

Kajian Status Sosial Ekonomi Keluarga dalam Pemilihan Asuransi Kesehatan

Study of Family Socio-Economic Status in Health Insurance Selection

Dwi Noerjoedianto¹, & Andi Subandi².

¹)Department of Public Health, Faculty of Medicine and Health Science, University of Jambi, Indonesia

²) Department of Nursing, Faculty of Medicine and Health Science, University of Jambi, Indonesia

Diterima: 15 Februari 2022; Direview: 16 Februari 2022; Disetujui: 12 Agustus 2022

*Corresponding Email: dwi_noerjoedianto@unja.ac.id

Abstrak

Asuransi kesehatan merupakan jaminan pembiayaan kesehatan yang perlu dipilih untuk menghadapi risiko kesehatan dan biaya pengobatan yang semakin mahal. Status sosial ekonomi berkaitan dengan tinggi rendahnya kemampuan yang dimiliki seseorang dalam membeli pelayanan kesehatan. Saat ini penduduk yang memiliki asuransi wajib kesehatan (BPJS Kesehatan, Jamkesda dan Asuransi Perusahaan) adalah 68,25% dan yang memiliki asuransi sukarela adalah 1%. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara status sosial ekonomi keluarga terhadap pemilihan asuransi kesehatan di Kota Jambi. Rancangan penelitian metode survei cross sectional dengan populasi kepala keluarga 183.448 KK yang berfokus sampel 164 KK, teknik pengambilan sampel probability sampling. Analisis dengan uji Chi-Square, menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan ($p = 0,021$) terhadap pemilihan asuransi kesehatan dan tidak ada hubungan antara pendapatan ($p = 0,324$), pekerjaan ($p = 0,644$), jumlah anggota keluarga ($p = 0,377$), dan kepemilikan asset ($p = 0,063$) terhadap pemilihan asuransi Kesehatan.

Kata Kunci: Status Sosial Ekonomi; Pendapatan Keluarga; Pemilihan Asuransi Kesehatan.

Abstract

Health insurance is a health financing guarantee that needs to be chosen to face health risks and increasingly expensive medical costs. Socio-economic status is related to the level of ability that a person has in buying health services. Currently, 68.25% of the population who have compulsory health insurance (BPJS Kesehatan, Jamkesda and Company Insurance) have voluntary insurance and 1% have voluntary insurance. The purpose of this study was to determine the relationship between family socioeconomic status and the choice of health insurance in Jambi City. The research design was a cross sectional survey method with a population of 183,448 households focusing on a sample of 164 households, the sampling technique was probability sampling. Analysis with Chi-Square test, shows that there is a relationship between education ($p = 0.021$) on the choice of health insurance and there is no relationship between income ($p = 0.324$), occupation ($p = 0.644$), number of family members ($p = 0.377$), and asset ownership ($p = 0.063$) on the selection of health insurance.

Keywords: Socioeconomic Status; Family Income; Health Insurance Selection

How to Cite: Noerjoedianto, D. & Subandi, A. (2022). Kajian Status Sosial Ekonomi Keluarga dalam Pemilihan Asuransi Kesehatan, *Journal of Education, Humaniora and Social Sciences (JEHSS)*. 5 (1): 732-739.



PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak dan kebutuhan manusia, sesuai Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (2009).¹ Setiap individu mempunyai risiko untuk jatuh sakit dan membutuhkan biaya saat berobat. Keadaan yang tidak pasti terhadap kesakitan serta kematian pada masyarakat menimbulkan kekhawatiran terhadap kelangsungan dukungan ekonomi keluarganya. Dalam Sustainable Development Goals (SDG's) Report tahun 2020, diperkirakan 1 miliar orang akan menghabiskan minimal 10 % dari anggaran rumah tangga mereka untuk perawatan kesehatan. Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS, 2014), menyebutkan bahwa 62,67% dari jumlah biaya kesehatan masih berasal dari biaya sendiri masyarakat (*Out Of Pocket*). Pembayaran tersebut memiliki potensi sebagai penyebab kemiskinan dalam rumah tangga, sehingga diperlukan asuransi. Kategori keikutsertaan anggota, terbagi dalam asuransi Kesehatan wajib (asuransi Kesehatan yang wajib dimiliki setiap orang baik yang mampu maupun yang tidak mampu, seperti asuransi Kesehatan BPJS Kesehatan) dan asuransi Kesehatan sukarela, asuransi kesehatan yang dimiliki atas inisiatif sendiri berdasarkan pendapatan, seperti asuransi Kesehatan prudential. Fakta kepemilikan di Indonesia tahun 2019, yang memiliki asuransi wajib sebesar 70,19% dan yang memiliki asuransi Kesehatan sukarela sebesar 0,98%. Pada penelitian ini membahas status sosial ekonomi ditinjau dari pendapatan dalam membeli pelayanan kesehatan⁶, khususnya dalam pemilihan asuransi kesehatan, karena salah satu indikator dalam Indeks Keluarga Sehat (IKS) ialah keluarga sudah menjadi anggota JKN.

Faktanya kepesertaan di Kota Jambi tahun 2019 yang memiliki asuransi wajib adalah 68,25% (BPJS kesehatan 67,97%, Jamkesda 0,56%, dan perusahaan/kantor 5,98%), sedangkan yang memiliki asuransi sukarela hanya 1%.⁸ Dalam kajian mengenai pemanfaatan fasilitas kesehatan, sesuai dengan penelitian Rabbaniyah dan Nadjib (2019) menyebutkan bahwa faktor sosial ekonomi merupakan faktor predisposisi dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan. Faktor yang mempengaruhi secara signifikan dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan untuk bagian berobat jalan adalah status pekerjaan dan pendapatan kepala keluarga. Dari informasi tersebut menunjukkan kepala keluarga yang bekerja memiliki peluang yang besar dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk berobat jalan dan semakin tinggi pendapatan keluarga maka semakin tinggi akan pemanfaatan fasilitas keluarga. Dari hasil penelitian yang dilakukan Rabbaniyah dan Nadjib (2019) disarankan bahwa pemerintah senantiasa harus membuka lapangan kerja yang layak dan cukup sehingga kepala keluarga mendapatkan pendapatan yang cukup. Kepala keluarga yang mendapatkan pendapatan keluarga yang tetap maka akan mampu untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan. Selanjutnya evaluasi mengenai kepemilikan fasilitas kesehatan atau asuransi kesehatan harus senantiasa dilakukan, agar nantinya tercipta target Indonesia menuju jaminan kesehatan semesta.

Dalam kajian status sosial dan ekonomi, dalam penelitian Wijianto dan Ulfa (2016) menyebutkan bahwa Kedudukan atau status berarti posisi atau tempat seseorang dalam sebuah kelompok sosial. Makin tinggi kedudukan seseorang maka makin mudah pula dalam memperoleh fasilitas yang diperlukan dan diinginkan. Wijianto dan Ulfa (2016) menyebutkan bahwa status sosial ekonomi memiliki dua aspek yaitu aspek yang pertama yaitu aspek struktural, aspek struktural ini bersifat hierarkis yang artinya aspek ini secara relatif mengandung perbandingan tinggi atau rendahnya terhadap status-status lain, sedangkan aspek status yang kedua yaitu aspek fungsional atau peranan sosial yang berkaitan dengan status-status yang dimiliki seseorang. Penelitian ini juga mengacu kepada penelitian relevan mengenai pola belanja kesehatan katastrofik bagi peserta jaminan kesehatan nasional di Kota Jambi. Solida, Noerjoedianto, Mekarisce & Widiastuti (2021) menyebutkan bahwa penekanan biaya kesehatan katastrofik dari BPJS Kesehatan bukan berarti menghentikan belanja kesehatan katastrofik yang harus ditanggung masyarakat. Beberapa studi terdahulu menghasilkan bahwa hampir 77% rumah tangga harus mengeluarkan lebih dari 50% belanja selain makan dalam sebulan untuk belanja katastrofik rawat inap. Kepemilikan jaminan kesehatan dapat menurunkan belanja kesehatan katastrofik sebesar 12,97% (4). Rumah tangga di Indonesia masih mengalami risiko belanja katastrofik yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor signifikan diantaranya; pendapatan,



kunjungan rawat inap dan rawat jalan, usia, pendidikan, lokasi, tempat tinggal, jumlah anggota keluarga kepemilikan rumah, morbiditas, kepemilikan JKN dan status sosial.

Sejalan dengan kajian diatas maka penelitian ini bertujuan untuk mengukur tingkat pendapatan keluarga dalam kemampuan membayar biaya asuransi kesehatan, baik keluarga penerima bantuan maupun non penerima bantuan, sehingga pemerintah berupaya mendapatkan keluarga yang betul-betul mendapatkan bantuan terkait premi yang dibayarkan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini termasuk dalam penelitian survei dengan pendekatan kuantitatif dan desain cross sectional, dengan jumlah populasi kepala keluarga 183.4489, sedangkan sampel yang diambil 164 kepala keluarga. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik probability sampling dengan jenis cluster sampling. Variabel yang tertuang dalam kuesioner terdiri atas variabel independen (pendidikan, pendapatan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, dan kepemilikan aset), dan variabel dependen (pemilihan asuransi kesehatan), dilakukan pengumpulan data secara langsung melalui wawancara, hasilnya selanjutnya diolah menggunakan uji Chi Square, untuk diterjemahkan berdasarkan nilai p-value dalam kesimpulan.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian

35 - < 45	47	28,6
45 - < 54	75	45,7
Pendidikan		
Pendidikan Rendah	43	26,2
Pendidikan Tinggi	121	73,8
Pendapatan		
Rendah (<Rp 2.500.000-3.500.000)	50	30,5
Tinggi (≥Rp 3.500.000)	114	69,5
Pekerjaan		
Sektor Informal	106	64,6
Sektor Formal	58	35,4
JumlahAnggotaKeluarga		
Keluarga besar (>4 orang)	64	39,0
Keluarga kecil (≤4 orang)	100	61,0
Kepemilikan Aset		
Sedikit	67	40,9
Banyak	97	59,1
PemilihanAsuransi Kesehatan		
Asuransi Wajib	144	87,8
Asuransi Sukarela	20	12,2

Karakteristik responden menurut usia paling besar pada kelompok 46-54 tahun berjumlah 75 orang (45,7%), dan kelompok usia responden terkecil yaitu usia 21 – 35 tahun 42 orang (2,6%). Berpendidikan tinggi (Perguruan Tinggi) sebanyak 121 orang (73,8%), sisanya berpendidikan rendah (SMA kebawah), dengan pendapatan kategori tinggi 114 orang (69,5%) dan bekerja pada sektor informal 106 orang (64,6%), yang dibuktikan besar jumlah anggota keluarga ≤4 orang 100 KK (61,0%), dengan kepala keluarga memiliki aset banyak 97 orang (59,1%). Jika dikaji dari proses pemilihan asuransi kesehatan wajib baik BPJS kesehatan, jamkesda dan asuransi perusahaan sebesar 144 orang (87,8%), sisanya asuransi sukarela/komersial. Secara detail tergambar pada tabel 1 berikut ini

Khusus untuk kajian hubungan bivariat antar variable menggunakan analisis *chi square* seperti tabel 2 berikut ini:

Tabel 2. Analisis Bivariat Variabel Independen dan Variabel Dependen

Variabel Independen	Variabel Dependen				p
	Pemilihan Asuransi Kesehatan				
	Asuransi Wajib		Asuransi Sukarela		
	n	%	n	%	
Pendidikan					
Pendidikan Rendah	42	97,7	1	2,3	0,021
Pendidikan Tinggi	102	84,3	19	15,7	
Pendapatan					
Rendah	42	84,0	8	16,0	0,324
Tinggi	102	89,5	12	10,5	
Pekerjaan					
Sektor Informal	94	88,7	12	11,3	0,644
Sektor formal	50	86,2	8	13,8	
Jumlah Anggota Keluarga					
Keluarga besar	58	90,6	6	9,4	0,377
Keluarga kecil	80	80,0	14	14,0	
Kepemilikan Aset					
Sedikit	55	82,1	12	17,9	0,063
Banyak	89	91,8	8	8,2	

Berdasarkan tabel 2, disimpulkan pada variabel pendidikan nilai p_v 0,021 ($p < 0,05$) sehingga H_0 ditolak, artinya terdapat hubungan antara pendidikan dengan pemilihan asuransi kesehatan. Khusus variable pendapatan, nilai p_v 0,324 ($p > 0,05$) sehingga H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan antara pendapatan dengan pemilihan asuransi kesehatan. Variabel pekerjaan nilai p_v 0,644 ($p > 0,05$) sehingga H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan pemilihan asuransi kesehatan. Khusus variabel jumlah anggota keluarga, nilai p_v 0,377 ($p > 0,05$) sehingga H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan pemilihan asuransi kesehatan. Pada variabel kepemilikan aset, nilai p_v 0,063 ($p > 0,05$) sehingga H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan antara kepemilikan aset dengan pemilihan asuransi kesehatan di Kota Jambi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hubungan Pendidikan terhadap Pemilihan Asuransi Kesehatan.

Kepala keluarga dengan pendidikan tinggi merupakan kepala keluarga yang paling banyak memilih asuransi kesehatan sukarela jika dibandingkan dengan kepala keluarga dengan pendidikan rendah, yang dibuktikan dengan nilai p_v 0,021 artinya terdapat hubungan antara pendidikan dengan pemilihan asuransi kesehatan. Hal ini sejalan penelitian pada saat pendaftaran asuransi kesehatan yang dilakukan oleh Amu dan Dickson (2016) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kepemilikan asuransi kesehatan. Terkait kepemilikan asuransi komersial, juga pernah dilakukan penelitian Intiasari, Trisnantoro, & Hendartini (2015) yang menyatakan bahwa pendidikan memiliki hubungan dengan kepemilikan asuransi komersial. Jika kepemilikan asuransi kesehatan komersial dihubungkan dengan pendidikan, dengan latar belakang tamat SLTA/MA menunjukkan kemungkinan 10,3 kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak sekolah. Hasil penelitian ini mengacu pada teori Russel (1996), status sosial ekonomi, dalam hal ini pendidikan berhubungan dengan pemilihan sistem jaminan. Semakin tinggi pendidikan, maka semakin besar pula peluang untuk memilih jaminan kesehatan yang lebih, karena seseorang dengan pendidikan

tinggi cenderung mempunyai demand yang lebih tinggi terhadap status kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik. Hal ini sesuai dengan sifat asuransi sukarela yang memenuhi demand penduduk dan lebih sesuai dengan permintaan kelompok tertentu yang khususnya ingin mendapatkan pelayanan yang nyaman dan bergengsi. Hasil penelitian Dragos Dragos, Dragos, & Muresa (2020), menunjukkan hasil yang berbeda dengan penelitian, penelitiannya menyebutkan bahwa orang yang lebih berpendidikan tinggi memiliki kemampuan untuk mengelola risiko sendiri dan cenderung tidak akan membeli asuransi. Penelitian Benlagha dan Hemrit (2020), menilai bahwa individu dengan pendidikan tinggi tingkat lebih sadar akan risiko. Semakin tinggi pendidikan pasien selaku pengguna jasa layanan kesehatan, mendorong semakin kritisnya pemikiran dan pengetahuan mereka tentang masalah kesehatan, sehingga kepala keluarga dengan pendidikan tinggi merasa membutuhkan asuransi kesehatan tambahan sukarela selain dari asuransi wajib yang saat ini digunakan.

Hubungan Pendapatan Terhadap Pemilihan Asuransi Kesehatan

Ulfah & Sodi (2018) menyebutkan bahwa pendapatan dapat dilihat dari kegiatan yang dilakukan seseorang untuk menghasilkan, baik pendapatan pokok (rutin) dan pendapatan sampingan (marjinal). Hasil penelitian didapat nilai $p > 0,324$, artinya tidak ada hubungan pendapatan terhadap pemilihan asuransi kesehatan, dari 164 kepala keluarga. Penelitian ini berfokus pada pemilihan asuransi kesehatan kepala keluarga untuk menjamin keluarganya, bukan dari kepemilikan asuransi kesehatan. Karena, tahapan awal sebelum memiliki adalah memilih terlebih dahulu. Dibandingkan dengan kepala keluarga berpendapatan tinggi, kepala keluarga berpendapatan rendah lebih banyak memilih asuransi kesehatan sukarela. Ini mengindikasikan bahwa beberapa kepala keluarga berpendapatan rendah sebenarnya ingin memilih asuransi tambahan sukarela dan merasa tidak cukup dengan asuransi kesehatan wajib saja, namun tidak memiliki sumber daya yang mencukupi. Hal ini tetap diperlukan penelitian lebih mendalam lagi. Menurut teori Russel (1996), status sosial ekonomi, dalam hal ini pendapatan⁵ berhubungan dengan pemilihan sistem jaminan. Semakin tinggi pendapatan, maka semakin besar pula peluang untuk memilih jaminan kesehatan yang lebih. Hal ini sejalan dengan penelitian Kusumaningrum dan Azinar, yang menunjukkan bahwa responden dengan penghasilan tinggi memiliki kesadaran 2,01 kali lebih besar untuk menjadi peserta JKN mandiri dibandingkan dengan responden yang memiliki penghasilan rendah. Dengan demikian, semakin tinggi penghasilan maka semakin besar kemungkinan untuk menjadi peserta asuransi wajib. Dalam penelitian Puluwulawa, menyebutkan bahwa orang dengan pendapatan rendah memiliki frekuensi penyakit yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang berpenghasilan lebih tinggi. Semakin besar pendapatan kepala rumah tangga, semakin kecil kemungkinan anggota keluarganya mendapatkan kesehatan yang buruk. Ada responden yang berpendapatan rendah cenderung lebih sering dan lebih ekstensif dalam pelayanan kesehatan, beberapa responden yang berpendapatan rendah juga lebih sering memeriksa dan memelihara kesehatan dibanding kelompok responden yang berpendapatan tinggi. Sehingga, beberapa responden berpendapatan tinggi mengkhawatirkan pilihannya terhadap asuransi kesehatan tambahan sukarela tidak diimbangi dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang tinggi. Studi yang dilakukan Ulfah Adkk, melaporkan hasil yang berbeda, bahwa semakin kaya dan semakin sehat individu akan mengkonsumsi lebih banyak asuransi privat. Semakin tinggi pendapatan seseorang, semakin ingin ia memperoleh asuransi yang lebih luas. Berdasarkan penelitian, kepala keluarga yang mempunyai pendapatan tinggi rata-rata memang sudah pernah menggunakan asuransi kesehatan tambahan sukarela disamping asuransi kesehatan wajib. Untuk masalah pelayanan kesehatan yang didapat dari asuransi tambahan sukarela memang memuaskan, namun beberapa responden berhenti menggunakan asuransi sukarela dan hanya menggunakan asuransi wajib saja. Hal ini berhubungan dengan trust (kepercayaan). Kemudian, ada beberapa kepala keluarga yang lebih menggunakan pendapatan yang diduplikannya untuk keperluan lain, termasuk responden menilai asuransi kesehatan sukarela hanya sebagai barang pelengkap dan minimal kebutuhan dasar (asuransi kesehatan wajib) sudah terpenuhi.



Hubungan pekerjaan terhadap pemilihan asuransi kesehatan

Kepala keluarga yang bekerja pada sektor informal lebih banyak memilih asuransi kesehatan sukarela dibandingkan yang bekerja pada sektor formal. Adapun nilai p_v yang didapat sebesar 0,644, artinya pekerjaan tidak ada hubungannya terhadap pemilihan asuransi kesehatan. Kajian ini sejalan penelitian Puluhulawa¹⁸ yang menyebutkan bahwa kepala rumah tangga yang bekerja pada sektor formal lebih mempunyai kemungkinan untuk memiliki status kesehatan baik. Sehingga, kepala keluarga yang bekerja pada sektor formal banyak yang tidak memilih asuransi kesehatan tambahan sukarela lagi. Di dalam penelitian Kusumaningrum dan Azinar (2018) menyatakan bahwa variabel pekerjaan tidak memiliki hubungan dengan kepesertaan JKN mandiri, ditunjukkan dengan nilai $p=0,285$ ($p<0,05$) (RP=1,42; 95%CI=0,81- 2,49). Hasil penelitian Intiasari dkk (2015) menunjukkan hasil yang berbeda yaitu salah satu faktor yang berhubungan dengan kepemilikan asuransi sukarela adalah pekerjaan ($p<0,001$). Menurut teori Russel (1996), status sosial ekonomi, dalam hal ini pekerjaan berhubungan dengan pemilihan system jaminan. Semakin terjamin atau tetap suatu pekerjaan, maka semakin besar pula peluang untuk memilih jaminan kesehatan yang lebih. Kepala keluarga yang bekerja pada sektor formal, yang awalnya pernah menggunakan asuransi kesehatan sukarela memang lebih banyak dibandingkan kepala keluarga yang bekerja pada sektor informal, namun saat ini beberapa responden tidak lagi menggunakan asuransi tambahan sukarela karena merasa puas dengan pelayanan yang diberikan dari asuransi wajib yang mereka gunakan. Hasil penelitian menyatakan kepala keluarga yang bekerja pada sektor formal paling banyak menjadi peserta BPJS kelas I dan tidak ingin memilih asuransi kesehatan tambahan sukarela, karena perolehan informasi yang mereka peroleh dari orang lain. Misalnya, pengalaman atau testimoni dari rekan kerja kantornya yang mengeluhkan kekecewaannya pada asuransi kesehatan sukarela. Khusus pekerja formal juga lebih memilih asuransi kesehatan wajib karena terikat dan harus berkontribusi lebih pada program pemerintah. Penelitian ini berfokus pada pemilihan asuransi kesehatan kepala keluarga bukan dari kepemilikan asuransi kesehatannya, sehingga meskipun pegawai pemerintah dan swasta diwajibkan untuk memiliki asuransi kesehatan wajib, mereka tetap memiliki peluang untuk memilih asuransi kesehatan sukarela. Kepala keluarga yang bekerja pada sektor formal lebih memilih asuransi kesehatan wajib dibandingkan asuransi kesehatan tambahan sukarela. Ini mengindikasikan bahwa beberapa responden benar-benar menjadi peserta asuransi wajib karena mereka memang memilih dan mereka menyukainya, meskipun memiliki kemampuan keuangan untuk memilih asuransi kesehatan tambahan sukarela.

Hubungan Jumlah Anggota Keluarga Terhadap Pemilihan Asuransi Kesehatan

Kepala keluarga yang lebih banyak memilih asuransi kesehatan wajib adalah keluarga besar yakni kepala keluarga yang memiliki jumlah anggota keluarga >4 orang. Dibuktikan dengan nilai p_v 0,377, artinya tidak ada hubungan jumlah anggota keluarga terhadap pemilihan asuransi kesehatan. Kajian ini sejalan penelitian Adams, Chou, & PU (2015) serta penelitian Kazungu dan Barasa (2017) yang menyebutkan bahwa ukuran rumah tangga tidak memiliki hubungan dengan pertanggungans asuransi kesehatan. Menurut teori Rusell (1996) status sosial ekonomi, dalam hal ini jumlah anggota keluarga berhubungan dengan pemilihan sistem jaminan. Semakin banyak jumlah anggota rumah tangga, maka semakin besar pula peluang untuk memilih jaminan kesehatan yang lebih. Rumah tangga perlu meminimalkan potensi risiko kesehatan rumah tangga. Namun, hasil penelitian menunjukkan bahwa kepala keluarga dengan jumlah anggota >4 orang lebih banyak memilih asuransi kesehatan wajib saja dan tidak memilih asuransi tambahan sukarela karena merasa cukup dengan pelayanan yang diberikan dari asuransi kesehatan wajib. Penelitian Alesane dan Anang (2018) mengungkapkan bahwa penyerapan asuransi menurun dengan ukuran rumah tangga. Artinya, pertanggungans asuransi kesehatan menurun dengan bertambahnya jumlah anggota rumah tangga. Semakin bertambah jumlah anggota keluarga, keinginan untuk mengikuti program pembiayaan kesehatan semakin menurun. Dalam penelitian Hermanto, Rimawati, & Ernawati (2014), semakin banyak jumlah anggota

keluarga akan semakin banyak pula biaya untuk memenuhi kebutuhan hidup, dan secara otomatis akan semakin banyak alokasi dana yang harus disediakan. Sehingga, kepala keluarga dengan jumlah anggota keluarga >4 orang tidak memilih asuransi kesehatan tambahan sukarela serta merasa cukup dengan asuransi wajib yang dimiliki saat ini.

Hubungan kepemilikan aset terhadap pemilihan asuransi kesehatan

Kelompok kepala keluarga yang lebih banyak memilih asuransi kesehatan wajib adalah kepala keluarga dengan aset banyak. Hasil dari nilai $p > 0,063$ diartikan bahwa tidak ada hubungan kepemilikan aset terhadap pemilihan asuransi kesehatan. Sejalan penelitian Iqbal, et al (2017), menyebutkan bahwa kepemilikan aset tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan perpanjangan keanggotaan asuransi, dan kepemilikan aset mengakibatkan rendahnya partisipasi perempuan dalam asuransi kesehatan. Menurut teori Rusell (1996), status sosial ekonomi, dalam hal ini kepemilikan aset berhubungan dengan pemilihan sistem jaminan. Semakin banyak aset yang dimiliki rumah tangga, maka semakin besar pula peluang untuk memilih jaminan kesehatan yang lebih. Kepala keluarga yang memiliki aset banyak dapat membeli asuransi kesehatan tambahan sukarela yang diinginkan untuk mengurangi risiko kesehatan yang akan datang ketika pendapatan rendah. Namun, hasil penelitian menunjukkan bahwa kepala keluarga dengan kepemilikan aset sedikit lebih banyak memilih asuransi kesehatan tambahan sukarela dibandingkan kepala keluarga yang memiliki aset banyak. Hasil penelitian Oraro, Ngube, Atohmbom, Srivastava, & Wyss (2018), menunjukkan hasil yang berbeda yaitu studi ini menemukan bahwa pria yang termasuk dalam kuintil kekayaan berbasis aset tertinggi memiliki peluang lebih tinggi untuk mendaftar ke asuransi kesehatan sukarela dibandingkan dengan mereka yang memiliki kekayaan berbasis aset yang lebih rendah. Berdasarkan penelitian ini, beberapa keluarga dengan aset banyak pernah menggunakan asuransi sukarela sebelumnya, namun saat ini sudah tidak digunakan lagi dan mereka lebih memilih asuransi wajib. Hal ini dikarenakan mereka kecewa dengan sistem tabungan asuransi tambahan sukarela, padahal mereka sudah rutin membayar premi setiap bulannya, akan tetapi pada akhirnya mereka juga tidak bisa mengambil hasil tabungan dari hasil premi yang dibayarkan. Apalagi dengan maraknya kasus asuransi yang collapse, sehingga makin membuat mereka tidak ingin memilih asuransi kesehatan sukarela.

SIMPULAN

Pendidikan merupakan salah satu variabel yang sangat penting dalam proses pemilihan terhadap asuransi kesehatan, baik asuransi wajib maupun asuransi sukarela. Dengan adanya tingkat Pendidikan bias dipastikan akan mampu menjawab dalam pemilihan asuransi kesehatan. Namun demikian khusus untuk variabel pendapatan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga dan kepemilikan asuransi kesehatan dalam kajian penelitian dinyatakan tidak terdapat hubungan khususnya bagi warga Kota Jambi. Khusus pendapatan sebaiknya bias dilakukan kajian lebih mendalam berdasarkan sumbernya, baik pendapatan formal maupun tidak formal berdasarkan waktu.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams, R., Chou, Y. J., & PU, C. (2015). Willingness to participate and Pay for a proposed national health insurance in St. Vincent and the Grenadines: A cross-sectional contingent valuation approach. *BMC Health Serv Res*, 15(1), 1-10.
- Alesane, A., & Anang, B. T. (2018). Uptake of health insurance by the rural poor in Ghana: Determinants and implications for policy. *Pan Afr Med J*, 31, 1-10.
- Amu, H., & Dickson, K. S. (2016). Health insurance subscription among women in reproductive age in Ghana: do socio-demographics matter. *Health Econ Rev*, 6(1).
- Benlagha, N., & Hemrit, W. (2020). Internet use and insurance growth: evidence from a panel of OECD countries. *Technol Soc*.



- Dragos, S. L., Dragos, C. M., & Muresan, G. M. (2020). From intention to decision in purchasing life insurance and private pensions: different effects of knowledge and behavioural factors. *J Behav Exp Econ*, 87-101.
- Hermanto, A. S., Rimawati, E., & Ernawati, D. (2014). Kesiapan Pekerja Sektor Informal (Sopir Truk Container) Dalam Membayar Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Di Kota Semarang. *VisiKes*, 13(2), 3-9.
- Intiasari, A. D., Trisnantoro, L., & Hendrartini, J. (2015). Potret Masyarakat Sektor Informal di Indonesia: Mengenal Determinan Probabilitas Keikutsertaan Jaminan Kesehatan sebagai Upaya Perluasan Kepesertaan pada Skema Non PBI Mandiri. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 4(4), 26-32.
- Iqbal, M., Chowdhury, A. H., Mahmood, S. S., Mia, M. N., Hanifi, S. M., & Bhuiya, A. (2017). Socioeconomic and programmatic determinants of renewal of membership in a voluntary micro health insurance scheme: Evidence from Chakaria, Bangladesh. *Glob Health Action*, 10(1).
- Kazungu, J. S., & Barasa, E. W. (2017). Examining levels, distribution and correlates of health insurance coverage in Kenya. *Trop Med Int Heal*, 22(9), 75-85.
- Kusumaningrum, A., & Azinar, M. (2018). Kepesertaan masyarakat dalam Jaminan Kesehatan Nasional secara mandiri. *Jurnal HIGEIA*, 2(1), 49-60.
- Oraro, T., Ngube, N., Atohombom, G. Y., Srivastava, S., & Wyss, K. (2018). The influence of gender and household headship on voluntary health insurance: The case of North-West Cameroon. *Health Policy Plan*, 33(1), 63-70.
- Rabbaniyah, F., & Nadjib, M. (2019). Analisis Sosial Ekonomi dalam Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan untuk Berobat Jalan di Provinsi Jawa Barat : Analisis Data Susenas Tahun 2017. *Jurnal MKMI*, 15(1), 73-80.
- RI Kementerian Kesehatan (2009). UU No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Jakarta: KEMENKES.
- Rusell, S. (1996). Ability to pay for health care: Concepts and evidence. *Health Policy Plan*, 11(3), 19-37.
- Solida, A., Noerjoedianto, D., Mekarisce, A. A., & Widiastuti, F. (2021). POLA BELANJA KESEHATAN KATASTROPIK PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KOTA JAMBI. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 10(4), 209-215.
- SUSENAS. (2014). Survei Sosial Ekonomi Nasional.
- Ulfah, A., & Sodik, M. A. (2018). Status sosial ekonomi dan Kesehatan. Retrieved from [osf.io: https://osf.io/8a5tn/](https://osf.io/8a5tn/)
- Wijianto, & Ulfa, I. F. (2016). Pengaruh Status Sosial dan Kondisi Ekonomi Keluarga terhadap Motivasi Bekerja Pengaruh Status Sosial dan Kondisi Ekonomi Keluarga Terhadap Motivasi Bekerja bagi Remaja Awal (Usia 12-16 Tahun) di Kabupaten Ponorogo. *AL Tijarah*, 2(2), 190-210.

