkan kepada penyelesaian suatu masalah dengan cara bersama-sama. Masalah yang dimaksud adalah kemungkinan tertanggung menderita kerugian disebabkan terjadi peristiwa yang tidak diharapkan. Dalam banyak hal risiko menderita kerugian tersebut kemungkinan sulit untuk ditanggulangi sendiri oleh tertanggung, oleh karena itu dilakukan penutupan perjanjian asuransi dengan maksud untuk diadakan pengalihan atau pembagian risiko tertanggung kepada pihak penanggung (Abdulkadir, 2016).

2.1.4 Premi Asuransi Kesehatan

Premi atau iuran adalah salah satu unsur penting dalam asuransi karena merupakan kewajiban utama yang wajib dipenuhi oleh tertanggung kepada penanggung. Yang kemudian penanggung menerima pengalihan risiko dari tertanggung dan tertanggung membayar sejumlah premi sebagai imbalannya. Dan apabila premi tidak dibayarkan, asuransi dapat dibatalkan atau setidaknya asuransi tidak berjalan oleh karena itu premi harus dibayar lebih dahulu oleh tertanggung karena tertanggunglah pihak yang berkepentingan. Jika premi tidak dibayarkan pada waktu yang telah ditentukan asuransi tidak berjalan dan jika terjadi peristiwa yang menimbulkan kerugian, penanggung tidak berkewajiban membayar klaim tertanggung. Dalam prakteknya asuransi biasanya penanggung sudah menentukan syarat umum pembayaran premi seperti yang telah ditetapkan dalam polis (Abdulkadir, 2016).

Dalam asuransi kesehatan, premi juga mungkin memiliki nilai tanggungan untuk tambahan kepada anggota lain dalam masyarakat yang mengalami kerugian, sehingga dengan demikian peserta (anggota) juga menjadi penanggung. Dengan kata lain asuransi kesehatan disebut asuransi sosial saling menanggung dan saling tolong-menolong (Muslich, 2015).

2.2 Asuransi BPJS Kesehatan

2.2.1 Pengertian BPJS Kesehatan

Badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk dengan undang-undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial, yang bertanggung jawab kepada presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan dengan tujuan menjamin peserta agar memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar Kesehatan (Putri, 2014).

BPJS menurut UU SJSN No 40 tahun 2004 pasal 1 angka 6 adalah transformasi dari badan penyelenggara baru yang sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial. Asuransi jaminan sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya. Sedangkan jaminan sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya (UU40, 2004).

Jaminan kesehatan sosial memberikan beberapa keuntungan sebagai berikut. Pertama, memberikan manfaat yang komperhensif dengan premi terjangkau. Kedua, asuransi kesehatan sosial menerapkan prinsip kendali biaya dan mutu, peserta bisa mendapatkan pelayanan bermutu memadai dengan biaya yang wajar dan terkendali. Ketiga asuransi sosial menjamin kepastian pembiayaan pelayanan bermutu memadai dengan biaya yang wajar dan terkendali (KemenkesRI, 2017).

2.2.2 Landasan Hukum BPJS Kesehatan

Dasar hukum Asuransi terdapat dalam undang-undang nomor 2 tahun 1992 tentang usaha perasuransian dan peraturan pemerintah nomor 63 tahun 1999 tentang perubahan atas peraturan pemerintah nomor 73 tahun 1992 tentang penyelenggaraan usaha perasuransian. Berdasarkan undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang badan penyelenggara jaminan sosial (UU BPJS) bahwasanya BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi social (Putri, 2014).

Berdasarkan peraturan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nomor 2 tahun 2016 Bab I pasal (1) bahwasanya jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (UU.No.2, 2016).

Berdasarkan dua pasal tersebut, setiap orang berhak mengikuti asuransi dan memperoleh jaminan kesehatan kepada peserta yang terdaftar dalam BPJS Kesehatan dan yang telah membayar iuran maupun iurannya dibayarkan oleh pemerintah karena asuransi ini bersifat sosial dan tolong-menolong.

2.2.3 Prinsip Asuransi BPJS Kesehatan

Kemenkes RI (2017), menjelaskan bahwa asuransi kesehatan sosial atau Jaminan kesehatan nasional dimana dalam prinsip ini mengacu pada prinsip-prinsip sistem jaminan sosial nasional (SJSN) yang diterapkan dalam BPJS Kesehatan adalah berikut:

1. Prinsip Kegotongroyongan Dalam SJSN prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong-royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
2. Prinsip Nirlaba Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah nirlaba bukan untuk mencari laba. Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.
3. Prinsip keterbukaan dan kehati-hatian. Prinsip-prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

4. Prinsip kepesertaan bersifat wajib. Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun demikian penerapannya tetap disesuaikan dengan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.
5. Prinsip dana amanat Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.
6. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

2.2.4 Pembiayaan BPJS Kesehatan

Kemenkes RI (2017), dalam pemeliharaan asuransi kesehatan pada BPJS Kesehatan guna menjaga berjalannya asuransi tersebut maka terdapat tiga unsur penting yaitu:

1. Iuran iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan pemerintah untuk program jaminan kesehatan.
2. Pembayaran iuran. Besarnya iuran jaminan kesehatan nasional ditetapkan melalui peraturan presiden dan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak.
3. Pembayaran iuran setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan kelas ekonomi dan kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran diperhitungkan dengan pembayaran berikutnya.

BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap. Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh menteri Kesehatan.

Manfaat yang diberikan dalam program jaminan kesehatan bersifat yaitu pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat jaminan kesehatan terdiri atas manfaat medis dan non medis dengan perawatan di kelas I, II dan III di fasilitas kesehatan yang bekerjasama (Jamsoskes, 2014).

2.2.5 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Pada tanggal 1 Januari 2014, nama BPJS Kesehatan sudah mulai beroperasi di seluruh Indonesia. BPJS Kesehatan itu sendiri merupakan perubahan dari PT. Askes yang dimana hanya diperuntukkan bagi pensiunan TNI/POLRI, pemegang kartu jaminan kesehatan PNS, serta perintis kemerdekaan dan veteran. Kurang luasnya jangkupan Askes, maka sesuai dengan UU Nomor 24 Tahun 2014 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan secara resmi menetapkan adanya BPJS Kesehatan. Tujuan diadakannya program ini agar seluruh masyarakat Indonesia mendapatkan pelayanan jaminan kesehatan.

Kesehatan seluruh penduduk Indonesia merupakan tanggung jawab pemerintah. Maka dari itu, seluruh penduduk Indonesia diwajibkan agar menjadi peserta jaminan kesehatan. Bagi siapa pun yang berada di Indonesia dengan status Warga Negara Indonesia (WNI) diimbau agar menjadi peserta BPJS Kesehatan, termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat selama enam bulan di Indonesia dan membayar iuran setiap bulannya.

2.2.6 Kepesertaan BPJS Kesehatan

Berdasarkan dengan Perpres Jaminan kesehatan 12/2013, peserta BPJS dikelompokkan menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok penerima bantuan iuran (PBI) dan kelompok bukan penerima bantuan iuran (non PBI).

Kelompok penerima bantuan iuran (PBI) adalah peserta jaminan kesehatan bagi fakir miskin serta orang tidak mampu. Sebagaimana yang sudah ditetapkan dalam UU SJSN bahwa kelompok PBI merupakan kelompok yang segala tanggungan biayanya ditanggung dan ditetapkan oleh pemerintah. Tidak hanya fakir miskin dan orang tidak mampu saja yang masuk dalam kategori ini, melainkan adalah orang yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu.

Sedangkan kelompok bukan penerima bantuan iuran (non PBI) adalah peserta jaminan kesehatan bagi pekerja penerima upah dan anggotanya, bagi pekerja bukan penerima upah dan anggotanya, serta bukan pekerja. Pekerja penerima upah diartikan sebagai orang yang bekerja pada orang yang memberi kerja dengan menerima gaji, yang di klasifikasikan sebagai berikut

1. Pegawai Negri Sipil (PNS) daerah dan pusat
2. Anggota TNI
3. Anggota Polri
4. Pejabat Negara
5. Pegawai Pemerintah non PNS
6. Pegawai Swasta
7. Pekerja yang tidak termasuk dalam kategori pekerjaan diatas, namun memenuhi kriteria pekerja penerima upah.

Pekerja bukan penerima upah diartikan sebagai orang yang bekerja dan berusaha atas usahanya sendiri yang memenuhi kriteria pekerja bukan penerima upah. Klasifikasi dalam pekerja bukan penerima upah, sebagai berikut:

1. Pekerja Mandiri
2. Sektor Informal

Selanjutnya bukan pekerja di artikan sebagai orang yang tidak bekerja namun dianggap mampu untuk membayar iuran jaminan kesehatan yang terdiri sebagai berikut:

1. Investor
2. Pemberi Kerja
3. Pensiunan
4. Veteran
5. Perintis Kemerdekaan
6. Bukan pekerja yang termasuk dalam kategori diatas, namun dianggap memenuhi kriteria bukan pekerja.

Sesuai dengan Perpres nomor 12/2013 menyebutkan bahwa kepesertaan BPJS terdapat 2 ketentuan, yaitu pertama jumlah peserta dan anggota keluarga yang ditanggung oleh jaminan kesehatan maksimal berjumlah 5 orang, yang dimana menjadi keluarga inti. Kedua, peserta yang mempunyai anggota keluarga lebih dari 5 orang, maka dikenakan biaya tambahan iuran setiap bulannya.

Dalam kepesertaan BPJS, anggota keluarga yang dimaksud terdiri dari satu orang istri/suami yang sah yang berasal dari peserta, anak kandung/tiri/anak angkat yang sah dari peserta, dengan kriteria berikut:

1. Tidak atau belum pernah menikah dan tidak mempunyai penghasilan sendiri.
2. Belum genap berusia 21 tahun atau 25 tahun yang berstatus masih melanjutkan pendidikan formal

2.3 Kemampuan Membayar Asuransi Kesehatan dan Bagaimana Cara Menghitungnya

Konsep *Willingness To Pay* (WTP)

Willingness To Pay ialah harga tertinggi seseorang (konsumen) yang rela dibayarkan untuk mendapatkan suatu manfaat baik berupa barang atau jasa, serta menjadikan tolak ukur seberapa besar calon konsumen menghargai barang atau jasa tersebut (Sabri and Amelia, 2016).

Willingness To Pay merupakan nilai ekonomi yang diartikan sebagai pengukuran jumlah maksimum seseorang berkeinginan mengorbankan

barang dan jasa untuk memperoleh barang dan jasa lainnya. Konsep keinginan membayar seseorang terhadap barang atau jasa yang dihasilkan oleh sumber daya alam dan lingkungan ini secara formal disebut dengan *Willingness To Pay* (Kamal, 2020). *Willingness To Pay* merupakan harga maksimum dari suatu barang yang ingin dibeli oleh konsumen pada waktu tertentu. *Willingness To Pay* sejatinya ialah harga yang dimana tingkat konsumen yang merefleksikan nilai, yaitu nilai barang dan jasa serta pengorbanan untuk mendapatkannya (Gustafsson-Wright, Asfaw and van der Gaag, 2009).

Kesedian untuk membayar (*Willingness To Pay*) bisa diartikan sebagai kesedian masyarakat untuk menerima beban pembayaran, sesuai dengan besarnya jumlah yang sudah ditetapkan. *Willingness To Pay* penting adanya untuk melindungi konsumen dari bahaya monopoli perusahaan yang berkaitan dengan harga serta penyediaan produk yang berkualitas (Darmawan and Kristina, 2020).

Analisis WTP menggunakan pendekatan yang didasarkan pada persepsi peserta pengguna tarif pelayanan kesehatan yaitu dalam permasalahan kesehatan. Tamin Ofyar menyatakan terdapat 3 Faktor yang mempengaruhi WTP, yaitu:

1. Dari pihak produsen, yaitu produksi jasa kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit.
2. Dari pihak konsumen, yaitu utilitas peserta pengguna jasa kesehatan terhadap pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit. Pendapatan peserta pengguna jasa kesehatan sangat menentukan pilihan kelas sesuai dengan tarif iuran.
3. Datang dari sarana dan prasarana, yaitu kualitas serta kuantitas yang diberikan oleh Rumah Sakit. Secara konsep, WTP ialah area yang berada dibawah kurva permintaan. Surplus konsumen terbentuk ketika hasil hitungan WTP dikurangi dengan jumlah iuran yang dibayarkan oleh peserta (Kamal, 2020).

2.4 *Contingent Valuation Method (CVM)*

2.3.1 Konsep *Contingent Valuation Method (CVM)*

Contingent Valuation Method (CVM) merupakan metode teknik survey yang digunakan untuk menyatakan penduduk tentang nilai atau harga yang mereka berikan terhadap komoditi yang tersedia di lingkungan. CVM merupakan salah satu valuasi ekonomi lingkungan, dimana valuasi lingkungan ini bertujuan untuk memberikan nilai ekonomi pada lingkungan dan sumber daya. Nilai ekonomi yang dimaksud ialah pengukuran jumlah maksimum seseorang yang ingin memperoleh suatu barang atau jasa untuk memperoleh suatu barang atau jasa lainnya. Secara teknis, pendekatan CVM dibedakan menjadi dua cara, yaitu yang pertama adalah dengan menggunakan teknik eksperimental. Teknik ini dilakukan melalui simulasi atau permainan. Cara yang kedua adalah dengan menggunakan teknik survey (Fadila Robby, 2017)

Prinsip yang mendasari metode CVM bahwasanya setiap orang mempunyai preferensi terhadap barang ataupun jasa. Diasumsikan bahwa setiap orang akan melakukan apa yang ia katakan ketika disuguhkan sebuah hipotesis yang nantinya akan menjadi kenyataan di masa yang akan datang. Metode CVM memungkinkan bahwasanya segala komoditas yang tidak terdapat di pasar, dimana segala komoditas tersebut tidak mempunyai nilai ekonomi, namun dengan adanya model ini menjadikan segala komoditas yang tidak terdapat di pasar mempunyai nilai ekonomi, dan dapat diukur. Dengan demikian, nilai ekonomi dari suatu barang publik dapat diukur menggunakan WTP (Hildayanti, Batara and Alwi, 2020).

2.3.2 Tahapan *Contingent Valuation Method (CVM)*

Dalam menentukan nilai *Willingness To Pay* melalui pendekatan *contingent valuation method (CVM)* dapat dilakukan melalui lima tahapan, yaitu : (Kamal, 2020)

1. Pembangunan Hipotesis Pasar

Hipotesis pasar yang dimaksudkan disini ialah untuk memberikan

gambaran kepada responden terhadap masalah yang sedang di hadapi. Responden diharapkan mampu mencermati masalah dengan baik sehingga mampu memberikan nilai WTP. Peneliti dapat membuat kuisisioner yang lengkap beserta dengan informasi mengenai kondisi pelayanan kesehatan, serta kenaikan iuran BPJS yang dapat mempengaruhi keadaan ekonomi keluarga. Kuisisioner dapat diujikan kepada kelompok kecil terlebih dahulu sebelum di ujikan kepada seluruh responden guna untuk mengetahui reaksi atas proyek yang akan di laksanakan.

2. Mendapatkan Nilai Lelang/Penawaran (*Bids*) WTP

Untuk memperoleh nilai lelang/penawaran dapat dilakukan dengan menggunakan kuisisioner yang sudah dipersiapkan. Tujuan dari nilai lelang/penawaran ini ialah untuk memperoleh nilai maksimum WTP dari responden terhadap pembayaran iuran BPJS. Nilai ini dilakukan dengan menggunakan teknik membuat pertanyaan berstruktur sehingga memperoleh nilai WTP maksimum. Untuk mendapatkan nilai WTP maksimum, dapat dilakukan dengan berbagai cara, yaitu:

- a. *Bidding game*. Responden diberi pertanyaan secara berulang mengenai jumlah pembayaran tertentu. Jumlah pembayaran dibatasi dengan nilai tertinggi dan terendah dari nilai WTP maksimum yang mampu dibayarkan.
- b. *Closed-Ended Refrerendum*. Responden diberi nilai dalam bentuk rupiah, baik kepada responden yang setuju ataupun yang tidak setuju (jawaban hanya tersedia antara ya dan tidak).
- c. *Payment Card*. Menanyakan suatu kisaran nilai yang disajikan pada sebuah kartu kepada responden.
- d. *Open-ended Question*. Responden diberi pertanyaan mengenai WTP maksimum yang bersedia dibayarkan, dengan catatan tidak adanya nilai tawaran lain yang diberikan. Sehingga responden diberikan kebebasan untuk menyatakan nilai yang ingin dibayarkan.

3. Menghitung Nilai Rata-Rata WTP

Menghitung nilai rata-rata WTP didasarkan pada nilai mean (rata-rata) dan nilai median (nilai tengah). Rata-rata ini dapat dihitung menggunakan persamaan berikut:

$$EWTP = \frac{\sum_{i=1}^n W_i}{n}$$

Keterangan:

EWTP = Dugaan rata-rata nilai WTP

W_i = Nilai WTP ke- i

n = Jumlah responden

i = Responden ke- i yang bersedia membayar (1,2,,,,,, n)

4. Mengagregatkan Data

Tahap terakhir dalam metode CVM adalah mengagregatkan data. Penjumlahan data merupakan proses dimana nilai rata-rata dikonservasikan terhadap jumlah rumah tangga dalam populasi secara keseluruhan. Berikut rumus nilai total WTP:

$$TWTP = EWTP \times N_i$$

Keterangan :

TWTP = Total WTP

EWTP = Rata-Rata WTP

N_i = Jumlah populasi

2.3.3 Kelemahan *Contingent Valuation Method* (CVM)

Kelemahan yang paling sering terjadi dalam metode ini adalah adanya bias. Model CVM dapat mengalami bias apabila nilai WTP yang dihasilkan lebih tinggi ataupun lebih rendah dari nilai yang sebenarnya. Bias-bias tersebut dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu (Sabri and Amelia, 2016):

1. Bias strategi, kesalahan strategi dalam mengungkapkan informasi sehingga responden kurang tepat menjawab atas pertanyaan yang diajukan.
2. Bias rancangan, kesalahan pemilihan responden terhadap jenis tawaran yang diberikan oleh peneliti.
3. Bias *mental account*, kesalahan pemilihan responden yang rela menghabiskan seluruh pengeluarannya hanya untuk suatu benda pada periode tertentu, serta
4. Bias hipotesis pasar, kesalahan yang disebabkan karena 2 (dua) hal yaitu responden tidak pernah atau bahkan belum pernah merasakan apa yang sudah dijelaskan oleh pewawancara, yang ke dua yaitu responden yang tidak serius untuk menjawab pertanyaan dari pewawancara.

2.3.4 Kelebihan *Contingent Valuation Method* (CVM)

CVM mempunyai kelebihan dalam memperkirakan nilai ekonomi suatu lingkungan yaitu sebagai berikut (Fadila Robby, 2017; Ka mal, 2020):

1. Menjadi satu-satunya teknik untuk mengestimasi manfaat, serta dapat diaplikasikan pada konteks kebijakan lingkungan.
2. Dapat digunakan di berbagai macam penilaian barang lingkungan.
3. Dapat mengukur utilitas seseorang.
4. Hasil dari penelitian yang menggunakan metode ini tidak akan kesulitan jika di analisis dan dijabarkan.

2.4 Jaminan Kesehatan Aceh

(Peraturan Gubernur Aceh Nomor 13 Tahun 2018) menjelaskan tentang Jaminan Kesehatan Aceh, yaitu merupakan suatu jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap penduduk Aceh yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Aceh. JKA ini dimaksudkan untuk mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh Penduduk Aceh dalam bentuk pemberian bantuan iuran dan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Sasaran JKA seluruh Penduduk Aceh yang terdaftar dan iurannya dibayar Pemerintah Aceh serta Penduduk Aceh peserta JKN.

JKA bertujuan untuk mewujudkan akses dan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Aceh yang berkualitas dan terintegrasi, serta menjamin kebutuhan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Aceh secara komprehensif mulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama sampai pelayanan tingkat lanjutan (Peraturan Gubernur Aceh Nomor 13 Tahun 2018).

Ruang Lingkup dari JKA meliputi (Peraturan Gubernur Aceh Nomor 13 Tahun 2018):

- a. Pemberian bantuan iuran bagi penduduk Aceh yang belum dijamin oleh Pemerintah Pusat, Badan Usaha.
- b. Tim Independen JKA.
- c. Sekretariat Terpadu.
- d. Tim Verifikasi, Purifikasi dan Rekonsiliasi JKA Pemerintah Aceh.
- e. Penyediaan rumah singgah.
- f. Pemberian kursi roda.
- g. Biaya transportasi rujukan / pemulangan jenazah dan pendamping.
- h. Biaya makan pendamping.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Conceptual Framework Community Health Insurance Ali et al. (2020)

Terdapat 4 faktor utama yang mempengaruhi *Willingness To Pay* yaitu market atribut yang merupakan analisis kemauan membayar kualitas di kalangan konsumen perkotaan dan mempertimbangkan berbagai atribut kualitas termasuk keamanan, harga, kenyamanan dan etika sebagai faktor yang mempengaruhi WTP. Market atribut yakni manfaat yang akan diberikan oleh produk, manfaat ini dikomunikasikan dan dipenuhi oleh atribut produk yang berwujud seperti merek produk, mutu produk, ciri produk, desain produk, label produk, kemasan produk serta layanan pendukung produk, atribut ini sangat mempengaruhi reaksi konsumen terhadap keinginan membayar sebuah produk dalam hal ini adalah keinginan untuk membayar biaya asuransi kesehatan.

Faktor sosial demografi terdiri dari usia, kebangsaan, Pendidikan, ukuran rumah tangga dan pendapatan merupakan faktor penentu bagi konsumen untuk membayar harga yang lebih tinggi, selanjutnya adalah faktor psikologi salah satunya adalah kondisi kesehatan atau keadaan responden yang dapat mempengaruhi kemampuan membayar atau menjelaskan sejauhnyamasyarakat bersedia membayar asuransi kesehatan.

Keempat faktor ini secara langsung dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk membayar suatu biaya baik jasa maupun produk kesehatan, dimana hal ini secara langsung dapat mempengaruhi kondisi kesehatan dan kemampuan seseorang dalam mendapatkan produk kesehatan baik makanan maupun produk kesehatan lainnya seperti asuransi kesehatan. Produk asuransi Kesehatan yang ada di Indonesia terbilang cukup banyak, namun produk asuransi yang dimiliki oleh pemerintah secara resmi dan memiliki peserta terbanyak adalah BPJS.

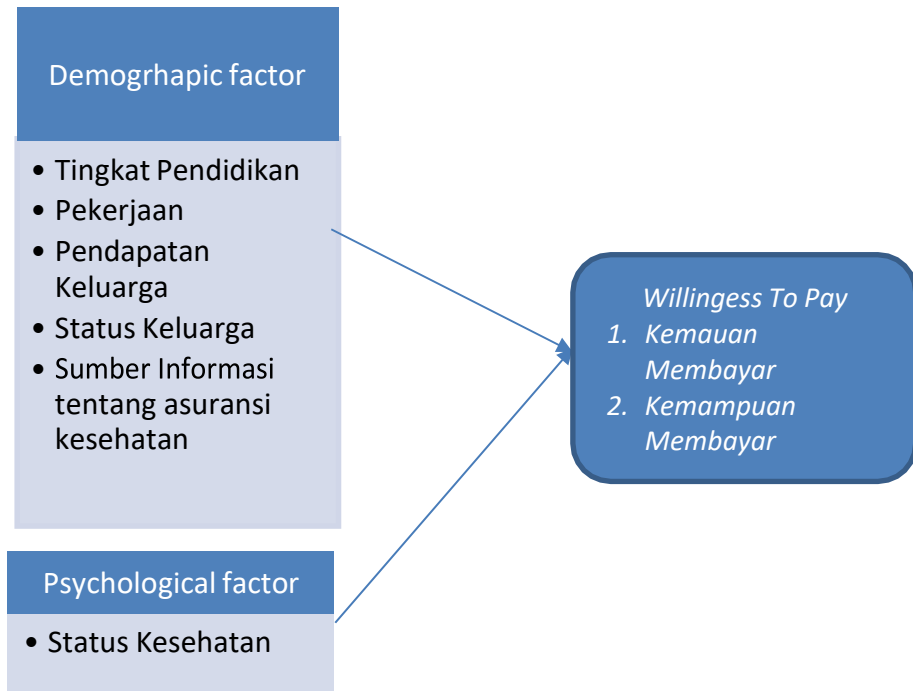
Penelitian ini berfokus pada 2 faktor utama yaitu faktor psikologi yaitu penyakit yang diderita responden dan social demografi, sedangkan market atribut dan produk atribut tidak diambil karena penelitian ini hanya berfokus pada kemampuan membayar masyarakat terhadap biaya asuransi kesehatan, bukan kepada produk atau brand kesehatannya.

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang telah dikemukakan, maka kerangka konsep dari penelitian ini adalah sebagai berikut:



Berdasarkan kerangka konsep yang telah dipaparkan sebelumnya, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Kemauan masyarakat Aceh dalam membayar asuransi kesehatan.
2. Kemampuan membayar masyarakat Aceh terhadap asuransi kesehatan.
3. Ada hubungan tingkat pendidikan dengan WTP di Aceh.
4. Ada hubungan jenis pekerjaan dengan WTP di Aceh.
5. Ada hubungan jumlah pendapatan keluarga dengan WTP di Aceh.
6. Ada hubungan status keluarga dengan WTP di Aceh.
7. Ada hubungan sumber informasi dengan WTP di Aceh.
8. Ada hubungan status kesehatan dengan WTP di Aceh

3.2 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini terbagi menjadi 2 yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen terdiri dari 7 variabel yaitu *Willingness To Pay*, pendidikan, jumlah anggota keluarga, pekerjaan, pendapatan keluarga, sumber informasi tentang asuransi Kesehatan, status keluarga dan status kesehatan. Sedangkan untuk variabel dependennya ialah WTP asuransi kesehatan.

Pada variable dependen mencakup 2 yaitu:

1. Keinginan untuk membayar biaya asuransi kesehatan yang dijamin dengan pertanyaan dengan pilihan jawaban “Ya” dan “Tidak”.
2. Kemampuan membayar biaya asuransi dijamin dengan pertanyaan berapa biaya yang bersedia anda bayarkan perorang dan perbulannya, yang selanjutnya diisi dalam menuntuk rupiah (Rp).
3. Penggunaan WTP pada variabel dependent ini merupakan penggabungan antara kemauan membayar dan kemampuan membayar, dimana perhitungan biaya EWTP menjadi *cut of point* pada penelitian ini.
 1. Responden yang menjawab “tidak bersedia” dan yang bersedia membayar dibawah nilai “Rp. 38.539” masuk kepada kategori rendah.
 2. Responden yang menjawab “bersedia membayar” dan bersedia membayar diatas nilai “Rp. 38.539” masuk kepada kategori tinggi.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Variabel Dependen						
1	<i>Willingness To Pay</i> Asuransi Kesehatan	Kemauan untuk membayar asuransi kesehatan	Kuesioner	Menggunakan Kuesioner yang terdiri dari 2 Pertanyaan	- Mau - Tidak	Ordinal
2	Willing	Kemampuan untuk membayar dilihat besaran nilai pembayaran	Kuesioner	Menggunakan Kuesioner	- Tinggi jika $x \geq$ Rp. 38.539,-	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
		asuransi kesehatan yang diukur dalam Rupiah			- Rendah jika $x < \text{Rp. } 38.539,-$	
Variabel Independen						
1	Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan yang berhasil diselesaikan oleh responden	Kuesioner	Menggunakan kuesioner yang berisikan 1 pertanyaan	- Tidak sekolah - Rendah, apabila sampai tingkat SD, SMP - Sedang, apabila sampai SMA, D1 dan sederajat - Tinggi, apabila sampai tingkat D3, dan PT	Ordinal
2	Pekerjaan	Aktivitas sehari-hari yang dilakukan oleh responden guna memenuhi kebutuhan hidup	Kuesioner	Menggunakan kuesioner yang berisikan 1 pertanyaan	- Tidak bekerja - Formal - Informal	Nominal
3	Pendapatan Keluarga	Jumlah penghasilan perbulan responden termasuk gaji pokok dan penghasilan sampingan	Kuesioner	Menggunakan Kuesioner yang terdiri dari 1 Pertanyaan	- Tinggi, jika $\text{pendapata} n \geq \text{Rp. } 2.935.985$ - Rendah jika $\text{pendapatan} < \text{Rp. } 2.935.985$	Ordinal
4	Sumber Informasi tentang Asuransi Kesehatan	Sumber informasi yang didapat oleh responden tentang asuransi kesehatan	Kuesioner	Menggunakan Kuesioner yang terdiri dari 1 Pertanyaan	- Media cetak/online - Pemerintah - Masyarakat	Nominal
5	Status Keluarga	Keadaan keluarga responden saat penelitian	Kuesioner	Menggunakan kuesioner yang berisikan 1 pertanyaan	- Belum Menikah - Menikah - Janda/Duda	Nominal
6	Status Kesehatan	Kondisi Kesehatan yang termasuk	Kuesioner	Menggunakan Kuesioner yang	-Tidak Sakit -Sakit	Ordinal

No	Variabel	Definisi operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
		kedalam penyakit kronis (menahun dan sulit disembuhkan		terdiri dari 1 Pertanyaan		

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah kerangka kerja yang digunakan untuk melaksanakan penelitian. Penelitian ini bersifat deskriptif-analitik menggunakan desain cross sectional. Penelitian ini dilakukan melalui pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan atau sekali waktu (Adiputra *et al.*, 2021). Alasan penggunaan desain penelitian ini karena ingin mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dimana pengukuran kedua variabel tersebut dilakukan pada waktu yang bersamaan.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini telah dilakukan di Aceh melalui media internet dengan google form pada Bulan Oktober sampai dengan Desember Tahun 2022.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat Aceh yang berjumlah 5.347.889 orang (DISDUKCAPIL, 2022).

4.3.2 Sampel

Menurut Adiputra *et al.* (2021), sampel adalah sebagian dari populasi, yang merupakan perwakilan dari populasi. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan secara accidental sampling yang dilakukan selama dua minggu. Perhitungan sampel dilakukan interpolasi menggunakan rumus **Krejcie dan Morgan** (1970) dimana untuk populasi 5.347.889 diperoleh sampel sebanyak 768 orang. Penelitian serupa pernah dilakukan oleh Sana *et al.* (2020).

Rumus Krejcie dan Morgan:
$$n = \frac{\chi^2 \cdot N \cdot P(1-P)}{(N-1) \cdot d^2 + \chi^2 \cdot P(1-P)}$$

dimana:

n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

χ^2 = nilai Chi kuadrat

P = proporsi populasi

d = galat pendugaan

Untuk menentukan jumlah sampel pada setiap Kabupaten, peneliti menggunakan teknik *snowball sampling* dimana teknik pengambilan sampel ini dapat berlangsung terus-menerus, seperti bola salju yang semakin besar ukurannya hingga peneliti memiliki cukup data untuk dianalisis hal ini dilakukan karena sulit untuk memilih subjek penelitian.

Adapun yang menjadi kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Berstatus sebagai masyarakat Aceh dibuktikan dengan KTP.
2. Berusia ≥ 18 tahun.
3. Memiliki dan mampu mengaplikasikan gawai (handphone berbasis android atau IOS).

Masyarakat Aceh yang bekerja dipemerintahan (ASN, P3K, BUMN dan sejenisnya) tetap dimasukan menjadi responden dalam penelitian ini, mengingat pemerintah hanya menanggung biaya kesehatan hanya sampai anakke tiga dan berusia 25 tahun sehingga anak selanjutnya harus ditanggung secara mandiri.

Penentuan sampel untuk setiap kabupaten kota di Provinsi Aceh dihitung menggunakan rumus *proporsional sampling*, lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Kabupaten Kota	Perhitungan Sampel	Jumlah
Aceh Timur	$\frac{425.424}{5.301.980} \times 768$	62
Aceh Tengah	$\frac{217.390}{5.301.980} \times 768$	31

Kabupaten Kota	Perhitungan Sampel	Jumlah
Aceh Barat	$\frac{196.730}{5.301.980} \times 768$	28
Aceh Besar	$\frac{413.211}{5.301.980} \times 768$	60
Pidie	$\frac{432.162}{5.301.980} \times 768$	63
Aceh Utara	$\frac{594.336}{5.301.980} \times 768$	86
Simeulue	$\frac{93.673}{5.301.980} \times 768$	14
Aceh Singkil	$\frac{128.071}{5.301.980} \times 768$	16
Bireuen	$\frac{440.923}{5.301.980} \times 768$	18
Aceh Barat Daya	$\frac{152.044}{5.301.980} \times 768$	22
Gayo Lues	$\frac{100.699}{5.301.980} \times 768$	15
Aceh Jaya	$\frac{94.154}{5.301.980} \times 768$	14
Nagan Raya	$\frac{170.903}{5.301.980} \times 768$	25
Aceh Tamiang	$\frac{298.735}{5.301.980} \times 768$	43
Bener Meriah	$\frac{164.679}{5.301.980} \times 768$	24
Pidie Jaya	$\frac{158.796}{5.301.980} \times 768$	23
Banda Aceh	$\frac{250.728}{5.301.980} \times 768$	36
Sabang	$\frac{42.346}{5.301.980} \times 768$	6
Lhokseumawe	$\frac{189.393}{5.301.980} \times 768$	24
Langsa	$\frac{184.393}{5.301.980} \times 768$	27

Kabupaten Kota	Perhitungan Sampel	Jumlah
Subulussalam	$\frac{93.493}{5.301.980} \times 768$	14
Aceh Selatan	$\frac{234.752}{5.301.980} \times 768$	34
Aceh Tenggara	$\frac{224.826}{5.301.980} \times 768$	33
Total		768

Kriteria inklusi adalah seluruh sampel yang berusia di atas 18 tahun dan memiliki pendapatan. Serta untuk kriteria eksklusi yaitu informan yang tidak dapat membaca dan menulis serta tidak dapat menggunakan handphone (google form).

4.4 Metode Pengumpulan Data

Untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara membagikan kuesioner kepada responden melalui *google form* untuk mengetahui *Willingness To Pay* (WTP) asuransi kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi WTP asuransi kesehatan di Aceh. Dimana pada *google form* mendapatkan penjelasan singkat dan jelas terkait dengan tujuan, manfaat penelitian, serta terakhir dimintakan kesetujuan dari responden sebagai bagian dari otonomi pasien dengan berhak untuk menolak pengisian kuesioner melalui internet. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini mengadopsi dari berbagai penelitian sebelumnya dan ditambah dengan beberapa pertanyaan yang disesuaikan dengan kerangka konsep penelitian.

Adapun alur pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mendapatkan surat izin penelitian dari Universitas Muhammadiyah Aceh.
2. Menyebarkan *google form* melalui group bagian kesra seAceh, group MKM, dan group wa lainnya yang ada dalam pertemanan.
3. Selanjutnya orang yang ada di group tersebut dapat menyebarkan *google form*.
4. *Google form* disebar hingga jumlah responden disetiap Kabupaten/Kota terpenuhi.

5. *Google form* disebar pada bulan September 2022 dan ditutup bulan Desember 2022 saat jumlah kuota sampel telah terpenuhi.

4.5 Rancangan Pengolahan Data

Pengolahan data adalah kegiatan dilakukan terhadap satu perangkat data untuk mengekstrak informasi yang diperlukan dalam bentuk yang tepat seperti diagram, laporan, atau tabel. Adiputra *et al.* (2021) 41 mengatakan bahwa dengan langkah-langkah dalam pengolahan data adalah sebagai berikut:

4.5.1 Editing

Pada proses editing yang peneliti lakukan adalah mengoreksi kesalahan-kesalahan dalam pengisian atau pengambilan data. Data yang telah dikumpulkan dilakukan pengecekan nama dan identitas responden, mengecek kelengkapan data dengan memeriksa isi instrumen pengumpul data. Apabila ada kekurangan isi atau halaman maka kuesioner dianggap cacat.

4.5.2 Coding

Pada tahap ini peneliti mengklasifikasikan jawaban menurut jenis dengan memberikan kode tertentu. Data yang telah diperoleh diberikan angka-angka atau kode-kode tertentu untuk memudahkan pengenalan data.

4.5.3 Transferring

Data yang telah diberi kode disusun secara berurutan dari responden pertama sampai dengan responden terakhir, kemudian dimasukkan ke dalam tabel. Transferring dilakukan dari data numerik menjadi data kategorik.

4.5.4 Entry

Setelah semua lembaran kuesioner terisi penuh dan benar serta sudah dilakukan pengkodean, selanjutnya data diproses dengan cara memasukkan hasil jawaban yang diperoleh dari wawancara yang dilakukan dalam instrument kuesioner ke dalam program komputer.

4.5.5 Tabulating

Penyajian data dalam bentuk tabel hasil penelitian dengan penjelasan secara narasi.

4.6 Rancangan Analisis Data

4.6.1 Rancangan Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran (deskriptif) setiap variabel, distribusi frekuensi berbagai variabel yang diteliti baik variabel dependen maupun variabel independen. Analisa univariat menggunakan statistik deskriptif untuk mengetahui nilai mean, median, standar deviasi, *95% of confidence interval* dan distribusi frekwensi untuk masing-masing variabel penelitian.

4.6.2 Rancangan Analisis Bivariat

Analisa ini digunakan untuk menguji hipotesis, yang diolah dengan komputer menggunakan STATA, yang dimaksudkan untuk melihat hubungan antara dua variabel, bisa juga untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara variabel independen dengan variabel dependen. Dalam penelitian ini uji yang dilakukan adalah *Chi Square* dengan menggunakan derajat kepercayaan 95% untuk melihat ada tidaknya hubungan diantara kedua variabel.

Untuk menguji hipotesis dilakukan analisis computer dengan uji *chi-square* dengan menggunakan program system computer yaitu program SPSS pada tingkat kepercayaan $\alpha = 0,05$ (Nursalam, 2011).

1. H_0 di tolak: jika $p \text{ value} > 0,05$ artinya tidak ada hubungan variabel independen dengan variabel dependen.
2. H_0 di terima: jika $p \text{ value} < 0,05$ artinya ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

4.6.3 Rancangan Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan regresi logistik ganda dengan tujuan untuk menggambarkan pengaruh antara variabel dependen dengan variabel independen secara simultan dalam populasi. Dalam penelitian ini analisis multivariat dilakukan dengan dua model yaitu:

1. Model pertama adalah dengan cara menghubungkan beberapa variabel bebas dengan satu variabel terikat secara bersamaan bila hasil uji bivariat

menunjukkan nilai $p \leq 0,25$, maka variabel tersebut dapat dilanjutkan dengan model *multivariate*. Semua variabel kandidat yang memiliki nilai $P \leq 0,25$ dimasukkan bersama-sama untuk dipertimbangkan menjadi model dengan nilai signifikan ($p \leq 0,05$). Berdasarkan hasil uji multivariat yang mempunyai nilai $p \leq 0,05$ merupakan model akhir dari penentu faktor yang berpengaruh dengan kebiasaan makan (Adiputra *et al.*, 2021).

2. Model kedua adalah dengan menghubungkan variabel bebas yang memiliki nilai $p \leq 0,05$ secara bersamaan. Analisis data statistik menggunakan program SPSS.

4.7 Etika Penelitian

Etika penelitian adalah analisis masalah etika yang muncul ketika orang (manusia) yang terlibat sebagai peserta dalam penelitian. Penelitian ini berhubungan langsung dengan manusia sebagai sampel penelitian, sehingga peneliti harus menerapkan mengenai prinsip-prinsip etika dalam penelitian (Adiputra *et al.*, 2021). Prinsip-prinsip etik penelitian antara lain:

1. *Beneficience*

Prinsip *Beneficience* menekankan peneliti untuk melakukan penelitian yang memberikan manfaat bagi responden. Prinsip ini memberikan keuntungan dengan cara mencegah dan menjauhkan bahaya, membebaskan responden dari eksploitasi serta menyeimbangkan antara keuntungan dan risiko.

2. *Non-malefience*

Prinsip ini menekankan peneliti untuk tidak melakukan tindakan yang menimbulkan bahaya bagi responden. Responden diusahakan bebas dari rasa tidak nyaman. Pada penelitian ini pengumpulan data tidak menggunakan prosedur yang mengharuskan dilakukan invasi ke fisik responden, sehingga tidak menimbulkan bahaya apapun bagi responden.

3. *Autonomy*

Autonomy memberikan makna kebebasan bagi responden untuk menentukan keputusan sendiri. Namun apabila keluarga menolak menjadi

responden, maka tidak ada paksaan dari peneliti kepada responden serta tetap menghormati dan menghargai keputusan, hak, pilihan dan *privacy* responden.

4. *Anonimity*

Peneliti memberikan jaminan pada responden dengan cara tidak mencantumkan nama responden pada instrumen pengumpulan data dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data karakteristik dan hasil penelitian yang disajikan. Peneliti juga menjamin kerahasiaan semua informasi hasil penelitian yang telah dikumpulkan dari responden.

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Analisis Nilai *Willingness To Pay* (WTP) Iuran Kesehatan

Total nilai *Willingness To Pay* (WTP) masyarakat di Aceh terhadap iuran kesehatan dilihat dari lampiran (master tabel) yaitu Rp. 29.598.000,- sedangkan rata-rata nilai WTP adalah sebagai berikut:

$$EWTP = \frac{\sum_{i=1}^n W_i}{n}$$

$$EWTP = \frac{Rp. 29.598.000}{768}$$

$$EWTP = Rp. 38.539,-$$

Nilai rata-rata WTP iuran asuransi sebesar Rp. 38.539,- nilai ini lebih rendah dari besaran yang ditentukan oleh pemerintah sebesar Rp. 42.000,- dimana untuk Penerima Bantuan Iuran dan Kelompok Masyarakat Bukan Pekerja untuk iuran BPJS kelas 3 yang ditetapkan berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 Tentang Perubahan Kedua Atas Perpres Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.

5.1.2 Hasil Analisis Univariat

Variabel independen dan dependen dilakukan analisis secara deskriptif dengan statistik distribusi frekuensi. Pada analisa univariate ini yang dilihat adalah kemauan membayar, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, sumber informasi, status kesehatan, dan WTP. Adapun analisa deskriptif untuk faktor-faktor di atas tersaji dalam tabel berikut:

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Faktor Risiko yang Berhubungan dengan
***Willingness To Pay* Di Provinsi Aceh**

Variabel		Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Jenis Kelamin		
	Perempuan	294	38,3
	Laki-Laki	474	61,7
2	Pendidikan		
	Tinggi	727	94,7
	Menengah	36	4,7
	Dasar	5	0,6
3	Pekerjaan		
	Pemerintah	406	52,8
	Non Pemerintah	322	41,9
	Tidak Bekerja	40	5,2
4	Pendapatan		
	Tinggi	561	73
	Rendah	207	27
5	Status Pernikahan		
	Menikah	656	85,4
	Belum Menikah	80	10,4
	Cerai hidup/mati	32	4,2
6	Sumber Informasi		
	Pemerintah	267	34,8
	Media Cetak/Online	411	53,5
	Masyarakat	90	11,7
7	Status Kesehatan		
	Baik	439	57,2
	Kurang	329	42,8
8	<i>Willingness To Pay</i>		
	Tinggi	225	29,3
	Rendah	543	70,7
No	Variabel	Mean	Sd (Min-Max)
1	Usia	38,7	8,5 (30-63)

Sumber: Data Primer, 2022.

Berdasarkan tabel 5.1 diatas diketahui bahwa rata-rata usia responden pada penelitian ini adalah 38 tahun, 61,7% responden berjenis kelamin laki-laki, 97,7% berpendidikan tinggi dimana 52,8%nya bekerja di pemerintahan dimana 73% memiliki pendapatan dengan kategori tinggi, 85,4% berstatus menikah

dengan 57,2% status kesehatan kategori baik, 53,5% mendapatkan informasi mengenai asuransi kesehatan dari media cetak/online dan 70,7% memiliki keinginan untuk membayar asuransi kesehatan dengan kateori rendah.

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Kemauan Membayar dan Kemampuan
Membayar Asuransi Kesehatan di Antara Penduduk
Di Provinsi Aceh

Variabel		Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	<i>Willingness To Pay</i>		
	Ya	509	66,3
	Tidak	259	33,7
2	<i>Willing</i>		
	Rp. 20.000	17	3,35
	Rp. 35.000	220	43,3
	Rp. 42.000	64	12,6
	Rp. 100.000	146	28,7
	Rp. 150.000	23	4,53
	Lainnya	38	7,48

Sumber: Data Primer, 2022.

Berdasarkan tabel 5.2 diatas diketahui bahwa 66,3% responden pada penelitian ini bersedia membayar asuransi kesehatan dimana 43,3% bersedia membayar Rp. 35.000,-.

5.1.3 Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kemauan membayar asuransi kesehatan di antara penduduk di Provinsi Aceh. Analisis bivariat dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan uji *regresi logistik* dan dinyatakan bermakna apabila $P < 0,05$.

Tabel 5.3
Faktor Yang Berhubungan Kemauan Membayar Asuransi Kesehatan di
Antara Penduduk Di Provinsi Aceh

Variabel	<i>Keinginan Membayar</i>		OR: CI	<i>P</i>	<i>Willing</i>		OR: CI	<i>P</i>
	Ya (n/%)	Tidak (n/%)			Tinggi (n/%)	Rendah (n/%)		
Pendidikan Tinggi Menengah Dasar	491(67,5%) 17(47,2%) 1 (20%)	236(32,4%) 19 (52,7%) 4(80%)	2,3 (1,18-4,55) 8,3 (0,925-74,86)	0,014 0,059	234 (47,6%) 3(7,65%) 0 (0%)	257(52,3%) 14(82,3%) 1(100%)	4,2(1,20-14,9) 1(empty)	0,024
Pekerjaan Pemerintah Non Pemerintah Tidak Bekerja	275(67,7%) 201(62,4%) 33(82,5%)	131(32,2%) 121(37,5%) 7(17,50)	1,2 (0,929-1,717) 0,44 (0,191-1,03)	0,135 0,060	129(46,9%) 100(49,7%) 8(24,2%)	146(53,09%) 101(50,2%) 25(75,7%)	0,8(0,62-1,28) 2,7(1,20-6,33)	0,340 0,017
Pendapatan Tinggi Rendah	371 (66,1%) 138(66,6%)	190(33,8%) 69(33,3%)	0,97 (0,696-1,368)	0,889	199(53,6%) 38(27,5%)	172(46,3%) 100(72,4%)	3,04(1,98-4.65)	0,000
Status Kesehatan Baik Kurang	324(73,80%) 185 (56,2%)	115 (26,2%) 144 (43,7%)	2,19 (1,617-2,973)	0,000	150(46,3%) 87(47,03%)	174(53,7%) 98(52,9%)	0,9(0,67-1,394)	0,874
Sumber Informasi Pemerintah Media Cetak/Online Masyarakat	181 (67,7%) 268 (65,2%) 60 (66,6%)	86 (32,2%) 143 (34,7%) 30 (33,3%)	1,12 (0,809-1,55) 1,05 (0,633-1,748)	0,487 0,844	64(35,3%) 152(56,7%) 21(35%)	117(64,6%) 116(43,2%) 39(65%)	0,41(0,28-0,61) 1,15(0,55-2,47)	0,000 0,960
Status Pernikahan Menikah	440 (67,1%)				217(49,3%)	223(50,6%)		

Variabel	<i>Keinginan Membayar</i>		OR: CI	<i>P</i>	<i>Willing</i>		OR: CI	<i>P</i>
	Tinggi (n/%)	Rendah (n/%)			Tinggi (n/%)	Rendah (n/%)		
Belum Menikah	54 (67,5%)	26 (32,5%)	0,9 (0,597-1,69)	0,939	16(29,6%)	38(70,3%)	2,3 (1,25-4,26)	0,007
Cerai Hidup/Mati	15 (46,8%)	17 (53,1%)	2,3 (1,131-4,71)	0,021	4(26,6%)	11(73,3%)	2,6 (0,83-8,53)	0,096

Sumber: Data Primer, 2022.

Berdasarkan Tabel 5.3 menunjukkan bahwa pada kelompok tidak ingin membayar 80% merupakan Pendidikan dasar, sedangkan pada kelompok kemampuan membayar kategori rendah 100% Pendidikan dasar. Hasil uji statistic menunjukkan adanya hubungan pendidikan dengan kemampuan membayar dengan nilai p value 0,014 dimana responden dengan tingkat pendapatan menengah berpeluang 2,3 kali tidak membayar iuran asuransi kesehatan. Selanjutnya ada hubungan pendidikan dengan kemampuan membayar dengan nilai p value 0,024 dimana responden dengan tingkat pendapatan rendah berpeluang 4,2 kali membayar iuran asuransi kesehatan dengan kategori rendah (< Rp.38.539).

Berdasarkan variabel pekerjaan, diketahui bahwa 37,5% yang bekerja di sektor non pemerintah tidak bersedia membayar asuransi kesehatan. Sementara itu pada kelompok yang bersedia membayar dengan kategori rendah, 75,7% berpendidikan rendah. Hasil uji statistic menunjukkan tidak ada hubungan pekerjaan dengan WTP iuran asuransi kesehatan dengan nilai p value 0,060 dimana responden yang tidak bekerja berpeluang 0,4 kali tidak membayar iuran asuransi kesehatan. Dan ada hubungan pekerjaan dengan kemampuan membayar dimana responden yang tidak bekerja berpeluang 1,19 kali membayar iuran asuransi kesehatan dengan kategori rendah (< Rp.38.539).

Berdasarkan variabel pendapatan, diketahui bahwa 33,3% yang berpendapatan rendah tidak bersedia membayar asuransi kesehatan. Sementara itu pada kelompok yang bersedia membayar dengan kategori rendah, 72,4% berpendapatan rendah. Hasil uji statistic menunjukkan tidak ada hubungan pendapatan dengan WTP iuran asuransi kesehatan dengan nilai p value 0,889 dimana responden yang berpendapatan rendah berpeluang 0,97 kali tidak membayar iuran asuransi kesehatan dan ada hubungan pendapatan pada kelompok kemampuan membayar dimana responden tingkat pendapatan rendah berpeluang 3,04 kali membayar iuran asuransi kesehatan dengan kategori rendah (< Rp.38.539).

Berdasarkan variabel status kesehatan, diketahui bahwa 43,7% yang memiliki status kesehatan kurang tidak bersedia membayar asuransi kesehatan. Sementara itu pada kelompok yang bersedia membayar dengan kategori rendah, 72,4% berpendapatan rendah. Hasil uji statistic menunjukkan tidak ada hubungan pendapatan dengan WTP iuran asuransi kesehatan dengan nilai p value 0,889, begitu pula dengan kelompok kemampuan membayar ($p=0,874$) dimana responden dengan status kesehatan kurang memiliki peluang 0,97 kali membayar iuran asuransi kesehatan dengan kategori tinggi (> Rp.38.539).

Berdasarkan variabel sumber informasi, diketahui bahwa 34,7% yang mendapatkan informasi dari media cetak/online tidak bersedia membayar asuransi kesehatan. Sementara itu pada kelompok yang bersedia membayar dengan kategori rendah, 65% mendapatkan informasi dari masyarakat. Hasil uji statistic menunjukkan tidak ada hubungan sumber informasi dengan WTP iuran asuransi kesehatan dengan nilai p value 0,844 dan terdapat hubungan bermakna antara informasi media cetak/online dengan kemampuan membayar $P = 0,000$ (OR: 0,41; CI: 0,28-0,615).

Berdasarkan variabel status pernikahan, diketahui bahwa 53,1% yang berstatus cerai hidup/mati tidak bersedia membayar asuransi kesehatan. Sementara itu pada kelompok yang bersedia membayar dengan kategori rendah, 70,3% berstatus belum menikah. Hasil uji statistic menunjukkan tidak ada hubungan status pernikahan dengan WTP iuran asuransi kesehatan dengan nilai p

value 0,939, dan terdapat hubungan status pernikahan dengan kemampuan membayar, dimana responden dengan status pernikahan cerai hidup/mati 2,67 kali membayar iuran asuransi kesehatan dengan kategori rendah (< Rp.38.539).

5.1.4 Analisis Multivariat

1. Hasil Uji Kelayakan

Analisis multivariat menggunakan uji *Logistic Regression* dengan metode *Stepwise* yang bertujuan untuk pengujian hipotesis. Pada penelitian ini pengujian hipotesis yang telah ditetapkan adalah menolak H_0 , dengan kriteria penolakan H_0 adalah jika nilai signifikan (P) < α (0,05). Langkah awal uji *Logistic Regression Ganda* dengan metode *Stepwise* adalah uji kelayakan model, yaitu menyeleksi variabel-variabel penelitian yang layak dimasukkan ke dalam model. Kriteria variabel yang layak dimasukkan kedalam model adalah apabila nilai signifikan (P) < 0,20. Hasil uji kelayakan model dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 5.4
Hasil Uji Kelayakan Model Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemauan
Membayar Asuransi Kesehatan di Antara Penduduk
Di Provinsi Aceh

Keinginan Membayar				
Prediktor	OR	95% Cinfident Interval		P
		Lower	Upper	
Pendidikan Dasar	2,3	1,309	4,226	0,004
Status Kesehatan Kurang	2,1	1,582	2,920	0,001
Kemampuan Membayar				
Prediktor	OR	95% Cinfident Interval		P
		Lower	Upper	
Tidak bekerja	0,65	0,458	0,939	0,021
Pendapatan rendah	4,25	2,493	7,273	0,000
Pendidikan dasar	2,81	0,820	9,643	0,100
Sumber informasi masyarakat	0,60	0,511	0,907	0,009

Sumber: Data Primer, 2022.

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukkan pada kelompok keinginan membayar bahwa dari enam variabel faktor prediktor, hanya 2 yang layak masuk kedalam model yaitu pendidikan (P : 0,004) dan status kesehatan (P : 0,001). Sedangkan

pendapatan ($P: 0,358$), sumber informasi ($P: 0,925$), pekerjaan ($P: 0,867$) dan status pernikahan ($P: 0,495$) tidak layak dimasukkan kedalam model karena nilai signifikan (P) $> 0,20$.

Sedangkan pada kelompok kemampuan membayar menunjukkan bahwa dari enam variabel faktor prediktor, hanya 4 yang layak masuk kedalam model yaitu pekerjaan ($P: 0,021$), pendapatan ($P: 0,001$), Pendidikan ($P: 0,100$) dan sumber informasi ($P: 0,009$). Sedangkan status kesehatan ($P: 0,605$) dan status pernikahan ($P: 0,37$) tidak layak dimasukkan kedalam model karena nilai signifikan (P) $> 0,20$.

2. Analisa Multivariat

Variabel predictor adalah variabel yang berkaitan dengan WTP iuran kesehatan, variabel dimana yang menjadi variabel dalam penelitian ini adalah

Pendidikan, pendapatan, pekerjaan, status pernikahan, status kesehatan dan sumber informasi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.5
Faktor Yang Berhubungan dengan Kemauan Membayar Asuransi Kesehatan di Antara Penduduk Di Provinsi Aceh

Keinginan Membayar				
Prediktor	OR	95% Cinfident Interval		P
		Lower	Upper	
Pendidikan				
Menengah	2,3	1,188	4,674	0,014
Dasar	5,4	0,606	49,63	0,130
Status Kesehatan	2,15	1,581	2,923	0,001
Kemampuan Membayar				
Prediktor	OR	95% Cinfident Interval		P
		Lower	Upper	
Pekerjaan				
Non Pemerintah	0,44	0,279	0,707	0,001
Tidak Bekerja	1,18	0,457	3,061	0,728
Pendapatan	4,05	2,346	7,011	0,000
Pendidikan				
Menengah	3,21	0,833	12,39	0,090
Dasar	1(empty)			
Sumber informasi				
Media cetak/online	0,38	0,253	0,575	0,000
Masyarakat	0,68	0,361	1,313	0,258

Sumber: Data Primer, 2022.

Tabel 5.5 menunjukkan pada kelompok keinginan membayar dari seluruh variabel yang diuji secara bersamaan dan didapatkan hasil bahwa Pendidikan merupakan faktor utama yang berhubungan WTP iuran asuransi kesehatan dengan nilai P 0,014, dimana orang dengan tingkat Pendidikan menengah berpeluang 2,3 kali lebih tinggi untuk membayar iuran asuransi kesehatan dengan kategori rendah ($< \text{Rp.38.539}$). Begitu pula pada kelompok kemampuan membayar dimana pendapatan merupakan faktor utama yang berhubungan WTP iuran asuransi kesehatan dengan nilai P 0,001, dimana semakin rendah tingkat pendapatan seseorang maka berpeluang 4,05 kali lebih tinggi untuk membayar iuran asuransi kesehatan dengan kategori rendah ($< \text{Rp.38.539}$).

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 *Willingness To Pay*

Keberhasilan Program JKN dan terwujudnya *Universal Health Coverage* memerlukan dukungan penuh dari Pemerintah, seluruh stakeholder dan peran sertadari seluruh komponen masyarakat (Mariamah, 2022. Rapat koordinasi Tim Kemitraan Perlindungan Jaminan Kesehatan Bagi Pekerja (PERJAKA) Provinsi Aceh Tahun 2022. Medan: BPJS Kesehatan). Dukungan anggaran APBA untuk menanggung iuran/premi asuransi kesehatan bagi penduduk Aceh sudah berlangsung selama 12 tahun sejak 2010. Merujuk Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 dan Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 mengamanatkan bahwa setiap WNI wajib mengikuti program BPJS. Setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial (Pasal 14 UU Nomor 24 Tahun 2011).

Setiap penduduk Indonesia wajib ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan. Semangat membantu warga memperoleh jaminan kesehatan, setelah hadir BPJS sejak 1 Januari 2014, masih dilanjutkan, hingga saat ini. Dengan begitu, Pemerintah Aceh telah membantu warga dalam melewati masa-masa sulit paska konflik dan paska bencana gempa dan tsunami. Saat ini, status Dana Otsus Aceh sedang menuju masa transisi, dari 2 persen berkurang menjadi 1 persen dari Dana Alokasi Umum (DAU) Nasional sejak tahun 2023.

Tanda-tanda penurunan bahkan sudah terlihat pada tahun anggaran 2022, dari Pagu Rencana 7,80 T menjadi 7,56 T. Pada prinsipnya, Pemerintah Aceh senantiasa siap menjalankan semua kegiatan pro rakyat sebagaimana tertuang dalam RPJM. Namun, semua terpulang dari ritme pembahasan dengan DPRA sebagai satu kesatuan dari Pemerintahan Aceh. Untuk memenuhi perintah UU dan Perpres di atas, maka penting disiapkan langkah nyata sehingga semua penduduk Aceh menjadi peserta JKN dan pada saat yang sama memenuhi tugas dan kewajiban.

pembangunan yang sudah direncanakan Bersama, termasuk dengan kegiatan Advokasi Exit Strategi JKA.

Berdasarkan analisis statistic diketahui bahwa 90,2% responden pada peneliti bersedia membayar iuran kesehatan, lebih lanjut diketahui bahwa 70,7% responden bersedia membayar iuran kesehatan dengan kategori rendah. Total nilai *Willingness To Pay* (WTP) masyarakat di Aceh terhadap iuran kesehatan dilihat dari lampiran (master tabel) yaitu Rp. 29.598.000,- sedangkan rata-rata nilai WTP iuran kesehatan sebesar Rp. 38.539,-. Nilai ini lebih rendah dari besaran iuran yang berlaku sebesar Rp. 42.000,-, namun pemerintah memberikan subsidi sebesar Rp. 7.000,- per anggota untuk iuran BPJS kelas 3 yang ditetapkan berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 Tentang Perubahan Kedua Atas Perpres Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.

Angka Rp. 38.539,- tidak sebanding dengan besarnya biaya perbulan yang harus ditanggung oleh pemerintah maupun pihak BPJS. Hal ini dapat dikaji dari besaran biaya obat, penggunaan alat rumah sakit, biaya pemeriksaan laboratorium, bahan habis pakai yang dipakai oleh pasien yang berobat, dimana jumlah biaya yang keluar jauh lebih besar dari biaya yang mampu dibayarkan oleh responden dalam penelitian ini (sebagai gambaran umum kemampuan membayar masyarakat Aceh).

Angka itu belum termasuk kedalam biaya jasa yang harus dibayarkan oleh pihak penanggung jawab BPJS kepada petugas yang melakukan pemeriksaan, mengingat BPJS tidak hanya bekerja sama dengan pihak pemerintah namun juga pihak swasta sehingga angka ini dinilai rendah atau tidak sebanding dengan biaya yang dibutuhkan untuk menjalankan asuransi kesehatan masyarakat Aceh secara umum.

Beberapa faktor yang menghambat tercapainya kepesertaan jaminan kesehatan nasional adalah kurangnya manfaat yang diberikan oleh program asuransi, terjadi ketidakadilan dalam perawatan kesehatan, perlindungan keuangan yang terbatas dan portabilitas yang buruk (Ranabhat *et al.*, 2020). Sedangkan faktor yang membuat rendahnya keinginan untuk mengikuti jaminan kesehatandiantaranya kurangnya skema mengenai asuransi, gaji yang rendah dan

ketidakpercayaan terhadap lembaga pengelola asuransi (Basaza *et al.*, 2017). Kualitas pelayanan kesehatan dan letak geografis memiliki Hubungan terhadap kemauan dalam mengikuti jaminan kesehatan nasional (Dewi *et al.*, 2018).

Tingkat kesadaran terhadap pentingnya mengikuti jaminan kesehatan tidak menjamin seseorang untuk bergabung dengan program jaminan kesehatan nasional. Hal tersebut disebabkan oleh persepsi akan rumitnya prosedur kepesertaan, terdapat indikasi diskriminasi pada pelayanan yang dilakukan, rujukan yang dinilai masih rumit, jumlah dan kualitas fasilitas kesehatan yang dinilai masih belum memadai, dan beberapa pertimbangan mengenai prosedural lainnya (Siswoyo *et al.*, 2013).

Persepsi negatif menyebabkan rendahnya kemauan untuk bergabung dengan jaminan kesehatan nasional. Persepsi tersebut meliputi persepsi obat yang berlebihan, waktu antrian yang dinilai lama, perbedaan terapi antar pasien, sikap dari tenaga kesehatan, dan ketidakmampuan teknis pelayanan oleh tenaga kesehatan. Persepsi positif akan meningkatkan kemauan untuk bergabung. Persepsi positif yang dimaksud merupakan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima dinilai baik (Adebayo *et al.*, 2015).

Persepsi terhadap lembaga pengelola asuransi juga menjadi salah satu faktor yang berhubungan terhadap kemauan pekerja sektor informal dalam mengikuti jaminan kesehatan nasional. Penelitian yang dilakukan di Sudan mendapatkan hasil ketidakmauan mengikuti jaminan kesehatan nasional disebabkan oleh tidak mendapatkan informasi mengenai asuransi yang adekuat, kejadian korupsi, ketidakpercayaan dan pengalaman yang buruk dari penyelenggara jaminan kesehatan nasional (Basaza *et al.*, 2017).

Berdasarkan paparan penelitian di atas yang menunjukkan fenomena rendahnya kepesertaan jaminan kesehatan nasional pada pekerja informal, peneliti melakukan penelitian kualitatif fenomenologi untuk menganalisis faktor yang berhubungan kemauan membayar jaminan kesehatan nasional pada pekerja sektor informal.

6.2 Hubungan Pendidikan dengan WTP

Berdasarkan analisa univariat diketahui bahwa kelompok tidak ingin

membayar 80% merupakan pendidikan dasar, sedangkan pada kelompok kemampuan membayar kategori rendah 100% Pendidikan dasar. Hasil uji statistic menunjukkan adanya hubungan pendidikan dengan kemampuan membayar dengan nilai p value 0,014 dimana responden dengan tingkat pendapatan menengah berpeluang 2,3 kali tidak membayar iuran asuransi kesehatan. Selanjutnya ada hubungan pendidikan dengan kemampuan membayar dengan nilai p value 0,024 dimana responden dengan tingkat pendapatan rendah berpeluang 4,2 kali membayar iuran asuransi kesehatan dengan kategori rendah (< Rp.38.539).

Terdapat banyak faktor yang berhubungan dengan kemauan seseorang untuk membayar iuran asuransi kesehatan secara rutin, salah satunya yaitu karakteristik dari seseorang. Karakteristik digunakan untuk mengetahui keragaman dari seseorang berdasarkan usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, penghasilan, jumlah anggota keluarga dan sebagainya (Hardy & Yudha, 2018; Prakoso & Sudasman, 2020)

Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi dapat lebih memahami, mengetahui manfaat dan kebutuhannya yang dianggap penting, misalnya kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang dijamin oleh negara dengan cara membayar iuran jaminan kesehatan. Sebaliknya jika seseorang memiliki tingkat pendidikan rendah dapat menurunkan keinginannya dalam membayar iuran jaminan kesehatan yang disebabkan karena tingkat pemahaman dan pengetahuannya yang masih rendah (Prakoso & Sudasman, 2020) (Pratiwi, 2016).

Menurut Nosratnejad et al., (2016), salah satu yang berhubungan seseorang untuk bersedia membayar iuran asuransi kesehatan di Negara berpenghasilan rendah dan menengah adalah tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan secara konsisten berkorelasi dengan kemauan membayar lebih tinggi untuk iuran asuransi kesehatan (Nosratnejad et al., 2016).

Sesuai dengan penelitian Kofoworola et al., (2019), bahwa tingkat pendidikan memiliki hubungan dengan kemauan dan kemampuan membayar asuransi kesehatan sosial di Nigeria. Kepala rumah tangga dengan tingkat pendidikan tinggi dan berada di lingkungan perkotaan bersedia membayar lebih

tinggi secara nominal untuk premi asuransi kesehatan. Pendidikan formal merupakan salah satu faktor yang secara signifikan berhubungan dengan kemauan untuk membayar. Diketahui dari hasil analisis statistik ($\beta = 3.20$; 95% CI = 1,87, 4,53) (Ogundeji *et al.*, 2019).

Subyek penelitian yang memiliki pendidikan formal lebih baik meningkatkan kemauan 3.20 kali lebih tinggi untuk membayar asuransi kesehatan berbasis komunitas rumah tangga pedesaan Distrik Bugna, Ethiopia Timur Laut. Pendidikan formal yang lebih baik menentukan pemahaman tentang keuntungan melakukan pembayaran asuransi secara teratur untuk menghindari risiko bencana pengeluaran medis pada saat sakit (Minyihun *et al.*, 2019).

Pendidikan terakhir yang ditempuh berhubungan positif dan signifikan terhadap *Willingness To Pay* (WTP) untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan Kelas III. Dengan asumsi faktor lain dianggap konstan (*ceteris paribus*), jika pendidikan terakhir yang ditempuh meningkat maka akan meningkatkan WTP. Pendidikan terakhir yang ditempuh menunjukkan tingkat pendidikan seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka pengetahuan, kesadaran dan pemahaman mengenai kesehatan juga tinggi. Mereka cenderung lebih memperhatikan masalah kesehatan lebih jeli (Aryani *et al.*, 2013).

Lofgren *dkk* mengemukakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka pengetahuan dan kebutuhan terhadap layanan kesehatan akan bertambah yang kemudian akan meningkatkan WTP untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan (Zulkahfi, 2013).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa secara statistic tidak dapat ditentukan nilainya dikarenakan adanya table penyilangan yang 0, namun jika dilihat dari persentase jumlah kemampuan membayar pada responden dengan Pendidikan tinggi terlihat sebagian besarnya bersedia membayar dengan kategori tinggi. Hal ini menggambarkan bahwa dengan tingkat Pendidikan yang tinggi seseorang lebih mampu mencerna informasi yang diterima khususnya yang berkaitan dengan asuransi Kesehatan pemerintah yaitu BPJS.

6.3 Hubungan Status Keluarga dengan WTP

Berdasarkan analisa univariat diketahui bahwa 53,1% yang berstatus cerai hidup/mati tidak bersedia membayar asuransi kesehatan. Sementara itu pada kelompok yang bersedia membayar dengan kategori rendah, 70,3% berstatus belum menikah. Hasil uji statistic menunjukkan tidak ada hubungan status pernikahan dengan WTP iuran asuransi kesehatan dengan nilai p value 0,939, dan terdapat hubungan status pernikahan dengan kemampuan membayar, dimana responden dengan status pernikahan cerai hidup/mati 2,67 kali membayar iuran asuransi kesehatan dengan kategori rendah ($< \text{Rp.38.539}$).

Putra (2015) menemukan bahwa faktor-faktor yang berhubungan secara signifikan terhadap kepatuhan peserta mandiri adalah pengetahuan, pendapatan, cara pembayaran iuran, perilaku petugas dan persepsi risiko (R., 2015). Penelitian lainnya mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan kepatuhan peserta mandiri BPJS Kesehatan dalam pembayaran iuran adalah tempat pembayaran iuran, pendapatan, status pernikahan, pengeluaran rumah tangga, dan motivasi peserta mandiri JKN (Pratiwi, 2016).

Hidayati (2013) yang mengungkapkan bahwa status pernikahan responden berhubungan alasan mengeluarkan uang karena akan terjadi perbedaan yang nyata dalam hal pengeluaran biaya untuk konsumsi pada saat individu dan sudah berkeluarga (Hidayati, 2013).

Status Pernikahan (Stat) dapat dilihat nilai Exp (B) pada komponen belum menikah menunjukan nilai sebesar 10,031 dan taraf signifikasi (sig) sebesar 0,13 Kedua angka ini memiliki arti bahwa responden yang belum menikah memiliki kecenderungan 10,031 kali lebih besar daripada responden yang sudah menikah untuk bersedia membayar sesuai tarif RSUD Kota Tangerang Selatan. Nilai Exp (B) pada variabel Status Pernikahan (Stat) berarti, kategori belum menikah Menunjukan nilai 26,147 dan taraf signifikasi (sig) sebesar 0,039 hal ini berarti signifikan terhadap variabel Status Pernikahan (Stat), penjabaran dari hasil ini adalah responden yang belum menikah memiliki kecenderungan 26,147 kali dibandingkan dengan responden yang sudah menikah untuk bersedia membayar lebih dari tariff yang ditetapkan saat ini (Mulyatno, 2017).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa responden yang telah

berkeluarga dan bekerja mampu memahami asuransi kesehatan merupakan hal yang penting dalam keluarga mulai dari kebutuhan untuk persalinan hingga jaminan kesehatan anak. Hal inilah yang diduga menjadi dasar bahwa status responden yang telah menikah memiliki keinginan untuk ikut berpartisipasi dalam asuransi Kesehatan.

6.4 Hubungan Sumber Informasi dengan WTP

Berdasarkan analisa univariat diketahui bahwa 34,7% yang mendapatkan informasi dari media cetak/online tidak bersedia membayar asuransi kesehatan. Sementara itu pada kelompok yang bersedia membayar dengan kategori rendah, 65% mendapatkan informasi dari masyarakat. Hasil uji statistic menunjukkan tidak ada hubungan sumber informasi dengan WTP iuran asuransi kesehatan dengan nilai p value 0,844 dan terdapat hubungan bermakna antara informasi media cetak/online dengan kemampuan membayar $P = 0,000$ (OR: 0,41; CI: 0,28-0,615).

Tingkat besar atau kecilnya WTP masyarakat dalam membayar iuran tentunya dihubungkan oleh faktor-faktor tertentu. Selain itu, faktor lain yang berhubungan terhadap *Willingness To Pay* iuran jaminan kesehatan antara lain pekerjaan, pendidikan, keikutsertaan asuransi, sumber informasi dan jumlah anggota keluarga (Babatunde *et al.*, 2016).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa media membawa dua sisi dalam penyampaian informasi (sangat bergantung pada sumber yang menyebarkan informasi), dalam hal ini responden yang mendapatkan informasi melalui media yang berkaitan dengan pemerintah seperti informasi yang disampaikan melalui situs resmi BPJS atau kantor/instansi yang berkaitan secara langsung dengan BPJS akan terinfluence kearah yang positif sehingga bersedia ikut dalam asuransi Kesehatan pemerintah.

6.5 Hubungan Status Kesehatan dengan WTP

Berdasarkan analisa univariat diketahui bahwa 43,7% yang memiliki status kesehatan kurang tidak bersedia membayar asuransi kesehatan. Sementara itu pada kelompok yang bersedia membayar dengan kategori rendah, 72,4% berpendapatan rendah. Hasil uji statistic menunjukkan tidak ada hubungan pendapatan dengan WTP iuran asuransi kesehatan dengan nilai p value 0,889,

begitu pula dengan kelompok kemampuan membayar ($p=0,874$) dimana responden dengan status kesehatan kurang memiliki peluang 0,97 kali membayar iuran asuransi kesehatan dengan kategori tinggi ($> \text{Rp.38.539}$).

Salah satu faktor yang berhubungan rendahnya kemauan untuk mengikuti jaminan kesehatan nasional karena informan jarang sakit, sakit yang diderita bukan sakit berat, tidak memiliki riwayat penyakit kronis dan hanya satu informan yang memiliki riwayat sakit kronis dan membutuhkan perawatan rutin setiap bulan. Orang dengan riwayat penyakit kronis di Vietnam memiliki kemauan yang lebih tinggi untuk mengikuti dan membayar lebih banyak dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki riwayat penyakit kronis (Huyen & Van Minh, 2014).

Penelitian di Makassar menunjukkan bahwa tidak terdapat *risk taker* atau orang yang merasa jarang sakit akan cenderung tidak mempunyai kemauan untuk bergabung dalam jaminan kesehatan nasional dan didominasi oleh usia muda (Marzuki & Abadi). Begitu pula dengan penelitian yang dilakukan di Arab Saudi yang mendapatkan hasil bahwa rumah tangga dengan anggotanya yang menderita penyakit kronis tidak memiliki hubungan dengan kemauan untuk bergabung dan untuk membayar iuran jaminan kesehatan nasional (Al-Hanawi *et al.*, 2018).

Rumah tangga yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit kronis kurang bersedia untuk membayar asuransi dikarenakan pengalaman yang tidak menyenangkan akan pelayanan medis sebelumnya (Adebayo *et al.*, 2015). Riwayat penyakit kronis tidak memiliki hubungan terhadap keinginan untuk bergabung dalam jaminan kesehatan nasional dikarenakan responden memilih untuk pergi ke pelayanan kesehatan yang murah dibandingkan harus membayar jaminan kesehatan bulanan (Oktober, 2018).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden tidak menderita penyakit kategori kronis sehingga merasa tidak perlu membayar lebih untuk asuransi Kesehatan. Selain itu pada beberapa jawaban responden diketahui bahwa pada mereka yang memiliki penyakit kronis memiliki anggapan bahwa tidak perlu membayar lebih untuk asuransi Kesehatan karena itu adalah tanggung jawab pemerintah. Hal ini menggambarkan mengapa status kesehatan tidak berhubungan secara statistic dengan WTP.

6.6 Faktor Dominan yang Berhubungan Acceptance dan Willing

Berdasarkan analisa univariat kelompok keinginan membayar dari seluruh variabel yang diuji secara bersamaan dan didapatkan hasil bahwa Pendidikan merupakan faktor utama yang berhubungan WTP iuran asuransi kesehatan dengan nilai P 0,014, dimana orang dengan tingkat pendidikan menengah berpeluang 2,3 kali lebih tinggi untuk membayar iuran asuransi kesehatan dengan kategori rendah (< Rp.38.539).

Begitu pula pada kelompok kemampuan membayar dimana pendapatan merupakan faktor utama yang berhubungan WTP iuran asuransi kesehatan dengan nilai P 0,001, dimana semakin rendah tingkat pendapatan seseorang maka berpeluang 4,05 kali lebih tinggi untuk membayar iuran asuransi kesehatan dengan kategori rendah (< Rp.38.539).

Hasil analisa multivariate menunjukkan bahwa dari seluruh variabel yang diuji secara bersamaan dan didapatkan hasil bahwa pendapatan merupakan faktor utama yang berhubungan WTP iuran kesehatan dengan nilai P 0,048, dimana semakin rendah tingkat pendapatan seseorang maka berpeluang 7,08 kali lebih tinggi untuk membayar iuran kesehatan dengan kategori rendah (< Rp.38.539).

Sebuah *systematic review* menemukan tingkat pendapatan yang rendah atau kurangnya sumber daya keuangan, kualitas layanan kesehatan yang buruk, sikap petugas kesehatan, waktu menunggu pasien dan efisiensi pengobatan menyebabkan rendahnya kepesertaan dari jaminan kesehatan nasional (Adebayo *et al.*, 2015).

Ketidakmampuan secara ekonomi menyebabkan sebagian masyarakat memiliki keterbatasan kemampuan membayar atas pelayanan kesehatan yang mereka terima. Hal ini menyebabkan ketidaksesuaian antara apa yang mampu dibayarkan dengan apa yang diharapkan. Semua masyarakat berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu, sesuai dengan keseimbangan antara kebutuhan medis dan kemampuan ekonominya. Sudah menjadi kewajiban negara untuk mensubsidi pembayaran bagi kelompok masyarakat yang tidak mampu sehingga pembayaran atas jasa pelayanan kesehatan tidak dilakukan secara dipaksakan, namun pelayanan yang tetap didasari asas keadilan dalam menerima pelayanan

kesehatan. Artinya tetap berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memuaskan sesuai dengan harapan keseluruhan masyarakat (Handayani *et al.*, 2013).

Pendapatan seseorang memegang peranan penting tingginya kesadaran seseorang terhadap keteraturan dalam membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pendapatan yang rendah mampu menurunkan keteraturan masyarakat dalam membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) karena masih banyak kebutuhan yang harus dipenuhi oleh keluarga sehingga tidak ada alokasi pendapatan yang digunakan peserta untuk membayar iuran tersebut. Pendapatan tinggi dan mempunyai tingkat kesejahteraan menengah keatas memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi dalam membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional (Thabrany, 2005).

Penelitian yang dilakukan di Sudan menunjukkan faktor yang berhubungan kemauan membayar asuransi adalah kesadaran mengenai asuransi, sumber pendapatan alternatif, ukuran rumah tangga, pertanggungan asuransi, kepemilikan aset rumah tangga dan agama (Basaza *et al.*, 2017). Penelitian lain di Vietnam mendukung pemahaman mengenai asuransi kesehatan yang tinggi dapat meningkatkan kemauan untuk membayar iuran asuransi (Nguyen dan Hoang, 2017). Semakin besar jumlah keluarga, semakin tinggi tingkat pendidikan dan semakin tinggi pendapatan dihubungkan dengan meningkatnya keinginan untuk membayar asuransi, namun semakin bertambah usia menunjukkan berkurangnya kemauan untuk membayar asuransi (Nosratnejad *et al.*, 2016).

Sakinah, dkk. dalam penelitiannya menyatakan bahwa tingkat pendapatan dan pendidikan dengan kesadaran masyarakat dalam berasuransi memiliki hubungan yang bermakna. Seseorang yang semakin tinggi tingkat pengetahuannya akan berbanding lurus dengan tingkat pendapatan yang baik maka akan semakin sadar untuk mengikuti asuransi dan teratur dalam membayar iuran. Masyarakat yang pendapatannya lebih dari UMR akan cenderung teratur dalam melakukan pembayaran iuran JKN, sebaliknya jika masyarakat memiliki pendapatan kurang dari UMR akan cenderung tidak teratur dalam melakukan pembayaran iuran JKN (Sakinah *et al.*, 2014).

Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi dapat lebih memahami, mengetahui manfaat dan kebutuhannya yang dianggap penting, misalnya kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang dijamin oleh negara dengan cara membayar iuran jaminan kesehatan. Sebaliknya jika seseorang memiliki tingkat pendidikan rendah dapat menurunkan keinginannya dalam membayar iuran jaminan kesehatan yang disebabkan karena tingkat pemahaman dan pengetahuannya yang masih rendah (Prakoso & Sudasman, 2020) (Pratiwi, 2016).

Tingkat pendidikan memiliki hubungan dengan kemauan dan kemampuan membayar asuransi kesehatan sosial di Nigeria. Kepala rumah tangga dengan tingkat pendidikan tinggi dan berada di lingkungan perkotaan bersedia membayar lebih tinggi secara nominal untuk premi asuransi kesehatan. Pendidikan formal merupakan salah satu faktor yang secara signifikan berhubungan dengan kemauan untuk membayar. Diketahui dari hasil analisis statistik ($\beta = 3.20$; 95% CI = 1,87, 4,53) (Ogundeji *et al.*, 2019).

Keinginan dan kemampuan membayar asuransi kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Peserta dengan tingkat pendidikan rendah umumnya akan mendapatkan pekerjaan dengan tingkat jasa atau penghasilan dengan kategori rendah. Peserta mandiri dengan pendapatan rendah, lebih memprioritaskan pendapatannya untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari yang bersifat rutin, seperti biaya makan, biaya pendidikan, pembayaran listrik dan air dan biaya lainnya, sedangkan untuk biaya kesehatan, peserta mandiri cenderung belum memprioritaskan dikarenakan masih dalam kondisi sehat.

Sebaliknya, peserta mandiri dengan pendapatan tinggi, selain mampu mengalokasi pendapatannya untuk kebutuhan sehari-hari juga mampu untuk membayar biaya kesehatan sehingga dapat melakukan pembayaran iuran rutin setiap bulannya. Oleh karena itu tingkat Pendidikan dan pendapatan tidak dapat dipisahkan atau memiliki hubungan yang saling berkaitan dengan kemauan dan kemampuan peserta dalam membayar asuransi kesehatan dalam hal ini adalah iuran JKA

6.7 Keterbatasan Dalam Penelitian

Adapun keterbatasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 6.7.1 Metode pengambilan sampel snow ball menyebabkan sampel yang tidak variatif.
- 6.7.2 Responden yang tidak variasi menyebabkan omitted pada variable pendidikan.
- 6.7.3 Instrumen berupa *google form* menyebabkan responden yang terpapar hanya yang berada paa area perkotaan tidak hingga kepedesaan, serta hanya individu yang ada akses ke smartphone saja.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada bulan September sampai dengan November Tahun 2022 maka dapat diambil kesimpulan bahwa hasil bivariat menunjukkan bahwa dari keenam variable penelitian, status kesehatan menjadi satu-satunya variabel yang tidak memiliki hubungan dengan keinginan membayar asuransi kesehatan. Selanjutnya pada hasil analisis multivariat menemukan bahwa orang yang Pendidikan rendah merupakan faktor dominan yang menentukan keinginan membayar (OR: 2,3; 95% ; p value 0,014) dan pendapatan merupakan factor dominan yang menentukan kemampuan membayar asuransi kesehatan (OR: 4,05; 95% ; p value 0,001). Penelitian ini menemukan bahwa 509/766 (66,3%) responden bersedia membayar asuransi kesehatan dan rata-rata mereka bersedia membayar sebesar Rp. 38.539.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka peneliti memberikan saran kepada pihak-pihak terkait sebagai berikut:

7.2.1 Kepada Pengambil Kebijakan (Pemerintah)

1. Adanya sosialisasi untuk masyarakat terhadap manfaat dari kepesertaan dalam mengikuti jaminan Kesehatan.
2. Adanya kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah terhadap masyarakat yang tingkat kesejahteraannya tinggi atau yang mampu membayar asuransi kesehatan untuk peserta mandiri dalam jaminan kesehatan.
3. Perlu pemutakhiran Baseline data penduduk menurut kesejahteraan sosial sehingga pemerintah dapat mengambil keputusan yang tepat.
4. Perlu adanya pembenahan layanan agar masyarakat tertarik bergabung dengan program jaminan kesehatan nasional secara mandiri.
5. Perlunya adanya sosialisasi dari pihak penyelenggara jaminan kesehatan agar masyarakat dapat mudah mengakses layanan jaminan kesehatan dan

menjelaskan prosedur kepesertaan, manfaat pelayanan dan jaminan kesehatan.

7.2.2 Kepada peneliti lainnya yang tertarik untuk meneliti mengenai WTP Asuransi Kesehatan untuk melakukan penelitian dengan desain kualitatif sehingga informasi yang didapat lebih subjektif.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulkadir M., **Hukum Asuransi Indonesia**, Bandung: Citra Aditya Bakti; 2016.
- Adebayo, E.F. *et al.* (2015) **'A systematic review of factors that affect uptake of community-based health insurance in low-income and middle-income countries'**, *BMC Health Services Research*, 15(1). doi:10.1186/s12913-015-1179-3.
- Adiputra I.M.S., Trisnadewi N.W. & Oktaviani N.P.W., **Metodelogi Penelitian Kesehatan**, Jakarta: Yayasan Kita Menulis; 2021.
- Aji, B. *et al.* (2013) **'The impact of health insurance programs on out-of-pocket expenditures in Indonesia: An increase or a decrease?'**, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(7), pp. 2995–3013. doi:10.3390/ijerph10072995.
- Ali T., Ali J.J.J.o.A. & Research F., **Factors affecting the consumers' Willingness To Pay for health and wellness food products**, 2020;2:100076.
- Bappeda. **JKA dan Permasalahannya**. *Tabangun Aceh*, 2022 Januari 2023.
- Bima M., **Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan**, Yogyakarta: Kanisius; 2016.
- Darmawan, K.H. and Kristina, S.A. (2020) **'Kesediaan untuk membayar asuransi kesehatan sosial dan faktor-faktor yang terkait di antara penduduk di Yogyakarta Provinsi , Indonesia'**, (April).
- DISDUKCAPIL. **Data Jumlah Penduduk Provinsi Aceh Tahun 2021**, Banda Aceh: DISDUKCAPIL; 2022.
- Fadila Robby (2017) **'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Willingness To Pay (WTP) Iuran Peserta BPJS Kesehatan Kelas II di Kabupaten Sleman Analisis Contigent Valuation Method'**, *UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA* [Preprint].
- Gidey, M.T. *et al.* (2019) **'Willingness To Pay for social health insurance and its determinants among public servants in Mekelle City, Northern Ethiopia: A mixed methods study'**, *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 17(1), pp. 1–11. doi:10.1186/s12962-019-0171-x.
- Gustafsson-Wright, E., Asfaw, A. and van der Gaag, J. (2009) **'Willingness To Pay for**

- health insurance: An analysis of the potential market for new low-cost health insurance products in Namibia', *Social Science and Medicine*, 69(9), pp. 1351–1359. doi:10.1016/j.socscimed.2009.08.011.
- Hidayat, B. *et al.* (2015) '**Out-of-Pocket Payments in the National Health Insurance of Indonesia: A First Year Review**', *Indonesian-German Social Protection Programme (SPP)*, pp. 1–8. Available at: https://health.bmz.de/what_we_do/Universal-Health-Coverage/Indonesia_on_the_way_to_universal_health_coverage/Policy_Brief_GIZ_SPP_OOP_Spending_in_Indonesian_Health_Insurance.pdf.
- Hildayanti, A.N., Batara, A.S. and Alwi, M.K. (2020) '**Determinants of The Ability To Pay and The *Willingness To Pay* Subscription of BPJS Kesehatan on Independents in Takabonerate District (Case Study in Selayar Islands District)**', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(02), pp. 30–37.
- Jamsoskes. **Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan.**, Jakarta: Kemenkes RI; 2014.
- Jaminan Sosial Kesehatan, Bab I Pasal 1**, Jakarta: Kemenkes RI; 2016.
- Jofre-Bonet, M. and Kamara, J. (2018) '***Willingness To Pay* for health insurance in the informal sector of Sierra Leone**', *PLoS ONE*, 13(5), pp. 1–18. doi:10.1371/journal.pone.0189915.
- Kamal (2020) '**Analisis Kesiediaan Membayar Terhadap Iuran BPJS**', 9, pp. 131–143.
- KemenkesRI. **Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional**, Jakarta: Kemenkes RI; 2017.
- Kutzin, J. (2013) '**Financement des soins de santé pour une couverture santé universelle et résultats du système de santé: Concepts et implications politiques**', *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), pp. 602–611. doi:10.2471/BLT.12.113985.
- Mboi, N. (2015) '**Indonesia: On the way to universal health care**', *Health Systems and Reform*, 1(2), p. :91-97. doi:10.1080/23288604.2015.1020642.
- Mekonnen Degie F., Agumas Ambelie Y., Mulu Gelaw Y., Fentaw Mulaw G. & Wassie Feleke F., '***Willingness To Pay* for Social Health Insurance and Its Predictors among Government Employees in Mujja Town, Ethiopia**,

ScientificWorldJournal, 2021;2021:3149289.

Mekonnen Degie F., Agumas Ambelie Y., Mulu Gelaw Y., Fentaw Mulaw G. & Wassie Feleke F., ***Willingness To Pay for Social Health Insurance and Its Predictors among Government Employees in Mujja Town, Ethiopia***, *ScientificWorldJournal*, 2021;2021:3149289.

Minyihun, A., Gebregziabher, M.G. and Gelaw, Y.A. (2019) '***Willingness To Pay for community-based health insurance and associated factors among rural households of Bugna District, Northeast Ethiopia***', *BMC Research Notes*, 12(1), pp. 1–7. doi:10.1186/s13104-019-4091-9.

Muslich A.W., ***Asuransi dalam Fiqih Muammalat***, Jakarta: Amzah; 2015.

Nosratnejad S., Rashidian A. & Dror D.M., ***Systematic Review of Willingness To Pay for Health Insurance in Low and Middle Income Countries***, *PLoS One*, 2016;11(6):e0157470.

Prodjodikoro W., ***Hukum Asuransi di Indonesia***, Jakarta: PT. Intermasa; 2013.

Putri A.E., ***Paham Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)***, Kantor Perwakilan Indonesia: Friedrich-Ebert-Stiftung; 2014.

Sabri, F. and Amelia, R. (2016) '***Analisis Willingness To Pay (Wtp) Dan Kebutuhan Air Di Kecamatan Merawang***', *Infoteknik*, 17(2), pp. 235–252.

Sana A., Rida F., Tayyaba I., Masooma M., Ayesha Z. & Kalsoom A., ***Willingness To Pay for Community-Based Healthcare Insurance Schemes in Developing Countries: A Case of Lahore, Pakistan***, *Ethiop J Health Sci*, 2020;30(1):135-142.

Sastrawidjaja M.S., ***Hukum Asuransi Perlindungan Tertanggung, Asuransi Deposito, Usaha Perasuransian***, Bandung: Alumni; 2013.

Suma M.A., ***Asuransi Syari'ah dan Asuransi Konvensional***, Jakarta: Kholam Publishing; 2016.

Syahatah H.H., ***Asuansi Dalam Perspektif Syari'ah***, Jakarta: AMZAH; 2016.

UU36. ***Undang-undang Nomor 36 tentang Kesehatan***, Jakarta: Kemenkes RI; 2009.

UU40. ***UU Sistem Jaminan Sosial Nasional Nomor 40 tahun 2004 pasal 1 angka (6)***, Jakarta: Kemenkes; 2004.

UU.No.2. **Undang-undang Nomor 2 Tahun 2016, Tentang Peraturan Badan Penyelenggara**

Wiseman, V. *et al.* (2018) '**An evaluation of health systems equity in Indonesia:**

Study protocol', *International Journal for Equity in Health*, 17(1), pp. 1–9.

doi:10.1186/s12939-018-0822-0.

World Health Organization (2017) '**2017 Health SDG Profile: Indonesia**'.

LAMPIRAN

LEMBAR INFORM CONSENT

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Saya Rauyani, mahasiswa Pascasarjana Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh, saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul **“ANALISIS FAKTOR-FAKTOR *WILLINGNESS TO PAY* (WTP) ASURANSI KESEHATAN DI ACEH”**. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kesediaan membayar atau WTP untuk membayar biaya asuransi kesehatan pada masyarakat Aceh dan faktor apa saja yang mempengaruhinya.

Untuk kepentingan pengumpulan data penelitian ini, saya mengharapkan kesediaan responden mengisi formulir identitas responden dan kuesioner dengan jawaban yang sebenar-benarnya. Jawaban yang saudara berikan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian ini dan tidak akan disalahgunakan untuk maksud lain. Identitas saudara akan tetap dirahasiakan dan tidak dipublikasikan. Keikutsertaan saudara dalam penelitian ini sangat saya harapkan. Partisipasi saudara bersifat bebas dan tanpa ada paksaan. Saudara berhak untuk menolak berpartisipasi tanpa dikenakan sanksi apapun.

Demikian penjelasan ini saya sampaikan. Atas partisipasi dan kesediaannya, saya ucapkan terima kasih.

Banda Aceh, Januari 2023

Hormat Saya,

Rauyani

KUESIONER
ANALISIS FAKTOR-FAKTOR *WILLINGNESS TO PAY* (WTP)
JAMINAN KESEHATAN DI ACEH

A. Identitas Responden

1. No. Responden :
2. Usia..... Tahun
3. Jenis Kelamin :
4. Kabupaten/Kota :
5. Status Pernikahan :
 1. Menikah
 2. Belum Menikah
 3. Duda/Janda
6. Jumlah anggota keluarga : orang
7. Apakah anda merupakan kepala rumah tangga?
 - a. Ya
 - b. Tidak
8. Pendidikan terakhir :
 1. Tidak Sekolah
 2. SD
 3. SLTP/Sederajat
 4. SMU/Sederajat
 5. Diploma/Akademi
 6. Universitas/Institut
 7. Lainnya.....
9. Pekerjaan :

1. PNS/TNI/Polri	5. Petani/Nelayan
2. Karyawan	6. Pedagang
3. Wiraswasta	7. IRT
4. Buruh	8. Lainnya.....
10. Berapakah penghasilan perbulan anda termasuk gaji pokok dan penghasilan sampingan?
 - a. Lebih dari 3.5 juta rupiah
 - b. Rp. 3.500.000,- – Rp. 3.000.000,-
 - c. Rp. 2.900.000,- - Rp. 1.500.000,-
 - d. Rp. 1.500.000,- -- Rp. 500.000,- atau lainnya
11. Darimanakah anda mendapatkan sumber informasi tentang asuransi kesehatan?

1. Media Cetak/Online	3. Masyarakat
2. Pemerintah	4. Lainnya

Status Kesehatan

12. Apakah anda pernah/ sedang mengalami penyakit?
a. Ya b. Tidak
13. Jika ya, apakah anda mempunyai Riwayat penyakit TBC?
a. Ya b. Tidak
- Bila ya, sudah berapa lama?
- Sejak kapan Anda menderita penyakit tersebut?
- Apakah sampai sekarang masih kambuh atau sakit kembali?
14. Jika ya, apakah anda mempunyai Riwayat penyakit asma?
a. Ya b. Tidak
- Bila ya, sudah berapa lama?
- Sejak kapan Anda menderita penyakit tersebut?
- Apakah sampai sekarang masih kambuh atau sakit kembali?
16. Jika ya, apakah Anda mempunyai riwayat penyakit paru obstruktif kronik?
a. Ya b. Tidak
- Bila ya, sudah berapa lama?
- Sejak kapan Anda menderita penyakit tersebut?
- Apakah sampai sekarang masih kambuh atau sakit kembali?
17. Jika ya, apakah Anda mempunyai riwayat penyakit alergi?
a. Ya b. Tidak
- Bila ya, sudah berapa lama?
- Sejak kapan Anda menderita penyakit tersebut?
- Apakah sampai sekarang masih kambuh atau sakit kembali?
18. Jika ya, apakah Anda mempunyai riwayat penyakit kolesterol?
a. Ya b. Tidak
- Bila ya, sudah berapa lama?
- Sejak kapan Anda menderita penyakit tersebut?
- Apakah sampai sekarang masih kambuh atau sakit kembali?
19. Jika ya, apakah Anda mempunyai riwayat penyakit hepatitis?
a. Ya b. Tidak
- Bila ya, sudah berapa lama?
- Sejak kapan Anda menderita penyakit tersebut?
- Apakah sampai sekarang masih kambuh atau sakit kembali?
20. Apakah keluarga Anda mempunyai riwayat penyakit turunan seperti asma, diabetes, hipertensi, obesitas dan alergi?

B. *Willingness To Pay*

1. Apakah anda bersedia membayar untuk asuransi kesehatan, jika pemerintah tidak menanggung lagi biaya JKA?
 - a. Ya
 - b. Tidak

2. Jika anda memiliki jumlah tanggungan 4 orang dalam keluarga (anda, istri dan 2 orang anak) Berapakah tarif iuran premi asuransi kesehatan yang ingin anda bayarkan perorang untuk setiap bulannya?
Rp(Silahkan diisi sesuai jumlah yang diinginkan)

TABEL SKOR

No	Variabel	No Urut	Bobot Skor			Rentang
			Tinggi	Rendah	-	
1	<i>Willingness To Pay</i>	1	1			- 0=Tinggi jika $\geq$ rata-rata WTP - 1=Rendah jika $<$ rata-rata WTP
2	Variabel	No Urut	Dasar	Menengah	Tinggi	Rentang
	Pendidikan	1	2	1	0	- 2= Perguruan tinggi/ sederajat - 1 = Menengah jika SMA/ Sederajat - 0 = Perguruan tinggi
2	Variabel	No Urut	≥ 4	< 4	-	Rentang
	Jlh Anggota Keluarga	1	0	1		- 1=Besar ≥ 4 orang - 0=Kecil < 4 orang
3	Variabel	No Urut	Single	Menikah	Janda /Duda	Rentang
	Status Pernikahan	1	2	1	0	- 2= Belum Menikah - 1=Menikah - 0=Janda/Duda
4	Variabel	No Urut	$\geq$ Rp. 2.935.985	$<$ Rp. 2.935.985	-	Rentang
	Pendapatan	1	1	0		- 0=Tinggi, jika pendapatan $\geq$ Rp. 2.935.985 - 1=Rendah jika

No	Variabel	No Urut	Bobot Skor			Rentang
			Tinggi	Rendah	-	
						pendapatan < Rp. 2.935.985
5	Variabel	No Urut	Masyarakat	Media	lainnya	Rentang
	0=Tidak	0=Tidak	0	1	2	- 0= Masyarakat - 1= Media - 2= Lainnya
6	Variabel	No Urut	Mingguan	bulanan	-	Rentang
	Frekuensi Pembayaran	1	1	0		- 0=Mingguan - 1=Bulanan
7	Variabel	No Urut	Ya	Tidak	-	Rentang
	Penyakit	1	1	0		-0=Tidak - 1=Ya

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulkadir M., **Hukum Asuransi Indonesia**, Bandung: Citra Aditya Bakti; 2016.
- Adebayo E.F., Uthman O.A., Wiysonge C.S., Stern E.A., Lamont K.T. & Ataguba J.E.J.B.h.s.r., **A Systematic Review of Factors That Affect Uptake of Community-Based Health Insurance in Low-Income and Middle-Income Countries**, 2015;15(1):1-13.
- Adiputra I.M.S., Trisnadewi N.W. & Oktaviani N.P.W., **Metodelogi Penelitian Kesehatan**, Jakarta: Yayasan Kita Menulis; 2021.
- Al-Hanawi M.K., Vaidya K., Alsharqi O., Onwujekwe O.J.A.h.e. & policy h., **Investigating the Willingness to Pay for a Contributory National Health Insurance Scheme in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Stated Preference Approach**, 2018;16(2):259-271.
- Ali T., Ali J.J.J.o.A. & Research F., **Factors Affecting the Consumers' Willingness to Pay for Health and Wellness Food Products**, 2020;2:100076.
- Aryani M.A., Muqorrobin M.J.J.E. & Pembangunan S., **Determinan Willingness to Pay (Wtp) Iuran Peserta Bpjs Kesehatan**, 2013;14(1):44-57.
- Babatunde R., Oyedeji O., Omoniwa A. & Adenuga A.J.T.J.o.S., **Willingness-to-Pay for Community Based Health Insurance by Farming Households: A Case Study of Hygeia Community Health Plan in Kwara State, Nigeria**, 2016;14(3):281-286.
- Bappeda. **Jka Dan Permasalahannya**. *Tabangun Aceh*, 2022 Juli 2022.
- Basaza R., Alier P.K., Kirabira P., Ogubi D. & Lako R.L.L.J.I.j.f.e.i.h., **Willingness to Pay for National Health Insurance Fund among Public Servants in Juba City, South Sudan: A Contingent Evaluation**, 2017;16(1):1-10.
- Bima m., **Dasar - Dasar Asuransi Kesehatan**, yogyakarta: kanisius; 2000.
- Bima M., **Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan**, Yogyakarta: Kanisius; 2016.
- Darmawan K.H., Satibi S. & Kristina S.A.J.V.i.H., **Pns152 Willingness to Pay for Social Health Insurance and Related Factors among Population in Yogyakarta Province, Indonesia**, 2019;22:S787.
- Dewi A., Mukti A.G.J.R.J.o.P. & Technology, **The Strategy to Achieve Universal Health Coverage Membership in Indonesia**, 2018;11(5):1774-1777.
- DISDUKCAPIL. **Data Jumlah Penduduk Provinsi Aceh Tahun 2021**, Banda Aceh: DISDUKCAPIL; 2022.
- Handayani E., Gondodiputro S. & Saefullah A.J.B.P.U.P., **Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kemauan Masyarakat Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Di Kabupaten Hulu Sungai Selatan**, 2013.
- Hardika C.P. & Purwanti E.Y.J.D.J.o.E., **Analisis Willingness to Pay Terhadap Iuran Bpjs Kesehatan Pada Pekerja Sektor Informal Di Kota Semarang**, 2021;9(3):131-143.
- Hardy I.P.D.K. & Yudha N.L.G.A.N.J.J.K.T., **Kemauan Dan Kemampuan Membayar (Ability-Willingness to Pay) Dalam Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional Pada Sektor Informal Pedagang Pasar Tradisional Di Kota Denpasar 2017**, 2018;2(2).
- Hidayati N., **Analisis Willingness to Pay Untuk Sayuran Organik Di Toko All Fresh Bogor**, 2013.

- Hildayanti A.N., Batara A.S. & Alwi M.K.J.P.J.K.M., **Determinan Ability to Pay Dan Willingness to Pay Iuran Peserta Mandiri Bpjs Kesehatan Di Kecamatan Takabonerate (Studi Kasus Di Kabupaten Kepulauan Selayar)**, 2020;10(2):130-137.
- Hildayanti A.N., Batara A.S. & Alwi M.K.J.P.J.K.M., **Determinan Ability to Pay Dan Willingness to Pay Iuran Peserta Mandiri Bpjs Kesehatan Di Kecamatan Takabonerate (Studi Kasus Di Kabupaten Kepulauan Selayar)**, 2021;11(1):30-37.
- Huyen D.T.T. & Van Minh H.J.V.J.o.P.H., **Willingness to Pay for Health Insurance among Informal Sector Workers: A Case Study from Hanoi Capital Vietnam**, 2014;2(2).
- Jamsoskes. **Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan.** , Jakarta: Kemenkes RI; 2014.
- KemenkesRI. **Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional**, Jakarta: Kemenkes RI; 2017.
- Marzuki D. & Abadi M., Y., Darmawansyah, Arifin, Ma, Rahmadani, S., & Al Fajrin, M.(2019). **Analisis Kemampuan Membayar Dan Kemauan Membayar Peserta Pbpu Jkn Di Kecamatan Tamalate Kota Makassar.**
- Mekonnen Degie F., Agumas Ambelie Y., Mulu Gelaw Y., Fentaw Mulaw G. & Wassie Feleke F.J.T.S.W.J., **Willingness to Pay for Social Health Insurance and Its Predictors among Government Employees in Mujja Town, Ethiopia**, 2021;2021.
- Minyihun A., Gebregziabher M.G. & Gelaw Y.A.J.B.r.n., **Willingness to Pay for Community-Based Health Insurance and Associated Factors among Rural Households of Bugna District, Northeast Ethiopia**, 2019;12(1):1-7.
- Muslich A.W., **Asuransi Dalam Fiqih Muamalat**, Jakarta: Amzah; 2015.
- Noor Aizuddin A., Sulong S. & Aljunid S.M.J.B.P.H., **Factors Influencing Willingness to Pay for Healthcare**, 2012;12:1-1.
- Nosratnejad S., Rashidian A. & Dror D.M.J.P.o., **Systematic Review of Willingness to Pay for Health Insurance in Low and Middle Income Countries**, 2016;11(6):e0157470.
- Ogundeji Y.K., Akomolafe B., Ohiri K. & Butawa N.N.J.P.o., **Factors Influencing Willingness and Ability to Pay for Social Health Insurance in Nigeria**, 2019;14(8):e0220558.
- Oktora R.J.K.L.S., **Willingness to Pay for National Health Insurance among Motorcycle Taxi Driver in Depok City, Indonesia**, 2018:190-200.
- Prakoso A.D. & Sudasman F.H.J.J.o.P.H.I., **Hubungan Antara Usia, Jenis Kelamin, Dan Tingkat Pendidikan Pekerja Bukan Penerima Upah (Pbpu) Dengan Kesiediaan Membayar Iuran Bpjs Kesehatan Di Kabupaten Kudus**, 2020;1(1):1-12.
- Pratiwi A.N., **Faktor Yang Mempengaruhi Keteraturan Membayar Iuran Pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Kategori Peserta Mandiri (Studi Kasus Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Soebandi Kabupaten Jember)**, 2016.
- Prodjodikoro W., **Hukum Asuransi Di Indonesia**, Jakarta: PT. Intermasa; 2013.
- Putri A.E., **Paham Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs)**, Kantor Perwakilan

Indonesia: Friedrich-Ebert-Stiftung; 2014.

- R. P., **Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Peserta Mandiri Bpjs Kesehatan Dalam Membayar Iuran Secara Rutin Di Kecamatan Mempawah Hilir Dan Timur Kabupaten Mempawah Kalimantan Barat** Jakarta: Universitas Indonesia 2015.
- Ranabhat C.L., Jakovljevic M., Dhimal M. & Kim C.-B.J.F.i.p.h., **Structural Factors Responsible for Universal Health Coverage in Low-and Middle-Income Countries: Results from 118 Countries**, 2020;7:414.
- Rina S. & Rosminah M., editors. Willingness to Pay and Ability to Pay for Health Care Services at Zainoel Abidin Public Hospital Banda Aceh, Indonesia. Proceedings of The Annual International Conference, Syiah Kuala University- Life Sciences & Engineering Chapter; 2011.
- Sakinah U., Wijasa I. & Wiharto M., editors. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kesadaran Masyarakat Kelurahan Poris Gaga Tangerang Dalam Berasuransi Kesehatan. Forum Ilmiah; 2014.
- Sana A., Rida F., Tayyaba I., Masooma M., Ayesha Z. & Kalsoom A., **Willingness to Pay for Community-Based Healthcare Insurance Schemes in Developing Countries: A Case of Lahore, Pakistan**, *Ethiop J Health Sci*, 2020;30(1):135-142.
- Sastrawidjaja M.S., **Hukum Asuransi Perlindungan Tertanggung, Asuransi Deposito, Usaha Perasuransian**, Bandung: Alumni; 2013.
- Siswoyo B., Prabandari Y. & Hendartini Y.J.J.K.K.I., **Awareness of the Informal Sector Workers Towards National Health Insurance Program in Province of Yogyakarta**, 2013;4(4).
- Suma M.A., **Asuransi Syari'ah Dan Asuransi Konvensional**, Jakarta: Kholam Publishing; 2016.
- Syahatah H.H., **Asuransi Dalam Perspektif Syari'ah**, Jakarta: AMZAH; 2016.
- Thabrany H.J.B.A.J.P., **Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan**, 2005.
- UU36. **Undang-Undang Nomor 36 Tentang Kesehatan**, Jakarta: Kemenkes RI; 2009.
- UU40. **Uu Sistem Jaminan Sosial Nasional Nomor 40 Tahun 2004 Pasal 1 Angka (6)**, Jakarta: Kemenkes; 2004.
- UU.No.2. **Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2016, Tentang Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Bab I Pasal 1**, Jakarta: Kemenkes RI; 2016.
- Zulkahfi. **Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Dalam Perspektif Hukum Islam**, Yogyakarta: Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga; 2013.

ANALISA UNIVARIAT

. tab

K_Membayar

Kesediaan				
Membayar	Freq.	Percent		Cum.
+				
Ya	509	66,3		
	66,3			
Tidak	259	33,7	100.00	
+				
Total	768	100.00		

. sum B_WTP

Variabel		Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
+						
B_WTP	768	38539.06	40609.23			
	0	150000				

. sum Usia

Variabel		Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
+						
Usia	768	38.70182	8.56197			
	20	63				

. tab JK

Jenis				
Kelamin	Freq.	Percent		Cum.
+				
Perempuan	294	38.28		
	38.28			
Laki-laki	474	61.72	100.00	
+				
Total	768	100.00		

. tab

S_Pernika

han

Status				
Pernikahan	Freq.	Percent		Cum.
+				
Menikah	656	85.42		
	85.42			
Belaum Menikah	80	10.42	95.83	
Cerai Hidup/Mati	32	4.17	100.00	
+				
Total	768			
	100.00			

. tab Pendidikan

Pendidikan		Freq.	Percent	Cum.
+				
Tinggi	727	94.66		
	94.66			
Menengah	36	4.69	99.35	
Dasar	5	0.65	100.00	
+				
Total	768	100.00		

. tab Pekerjaan

Pekerjaan		Freq.	Percent	Cum.
+				
Pemerintah	406	52.86	52.86	
Non	32	41.9	94.79	
Pemerintah	2	3		

Tidak Bekerja	40	5.21	100.00
-----+			
- Total			

	768	100.00	

. tab Pendapatan

Pendapatan		Freq.	Percent	Cum.
-----+				
Tinggi	561	73.05		

	73.05			

```

Rendah | 207  26.95 100.00
+-----+
Total | 768  100.00

. tab S_Informasi

Sumber Informasi |          Freq.   Percent   Cum.
+-----+
Pemerintah | 267   34.77
34.77
Media Cetak/Online |   411   53.52
88.28
Masyarakat | 90   11.72 100.00
+-----+
Total | 768
100.00

```

```

. tab

S_Kesehata

n Status |
Kesehatan |          Freq.   Percent   Cum.
+-----+
Baik | 439   57.16
57.16
Kurang | 329   42.84 100.00
+-----+
Total | 768  100.00

```

```

. tab WTP

WTP | Freq.   Percent   Cum.
+-----+
Tinggi | 225   29.30
29.30
Rendah | 543   70.70 100.00
+-----+
Total | 768  100.00

```

ACCEPTANCE

```

. tab Acceptance

Acceptance |          Freq.   Percent   Cum.
+-----+-----+
Ya | 509   66.28   66.28
Tidak | 259   33.72  100.00
+-----+-----+
Total | 768  100.00

```

```

. tab Pendidikan Acceptance,chi row

```

```

+-----+
| Key |
+-----+
| frequency |
| row percentage |
+-----+

Pendidikan |          Acceptance
Ya          Tidak |          Total
+-----+-----+-----+
Tinggi | 491   236 | 727
67.54   32.46 | 100.00
+-----+-----+-----+
Menengah | 17   19 | 36
47.22   52.78 | 100.00
+-----+-----+-----+
Dasar | 1   4 | 5
20.00   80.00 | 100.00
+-----+-----+-----+

```

Total		509	259		768
		66.28	33.72		100.00

Pearson chi2(2) = 11.1559 Pr = 0.004

. logit Acceptance i.Pendidikan,or

Iteration 0: log likelihood = -490.89601
 Iteration 1: log likelihood = -485.65026
 Iteration 2: log likelihood = -485.6309
 Iteration 3: log likelihood = -485.6309

Logistic regression	Number of obs	=	768
	LR chi2(2)	=	10.53
	Prob > chi2	=	0.0052
Log likelihood = -485.6309	Pseudo R2	=	0.0107

Acceptance		Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Pendidikan						
Menengah		2.325274	.7978404	2.46	0.014	1.186896 4.555495
Dasar		8.322034	9.327637	1.89	0.059	.9250643 74.86642
_cons		.4806517	.0380716	-9.25	0.000	.4115365 .5613745

. tab Pekerjaan Acceptance,chi row

```

+-----+
| Key    |
+-----+
| frequency |
| row percentage |
+-----+

```

Pekerjaan		Acceptance		Total
		Ya	Tidak	
Pemerintah		275	131	406
		67.73	32.27	100.00
Non Pemerintah		201	121	322
		62.42	37.58	100.00
Tidak Bekerja		33	7	40
		82.50	17.50	100.00
Total		509	259	768
		66.28	33.72	100.00

Pearson chi2(2) = 7.2362 Pr = 0.027

. logit Acceptance i.Pekerjaan ,or

Iteration 0: log likelihood = -490.89601
 Iteration 1: log likelihood = -487.05392
 Iteration 2: log likelihood = -487.0162
 Iteration 3: log likelihood = -487.01619

Logistic regression	Number of obs	=	768
	LR chi2(2)	=	7.76
	Prob > chi2	=	0.0207
Log likelihood = -487.01619	Pseudo R2	=	0.0079

Acceptance		Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Pekerjaan						
Non Pemerintah		1.26372	.1978419	1.50	0.135	.9298024 1.717555
Tidak Bekerja		.4452928	.1912324	-1.88	0.060	.1919086 1.03323

```

      |
_cons | .4763636 .0505708 -6.99 0.000 .3868789 .5865461
-----

```

```
. tab Pendapatan Acceptance,chi row
```

```

+-----+
| Key    |
+-----+
| frequency |
| row percentage |
+-----+

```

Pendapatan	Acceptance		Total
	Ya	Tidak	
Tinggi	371 66.13	190 33.87	561 100.00
Rendah	138 66.67	69 33.33	207 100.00
Total	509 66.28	259 33.72	768 100.00

Pearson chi2(1) = 0.0193 Pr = 0.889

```
. logit Acceptance Pendapatan ,or
```

```

Iteration 0: log likelihood = -490.89601
Iteration 1: log likelihood = -490.88632
Iteration 2: log likelihood = -490.88632

```

Logistic regression	Number of obs	=	768
	LR chi2(1)	=	0.02
	Prob > chi2	=	0.8893
Log likelihood = -490.88632	Pseudo R2	=	0.0000

Acceptance	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Pendapatan	.9763158	.1682487	-0.14	0.889	.6964702	1.368605
_cons	.5121294	.0456875	-7.50	0.000	.4299751	.6099807

```
. tab S_Informasi Acceptance,chi row
```

```

+-----+
| Key    |
+-----+
| frequency |
| row percentage |
+-----+

```

Sumber Informasi	Acceptance		Total
	Ya	Tidak	
Pemerintah	181 67.79	86 32.21	267 100.00
Media Cetak/Online	268 65.21	143 34.79	411 100.00
Masyarakat	60 66.67	30 33.33	90 100.00
Total	509 66.28	259 33.72	768 100.00

Pearson chi2(2) = 0.4903 Pr = 0.783

```
. logit Acceptance i.S_Informasi ,or
```

```
Iteration 0:   log likelihood = -490.89601
Iteration 1:   log likelihood = -490.65038
Iteration 2:   log likelihood = -490.65036
```

```
Logistic regression              Number of obs   =          768
                                LR chi2(2)        =           0.49
                                Prob > chi2        =          0.7822
Log likelihood = -490.65036      Pseudo R2       =          0.0005
```

	Acceptance	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
S_Informasi							
Media Cetak/Online		1.123004	.1875017	0.69	0.487	.8095822	1.557764
Masyarakat		1.052325	.2726981	0.20	0.844	.6332438	1.748756
_cons		.4751382	.0622282	-5.68	0.000	.3675693	.6141869

```
. tab S_Pernikahan Acceptance,chi row
```

```
+-----+
| Key    |
|-----|
| frequency |
| row percentage |
+-----+
```

Status Pernikahan	Acceptance		Total
	Ya	Tidak	
Menikah	440	216	656
	67.07	32.93	100.00
Belaum Menikah	54	26	80
	67.50	32.50	100.00
Cerai Hidup/Mati	15	17	32
	46.88	53.13	100.00
Total	509	259	768
	66.28	33.72	100.00

```
Pearson chi2(2) = 5.6291 Pr = 0.060
```

```
. logit Acceptance i.S_Pernikahan ,or
```

```
Iteration 0:   log likelihood = -490.89601
Iteration 1:   log likelihood = -488.2631
Iteration 2:   log likelihood = -488.24511
Iteration 3:   log likelihood = -488.24511
```

```
Logistic regression              Number of obs   =          768
                                LR chi2(2)        =           5.30
                                Prob > chi2        =          0.0706
Log likelihood = -488.24511      Pseudo R2       =          0.0054
```

	Acceptance	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
S_Pernikahan							
Belaum Menikah		.9807956	.2478958	-0.08	0.939	.5976371	1.609606
Cerai Hidup/Mati		2.308642	.8400176	2.30	0.021	1.131463	4.710565
_cons		.4909091	.0407849	-8.56	0.000	.417141	.5777225

```
. tab S_Kesehatan Acceptance,chi row
```

```

+-----+
| Key |
+-----+
| frequency |
| row percentage |
+-----+

```

Status Kesehatan	Acceptance		Total
	Ya	Tidak	
Baik	324 73.80	115 26.20	439 100.00
Kurang	185 56.23	144 43.77	329 100.00
Total	509 66.28	259 33.72	768 100.00

Pearson chi2(1) = 25.9837 Pr = 0.000

```
. logit Acceptance S_Kesehatan ,or
```

```

Iteration 0: log likelihood = -490.89601
Iteration 1: log likelihood = -477.99851
Iteration 2: log likelihood = -477.95121
Iteration 3: log likelihood = -477.95121

```

```

Logistic regression              Number of obs   =       768
                                LR chi2(1)        =       25.89
                                Prob > chi2         =       0.0000
Log likelihood = -477.95121      Pseudo R2       =       0.0264

```

Acceptance	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
S_Kesehatan	2.192996	.34067	5.06	0.000	1.617366	2.973497
_cons	.3549383	.0385269	-9.54	0.000	.2869188	.4390831

```
. stepwise, pr(0.2): logistic Acceptance Pendidikan Pekerjaan Pendapatan S_Informasi
S_Pernikahan
> S_Kesehatan
```

```

begin with full model
p = 0.9258 >= 0.2000 removing S_Informasi
p = 0.8673 >= 0.2000 removing Pekerjaan
p = 0.4959 >= 0.2000 removing S_Pernikahan
p = 0.3587 >= 0.2000 removing Pendapatan

```

```

Logistic regression              Number of obs   =       768
                                LR chi2(2)        =       34.65
                                Prob > chi2         =       0.0000
Log likelihood = -473.56868      Pseudo R2       =       0.0353

```

Acceptance	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Pendidikan	2.352876	.7031385	2.86	0.004	1.309858	4.226432
S_Kesehatan	2.149897	.336121	4.90	0.000	1.582481	2.920767
_cons	.3391848	.0374431	-9.79	0.000	.273194	.421116

```
. logit Acceptance i.Pendidikan i.S_Kesehatan,or
```

```

Iteration 0: log likelihood = -490.89601
Iteration 1: log likelihood = -473.63202
Iteration 2: log likelihood = -473.56864
Iteration 3: log likelihood = -473.56864

```

```

Logistic regression              Number of obs   =       768
                                LR chi2(3)        =       34.65

```

```

Log likelihood = -473.56864
Prob > chi2      = 0.0000
Pseudo R2       = 0.0353

```

Acceptance	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Pendidikan						
Menengah	2.356992	.8234469	2.45	0.014	1.188446	4.674518
Dasar	5.485312	6.164468	1.51	0.130	.606191	49.63559
S_Kesehatan						
Kurang	2.15014	.3371041	4.88	0.000	1.581296	2.923615
_cons	.3391501	.0376128	-9.75	0.000	.2728921	.4214954

WILLING

```
. tab Pendidikan Willing, row
```

```

+-----+
| Key    |
+-----+
| frequency |
| row percentage |
+-----+

```

Pendidikan	Willing		Total
	Tinggi	Rendah	
Tinggi	234 47.66	257 52.34	491 100.00
Menengah	3 17.65	14 82.35	17 100.00
Dasar	0 0.00	1 100.00	1 100.00
Total	237 46.56	272 53.44	509 100.00

```
. logit Willing i.Pendidikan, or
```

```

note: 2.Pendidikan != 0 predicts success perfectly
      2.Pendidikan dropped and 1 obs not used

```

```

Iteration 0: log likelihood = -350.98012
Iteration 1: log likelihood = -347.73138
Iteration 2: log likelihood = -347.71837
Iteration 3: log likelihood = -347.71836

```

```

Logistic regression
Log likelihood = -347.71836
Number of obs      = 508
LR chi2(1)         = 6.52
Prob > chi2        = 0.0106
Pseudo R2          = 0.0093

```

Willing	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Pendidikan						
Menengah	4.249017	2.730388	2.25	0.024	1.205903	14.97148
Dasar	1	(empty)				
_cons	1.098291	.0992393	1.04	0.299	.9200352	1.311083

```
. tab Pekerjaan Willing, row
```

```

+-----+

```

```
| Key |
|-----|
| frequency |
| row percentage |
+-----+
```

Pekerjaan	Willing		Total
	Tinggi	Rendah	
Pemerintah	129 46.91	146 53.09	275 100.00
Non Pemerintah	100 49.75	101 50.25	201 100.00
Tidak Bekerja	8 24.24	25 75.76	33 100.00
Total	237 46.56	272 53.44	509 100.00

```
. logit Willing i.Pekerjaan ,or
```

```
Iteration 0: log likelihood = -351.60762
Iteration 1: log likelihood = -347.69414
Iteration 2: log likelihood = -347.6871
Iteration 3: log likelihood = -347.6871
```

```
Logistic regression                                Number of obs   =          509
                                                    LR chi2(2)      =           7.84
                                                    Prob > chi2     =          0.0198
Log likelihood = -347.6871                        Pseudo R2      =          0.0112
```

Willing	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Pekerjaan						
Non Pemerintah	.8923973	.1657608	-0.61	0.540	.6200824	1.284302
Tidak Bekerja	2.76113	1.17015	2.40	0.017	1.203242	6.336083
_cons	1.131783	.1367597	1.02	0.306	.8931156	1.434229

```
. tab Pendapatan Willing,row
```

```
+-----+
| Key |
|-----|
| frequency |
| row percentage |
+-----+
```

Pendapatan	Willing		Total
	Tinggi	Rendah	
Tinggi	199 53.64	172 46.36	371 100.00
Rendah	38 27.54	100 72.46	138 100.00
Total	237 46.56	272 53.44	509 100.00

```
. logit Willing Pendapatan ,or
```

```
Iteration 0: log likelihood = -351.60762
Iteration 1: log likelihood = -337.4491
Iteration 2: log likelihood = -337.38998
```

Iteration 3: log likelihood = -337.38997

Logistic regression	Number of obs	=	509
	LR chi2(1)	=	28.44
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -337.38997	Pseudo R2	=	0.0404

Willing	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Pendapatan	3.044675	.6611564	5.13	0.000	1.989304	4.659945
_cons	.8643216	.0899853	-1.40	0.161	.704784	1.059973

. tab S_Informasi Willing,row

```

+-----+
| Key    |
+-----+
| frequency |
| row percentage |
+-----+

```

Sumber Informasi	Willing		Total
	Tinggi	Rendah	
Pemerintah	64 35.36	117 64.64	181 100.00
Media Cetak/Online	152 56.72	116 43.28	268 100.00
Masyarakat	21 35.00	39 65.00	60 100.00
Total	237 46.56	272 53.44	509 100.00

. logit Willing i.S_Informasi ,or

Iteration 0: log likelihood = -351.60762
Iteration 1: log likelihood = -339.77685
Iteration 2: log likelihood = -339.7701
Iteration 3: log likelihood = -339.7701

Logistic regression	Number of obs	=	509
	LR chi2(2)	=	23.68
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -339.7701	Pseudo R2	=	0.0337

Willing	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
S_Informasi						
Media Cetak/Online	.4174539	.0828324	-4.40	0.000	.2829506	.6158946
Masyarakat	1.015873	.3170957	0.05	0.960	.5509909	1.872986
_cons	1.828125	.284225	3.88	0.000	1.347928	2.479392

. tab S_Pernikahan Willing,row

```

+-----+
| Key    |
+-----+
| frequency |
| row percentage |
+-----+

```

Status | Willing

Pernikahan	Tinggi	Rendah	Total
Menikah	217	223	440
	49.32	50.68	100.00
Belum Menikah	16	38	54
	29.63	70.37	100.00
Cerai Hidup/Mati	4	11	15
	26.67	73.33	100.00
Total	237	272	509
	46.56	53.44	100.00

```
. logit Willing i.S_Pernikahan ,or
```

```
Iteration 0: log likelihood = -351.60762
Iteration 1: log likelihood = -346.47823
Iteration 2: log likelihood = -346.45802
Iteration 3: log likelihood = -346.45802
```

```
Logistic regression               Number of obs   =          509
                                LR chi2(2)          =          10.30
                                Prob > chi2          =          0.0058
Log likelihood = -346.45802       Pseudo R2       =          0.0146
```

Willing	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
S_Pernikahan					
Belum Menikah	2.311099	.7231501	2.68	0.007	1.251627 4.267388
Cerai Hidup/Mati	2.676009	1.583152	1.66	0.096	.8392836 8.532306
_cons	1.02765	.0979917	0.29	0.775	.8524692 1.23883

```
. tab S_Kesehatan Willing,row
```

```
+-----+
| Key    |
+-----+
| frequency |
| row percentage |
+-----+
```

Status Kesehatan	Willing Tinggi	Willing Rendah	Total
Baik	150	174	324
	46.30	53.70	100.00
Kurang	87	98	185
	47.03	52.97	100.00
Total	237	272	509
	46.56	53.44	100.00

```
. logit Willing S_Kesehatan ,or
```

```
Iteration 0: log likelihood = -351.60762
Iteration 1: log likelihood = -351.59499
Iteration 2: log likelihood = -351.59499
```

```
Logistic regression               Number of obs   =          509
                                LR chi2(1)          =           0.03
                                Prob > chi2          =          0.8737
Log likelihood = -351.59499       Pseudo R2       =          0.0000
```

Willing	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
S_Kesehatan	.9710662	.1793508	-0.16	0.874	.6761397	1.394637
_cons	1.16	.129244	1.33	0.183	.932437	1.4431

```
. stepwise, pr(0.2): logistic Willing S_Pernikahan Pendidikan Pekerjaan Pendapatan
S_Informasi S_Kesehatan
```

```
begin with full model
```

```
p = 0.6057 >= 0.2000 removing S_Kesehatan
```

```
p = 0.3370 >= 0.2000 removing S_Pernikahan
```

```
Logistic regression                                Number of obs    =          509
                                                    LR chi2(4)       =          42.93
                                                    Prob > chi2      =          0.0000
Log likelihood = -330.14168                        Pseudo R2       =          0.0611
```

Willing	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
S_Informasi	.6811699	.0995648	-2.63	0.009	.5114905	.9071379
Pendidikan	2.812131	1.768206	1.64	0.100	.8200092	9.643893
Pekerjaan	.6558947	.1200883	-2.30	0.021	.4581281	.9390339
Pendapatan	4.258239	1.163054	5.30	0.000	2.493108	7.273089
_cons	1.285822	.2074156	1.56	0.119	.9372895	1.763957

```
. logit Willing i.S_Informasi i.Pendidikan i.Pekerjaan Pendapatan,or
```

```
note: 2.Pendidikan != 0 predicts success perfectly
```

```
2.Pendidikan dropped and 1 obs not used
```

```
Iteration 0: log likelihood = -350.98012
Iteration 1: log likelihood = -317.06434
Iteration 2: log likelihood = -316.93715
Iteration 3: log likelihood = -316.9369
Iteration 4: log likelihood = -316.9369
```

```
Logistic regression                                Number of obs    =          508
                                                    LR chi2(6)       =          68.09
                                                    Prob > chi2      =          0.0000
Log likelihood = -316.9369                        Pseudo R2       =          0.0970
```

Willing	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
S_Informasi						
Media Cetak/Online	.3822735	.079791	-4.61	0.000	.2539247	.5754975
Masyarakat	.6889177	.2268803	-1.13	0.258	.3612787	1.313688
Pendidikan						
Menengah	3.213768	2.213101	1.70	0.090	.8333945	12.39305
Dasar	1	(empty)				
Pekerjaan						
Non Pemerintah	.4443517	.1054657	-3.42	0.001	.2790592	.7075503
Tidak Bekerja	1.183807	.573805	0.35	0.728	.457819	3.061034
Pendapatan	4.05645	1.132674	5.01	0.000	2.34675	7.011734
_cons	1.830728	.3328847	3.33	0.001	1.281883	2.614565