

**ANALISIS KARAKTERISTIK RESPONDEN DALAM MENUNJANG  
PENGALIAN POTENSI BERSUMBERDAYA MASYARAKAT  
DALAM PENDANAAN KESEHATAN MELALUI ASURANSI KESEHATAN  
DI KOTA BANDUNG**

Sharon Gondodiputro

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran  
Jl. Raya Bandung Sumedang Km 21 Gedung A3 lantai 1  
e-mail: *sharon\_gondodiputro@yahoo.com*

**ABSTRAK.** Pendanaan kesehatan dari Gross Domestic Product tahun 2003 di Indonesia kecil yaitu 3,1%, 64,1% berasal dari masyarakat (74,3% bermekanisme *out of pockets payment*) dan 35,9% berasal dari pemerintah. Hanya 23,33% penduduk Kota Bandung yang melakukan pendanaan kesehatannya melalui pihak ketiga, sehingga potensi penggalian dana untuk kesehatan masih cukup tinggi. Tujuan penelitian ini mengidentifikasi karakteristik penduduk yang dapat mendukung pendanaan kesehatan melalui asuransi kesehatan. Penelitian ini merupakan penelitian survey *cross-sectional*, *analisis deskriptif dengan sampel* 700 responden, yaitu masyarakat Kota dan belum menjadi peserta asuransi kesehatan. Hasil dan rekomendasi penelitian adalah wanita dapat dijadikan sasaran sosialisasi asuransi kesehatan, sasaran utama pengembangan asuransi kesehatan adalah usia produktif, penyampaian informasi tentang pendanaan kesehatan dilaksanakan dengan cara maupun bahasa yang disesuaikan dengan tingkat pendidikan SMA ke bawah, penghasilan responden sangat fluktuatif dan tidak menetap sehingga pelaksanaan pengambilan iuran asuransi kesehatan akan menjadi kendala, sebagian besar responden mempunyai tanggungan  $\leq 4$  orang, semakin banyak jumlah tanggungan sebuah keluarga semakin besar total premi yang harus dibayar, 51,9% responden memiliki rumah sendiri, sehingga dengan terpenuhinya kebutuhan dasar tersebut, maka diasumsikan bahwa seseorang dapat mengalihkan pengeluarannya untuk kebutuhan yang lain termasuk membayar iuran/premi asuransi kesehatan serta 54,6% responden tidak mempunyai kendaraan, sehingga perlu dipikirkan lokasi fasilitas pelayanan kesehatan yang dikontrak oleh badan asuransi serta perhitungan biaya transportasi.

**Kata Kunci :** Pendanaan kesehatan, Asuransi kesehatan, Karakteristik responden

**RESPONDENT CHARACTERISTICS ANALYSIS FOR COMMUNITY  
FINANCING THROUGH HEALTH INSURANCE  
IN BANDUNG MUNICIPALITY**

**ABSTRACT.** In Indonesia, Health expenditure from Gross Domestic Product is only 3.1%. From that 64.1% is private expenditure (74.3% out of pockets) and 3.9% is government expenditure. Only 23.33% inhabitant of Bandung Municipality have

insurance method for their health care. The aim of this research was to identify characteristic of Bandung Municipality population that were support in financing health care through health insurance. Cross-sectional survey was done with 700 respondents and descriptive analysis was used. The results and recommendations: women were the target of the health insurance's socialization and should use method for High School level, development of health insurance should focus on the reproductive age, most of respondents worked in the informal sector, they did not have steady income so that if they wanted to pay for the premium, the mechanism should be 1-2 times a year as long as they had their income. 79.6% respondents has  $\leq 4$  family members, The bigger the family members, the more premium they had to pay. 51.9% respondents had their own houses and 54.6% respondents did not have their own transportations, meaning the health insurance had to prepare the health providers close the the member and cost of transportation.

**Keywords : health care finance, health insurance, respondents characteristics**

## PENDAHULUAN

Peningkatan derajat kesehatan (*health status*) masyarakat di Indonesia ditunjukkan dengan makin menurunnya angka kematian bayi dan angka kematian ibu. Namun demikian disparitas derajat kesehatan antar wilayah dan antar kelompok tingkat sosial ekonomi penduduk masih tinggi. Derajat kesehatan di Indonesia juga masih jauh tertinggal dari derajat kesehatan di negara-negara tetangga.

Indonesia juga menghadapi beban ganda dalam pembangunan kesehatan yaitu timbulnya penyakit-penyakit menular yang baru dan yang lama (*re-emerging* dan *new emerging diseases*), sementara penyakit tidak menular atau degeneratif mulai meningkat (*non communicable disease*) (World Health Organization, 2002).

Selanjutnya dalam hal pendanaan kesehatan, maka pendanaan kesehatan dari *Gross Domestic Product* di Indonesia dari tahun ke tahun meningkat, namun proporsinya cukup kecil yaitu pada tahun 2003 adalah sebesar 3,1 % (World Health Organization, 2006). Dari proporsi pendanaan kesehatan, tampak bahwa sebagian besar (64,1%) berasal dari masyarakat dan hanya 35,9% berasal dari pemerintah. Dari pengeluaran masyarakat untuk kesehatan (64,1%), sebanyak 74,3% berbentuk mekanisme *out of pockets payment*.

*Pendanaan kesehatan adalah suatu cara dimana uang dikumpulkan untuk mendanai pelayanan kesehatan atau sejumlah uang untuk membeli bermacam-macam jasa pelayanan kesehatan dan produk kesehatan. Bila kita ingin menjalankan sistem kesehatan yang berkesinambungan dan kontinu dengan baik, kita memerlukan dana (sustainable health system). Dana digunakan untuk investasi, pembayaran gaji tenaga-tenaga yang bergerak di bidang kesehatan, obat dan alat kesehatan, pelaksanaan dan pengembangan program kesehatan dll. Tujuan lain adalah memelihara atau meningkatkan derajat kesehatan (Mossialos, dkk, 2003).*

Pencapaian derajat kesehatan ini mengandung makna bahwa setiap orang mempunyai hak untuk mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (*universal coverage*). *Universal coverage ini merupakan kunci utama dalam intervensi program preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif dengan pendanaan yang terjangkau bagi setiap orang*. Hal ini juga menimbulkan adanya pemerataan akses pelayanan kesehatan (*Strategy On Health Care Financing For Countries Of The Western Pacific And South-East Asia Regions*)

Pendanaan kesehatan publik, yang biasanya berasal dari pajak dan dikombinasikan dengan asuransi kesehatan sosial, pendanaan kesehatan bersumberdaya masyarakat serta bentuk-bentuk pendanaan praupaya, merupakan metode yang sangat efektif untuk mencapai *universal coverage*.

Beberapa strategi pendanaan kesehatan yang diusulkan oleh WHO antara lain :

- Segmentasi populasi atau populasi yang sangat membutuhkan pelayanan kesehatan dan menjadi target pendanaan kesehatan publik
- Peningkatan keterjangkauan fasilitas pelayanan kesehatan, menyusun prioritas pelayanan kesehatan dan investasi yang dibutuhkan
- Menyusun paket pelayanan kesehatan beserta biaya intervensi kesehatan masyarakat yang esensial
- *Sosialisasi universal coverage dan mengembangkan social safety nets*
- Memberikan subsidi yang besar kepada fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat rentan dan kurang mampu

Dengan dikeluarkannya Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, maka setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur. Salah satu ketentuan dalam Undang-undang tersebut yaitu dalam pasal 17 disebutkan bahwa (Lembaran Negara Republik Indonesia No. 150) :

- (1) Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu.
- (2) Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran yang menjadi kewajibannya dan membayarkan iuran tersebut kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial secara berkala.
- (3) Besarnya iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan untuk setiap jenis program secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak.
- (4) Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah.

Dalam pasal tersebut tersirat bahwa bagi fakir miskin, iurannya dibayar oleh Pemerintah, bagi pekerja pembayaran iuran dilakukan oleh pemberi kerja maupun

oleh pekerja itu sendiri, sedangkan bagi yang mampu, masyarakat wajib membayar iuran.

Asuransi kesehatan sebetulnya bukan barang baru dan telah ada sejak tahun 1968, yaitu dimulai dari Asuransi kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil. Perkembangan selanjutnya sangat bervariasi dan terjadi sangat lambat. Dalam kurun waktu 30 tahun hanya 14.8% penduduk Indonesia yang tercakup oleh asuransi kesehatan (Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI, 2001). Sesuai dengan Undang-undang Kesehatan No. 23 tahun 1992, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) merupakan salah satu strategi pembangunan kesehatan, namun demikian dalam perkembangannya belum seperti yang diharapkan. Rereongan Sarumpi, merupakan wujud JPKM-JPSBK dengan kepesertaan sukarela yang pernah dilaksanakan di Propinsi Jawa-Barat boleh dikatakan gagal, dari 43 pra-Bapel hanya dua yang masih bertahan, dan keduanya berada di Kota Bandung yaitu JPKM Al-Islam serta JPKM Suryasumirat dibawah Yayasan Santo Borromeous (Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Barat, 1999).

Kota Bandung mempunyai jumlah penduduk sebanyak 2.232.624 jiwa Puskesmas sebanyak 70 unit, Puskesmas DTP sebanyak 5 unit, Puskesmas Keliling sebanyak 7 unit, Rumah Sakit Umum sebanyak 16 unit, Dokter Umum 105 orang, Perawat 305 orang dan Bidan 241 orang (Dinas Kesehatan Kota Bandung, 2005).

Walaupun Indeks Peluang Hidup pada tahun 2005 telah mengalami kenaikan sebesar 0.15% dibandingkan pada tahun 2004, namun disisi lain masih ada 7.669 KK keluarga miskin atau sebesar 12,7% yang belum terlayani dan cakupan pelayanan kesehatan pra usia dan lanjut usia secara keseluruhan baru mencapai angka 14,1% (Walikota Bandung, 2005).

Pendanaan kesehatan berasal dari berbagai sumber yaitu subsidi gakin, askes, retribusi Kesehatan, APBD Kota, Propinsi dan APBN. Dari seluruh total pendanaan, pendanaan kesehatan di Kota Bandung pada tahun 2004 hanya berkisar antara 7,0%, sedangkan dana kesehatan perkapita/tahun pada tahun 2003 sebesar Rp 33.723,-/tahun dan pada tahun 2004 sebesar Rp 29.927,-/tahun (Dinas Kesehatan Kota Bandung, 2005). Cakupan penduduk miskin yang mendapat pendanaan kesehatan dari Pemerintah baru mencapai 15,3% dari jumlah penduduk. Jumlah penduduk miskin di Kota Bandung diperkirakan sebesar 11,1% dari jumlah penduduk. Walaupun persentasenya lebih rendah dari persentase penduduk miskin di Jawa Barat, tetapi bila tidak diantisipasi, maka kondisi ini akan menghambat terwujudnya Bandung Sehat 2007.

Kemiskinan menjadi masalah sosial, namun demikian ada pengertian lain dari masyarakat yang ada di kota-kota besar. Di kota besar seseorang dianggap miskin apabila harta benda miliknya tidak mencukupi untuk memenuhi taraf kehidupan yang ada, biasanya diukur dari kepemilikan beberapa benda seperti rumah, mobil, alat elektronik dan lain sebagainya (Soekanto, 2001). Dalam penelitian ini digunakan tolok ukur kepemilikan rumah dan kendaraan, karena barang elektronik seperti televisi ataupun radio sudah menjadi barang yang dimiliki semua orang termasuk yang dikategorikan miskin sekalipun.

## **Analisis Karakteristik Responden dalam Menunjang Penggalan Potensi Bersumberdaya Masyarakat dalam Pendanaan Kesehatan Melalui Asuransi Kesehatan di Kota Bandung (Sharon Gondodiputro)**

---

Selanjutnya sebagian penduduk Kota Bandung sudah ada yang melakukan pendanaan kesehatannya melalui pihak ketiga, walaupun masih relatif kecil yaitu 23,3%, sebagian besar oleh PT Askes (12,5%). Melihat kenyataan tersebut, maka di Kota Bandung, potensi penggalan dana untuk kesehatan masih cukup tinggi yaitu sekitar 76,7%.

Seiring dengan berjalannya waktu, tidak bisa dipungkiri bahwa pembiayaan kesehatan masyarakat dari tahun ke tahun semakin meningkat. Hal ini, sangat memberatkan khususnya bagi golongan ekonomi menengah ke bawah. Pada saat ini hampir di seluruh pelosok daerah, masalah pembiayaan kesehatan dan kepesertaan jaminan pemeliharaan kesehatan menjadi masalah yang cukup penting. Di Kota Bandung sendiri belum diketahui potensi pendanaan kesehatan yang berkaitan dengan pelaksanaan asuransi kesehatan berbasis sumberdaya masyarakat, sehingga salah satu kegiatan yang perlu dilakukan adalah identifikasi karakteristik penduduk meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, jumlah tanggungan, kepemilikan rumah dan kendaraan yang dapat mendukung pendanaan kesehatan melalui asuransi kesehatan.

### **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian survey *cross-sectional, analisis deskriptif* dengan populasi adalah kumpulan masyarakat Kota Bandung yang merasa berpenghasilan antara Rp.650.000,- sampai dengan Rp.1.500.000,- dan belum menjadi peserta asuransi kesehatan. Asumsi yang ditegakkan adalah bila penghasilannya dibawah Rp 650.000,-, premi asuransi kesehatan dibayar oleh Pemerintah dan bila penghasilannya di atas Rp 1.500.000,-, premi dibayar sendiri oleh yang bersangkutan. Individu dalam populasi terdiri dari pedagang, karyawan dan pekerja di bidang jasa seperti tukang jahit, buruh bangunan atau supir. Secara umum mereka adalah pekerja dengan penghasilan diatas UMR (Upah Minimum Regional) yang berlaku di Kota Bandung sampai bulan November tahun 2006. Persentase mereka di Kota Bandung cukup besar, dan umumnya bertempat tinggal di daerah-daerah pinggiran kota. Adapun kriteria inklusi adalah:

1. Warga masyarakat Kota Bandung yang merasa berpenghasilan antara Rp.650.000,- sampai dengan Rp.1.500.000,-
2. Belum menjadi peserta asuransi kesehatan
3. Merupakan pekerja di sektor informal seperti pedagang, karyawan dan pekerja di bidang jasa seperti tukang jahit, buruh bangunan atau supir

Adapun Kriteria Eksklusi adalah yang termasuk kriteria inklusi tetapi saat dilakukan wawancara, responden tersebut menolak diwawancarai atau tidak berada di lokasi wawancara.

Metode pengambilan sampel (*sampling*) yang digunakan dalam penelitian ini adalah sampling bertahap (Lampiran 1). Tahapan-tahapannya adalah sebagai berikut:

- Pertama dipilih sample Kecamatan secara acak (*Simple Random Sampling*)

- Kedua dipilih Kelurahan dari Kecamatan yang terpilih pada tahap pertama secara acak (*Simple Random Sampling*)
- Ketiga dipilih RW dari Kelurahan yang terpilih pada tahap kedua secara acak (*Systematic Random Sampling*)
- Terakhir dipilih responden secara *Purposive sampling*

Ukuran sampel ( $n$ ) ditetapkan sesuai dengan analisis data yang akan dilakukan; yaitu penaksiran kemauan orang untuk membayar asuransi kesehatan masyarakat (WTP) berdasarkan kemampuan membayarnya (ATP). Hubungan diantara keduanya dinyatakan dalam bentuk berikut:

$$n(x) = \frac{\exp(\beta x)}{1 + \exp(\beta x)}$$

Keterangan:

$x$  : kemampuan membayar

$y$  : efek dari kemampuan membayar ( $x$ ) terhadap kemauan membayar ( $Y$ )

$n(x)$  : menyatakan peluang bahwa orang akan mau membayar apabila kemampuannya sebesar  $x$ .

Model hubungan WTP dan ATP di atas merupakan sebuah model *logistic Regression*, dan ukuran sampel yang terkait dengan model ini adalah

$$n = \left[ z_{\alpha} z_{\beta} \times \exp\left(\frac{\beta^2}{4}\right) \right]^2 \times \frac{1 + 2 \times \beta \times \beta}{\beta \times \beta^2}$$

dengan

$$\beta = \left[ 1 + \frac{\beta^2}{4} \exp\left(\frac{5 \times \beta^2}{4}\right) \right] / \left[ 1 + \exp\left(\frac{\beta^2}{4}\right) \right]$$

Hsieh (1989).

Penjelasan untuk simbol-simbol dalam formula di atas:

- $\beta$ : menyatakan taksiran peluang orang mau membayar seandainya kemampuannya sama dengan rerata dari kemampuan orang untuk membayar.
- $z_{\alpha}$  dan  $z_{\beta}$  masing masing menyatakan nilai persentil dari distribusi normal standar sesuai dengan  $\alpha$  (kekeliruan tipe 1) dan  $\beta$  (kekeliruan tipe 2) yang ditetapkan.
- $\beta$  sama dengan logaritma dari odds ratio orang mau membayar seandainya kemampuannya di tingkatkan sebesar satu standar deviasi dari reratanya, dibanding dengan kemauannya apabila kemampuannya sebesar rerata

Berdasarkan formula untuk menentukan ukuran sampel diatas, maka ditentukan banyaknya sampel representatif yang akan digunakan pada penelitian yaitu sebanyak 700 responden.

**Analisis Karakteristik Responden dalam Menunjang Penggalian Potensi Bersumberdaya Masyarakat dalam Pendanaan Kesehatan Melalui Asuransi Kesehatan di Kota Bandung (Sharon Gondodiputro)**

Teknik Pengumpulan Data dilakukan dengan studi lapangan, yaitu survey dengan cara memberikan Kuesioner kepada para responden untuk dijawab sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

Setelah dilakukan survey, dan kuesioner sudah terkumpul, selanjutnya dilakukan *entry data berdasarkan pengkodean*. Analisis data dilakukan dengan menggunakan SPSS 14.0 menggunakan proporsi frekuensi.

Waktu dan lokasi penelitian dilakukan pada bulan Agustus – Desember 2006 di eks 6 (enam) Wilayah Kota Bandung yaitu Bojonegara, Cibeunying, Karees, Tegalega, Ujungberung dan Gedebage.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

Karakteristik responden yang digambarkan berdasarkan: jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, jumlah tanggungan, kepemilikan rumah dan kendaraan menunjukkan hasil sebagai berikut:

**Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin**

Tabel 1 menunjukkan bahwa, sebagian besar (64,1%) responden adalah pria dan 35,7% adalah wanita. Namun demikian bila dianalisis lebih mendalam, proporsi wanita dibandingkan pria adalah 1 : 2, keadaan ini menunjukkan bahwa, wanita dapat dijadikan sasaran sosialisasi asuransi kesehatan.

**Tabel 1.** Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frequency	Percent
Pria	449.00	64.14
Wanita	251.00	35.86
Total	700.00	100.00

**Karakteristik Responden Berdasarkan Usia**

Dilihat dari kelompok usia, persentase terbesar tampak pada usia produktif dengan rentang usia 35-44 Tahun (37,4%) kemudian usia 25-34 Tahun (28,3%) dan hanya sebagian kecil (5,6%) responden berusia diantara 15-24 Tahun. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 2. Dilihat dari proporsi responden berdasarkan usia tampak bahwa, di dalam mengembangkan asuransi kesehatan usia produktif adalah sasaran utama.

**Tabel 2.** Distribusi Responden Berdasarkan Usia

Usia	Frequency	Percent
15-24	39.00	5.57
25-34	198.00	28.29
35-44	262.00	37.43
45-54	136.00	19.43
diatas 55	65.00	9.29

---

Total	700.00	100.00
-------	--------	--------

---

### **Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan**

Pada Tabel 3 tampak bahwa, pendidikan tertinggi dari responden adalah perguruan tinggi, namun persentasinya kecil (7,1%), sedangkan sebagian besar (36,7%) responden berpendidikan SMA. Pendidikan SD menunjukkan persentase terbesar kedua (34,6%) setelah SMA. Dari fakta tersebut harus menjadi pertimbangan pengambil kebijakan agar didalam penyampaian informasi tentang pendanaan kesehatan dilaksanakan dengan cara maupun bahasa yang disesuaikan dengan tingkat pendidikan SMA ke bawah.

**Tabel 3.** Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Pendidikan	Frequency	Percent
SD	242.00	34.57
SMP	145.00	20.71
SMA	257.00	36.71
Perguruan Tinggi	50.00	7.14
Lainnya	6.00	0.86
Total	700.00	100.00

### **Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, sebagian besar (38,4%) responden bekerja sebagai pedagang yaitu pedagang: warung, pedagang keliling, 21,1% sebagai karyawan/ karyawati yang bekerja di kantor tetapi belum menjadi peserta asuransi (pelayan toko, perusahaan kecil, buruh pabrik). Selanjutnya 22,0% bekerja di bidang jasa seperti tukang jahit, supir, satpam dan buruh bangunan. Sisa responden adalah ibu rumah tangga yang tidak bekerja, namun demikian memiliki penghasilan berasal dari suami. Di pihak lain masih ada responden (5,9%) yang tidak mau mengungkapkan jenis pekerjaannya.

**Tabel 4.** Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Frequency	Percent
Karyawan/ti	171.00	24.4
Pedagang	269.00	38.4
Jasa	154.00	22.0
Tak bekerja	65.00	9.3
Tak menjawab	41.00	5.9
Total	700.00	100.00

Dari fakta tersebut tampak bahwa, pekerjaan di sektor informal sangat heterogen. Hal ini berimplikasi sebagai berikut:

- Penghasilan sangat fluktuatif, tak menentu serta kemungkinan mudah kehilangan pekerjaan, sehingga dana untuk pembayaran iuran/premi asuransi kesehatan belum tentu tersedia setiap bulan, oleh karena itu sebaiknya dilaksanakan dalam jangka waktu minimal 6 bulan atau 1 tahun pada saat yang bersangkutan masih memiliki pekerjaan.
- Dari segi pengumpulan iuran/premi, pelaksanaan pengambilan iuran asuransi kesehatan tersebut perlu dipikirkan cara dan waktu yang tepat, misalnya 1-2 kali setahun sehingga pengumpulan iuran akan berhasil secara maksimal. Lebih baik lagi apabila pengumpulan iuran/premi dilaksanakan bersama-sama dengan pengurusan kewajiban masyarakat lainnya, misalnya pengurusan/pemutahiran data Kartu Keluarga yang pelaksanaannya setiap tahun.

### Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan

Status pernikahan terbagi menjadi 3 kategori yaitu belum kawin, kawin dan janda/duda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (88,6%) responden telah menikah. Seperti diketahui bahwa, Indonesia khususnya di Jawa Barat memiliki budaya paternalistik. Dengan status menikah, risiko untuk menanggung keluarga di luar keluarga inti menjadi lebih besar.

**Tabel 5.** Distribusi responden berdasarkan status pernikahan

Status pernikahan	Frequency	Percent
kawin	620.00	88.57
belum kawin	33.00	4.71
janda/duda	47.00	6.71
Total	700.00	100.00

### Karakteristik Responden berdasarkan jumlah tanggungan

Jumlah tanggungan diperlukan untuk menghitung total besaran iuran/premi asuransi kesehatan yang harus ditanggung oleh keluarga. Semakin banyak jumlah tanggungan sebuah keluarga semakin besar total premi yang harus dibayarkan oleh keluarga tersebut. Berdasarkan jumlah rata-rata sebuah keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu dan 2 orang anak maka ditentukan 2 kategori jumlah tanggungan yaitu  $\leq 4$  orang dan  $> 4$  orang tanggungan.

**Tabel 6.** Distribusi Responden berdasarkan jumlah tanggungan

Jumlah tanggungan	Frequency	Percent
$\leq 4$ orang	557	79.6
$> 4$ orang	143	20.4
Total	700	100.0

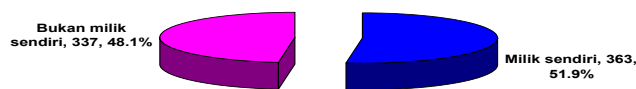
**Analisis Karakteristik Responden dalam Menunjang Penggalian Potensi Bersumberdaya Masyarakat dalam Pendanaan Kesehatan Melalui Asuransi Kesehatan di Kota Bandung (Sharon Gondodiputro)**

---

Dari tabel 6 tampak bahwa sebagian besar (79,6%) responden memiliki tanggungan  $\leq 4$  orang dan hanya sebagian kecil (20,4%) responden memiliki tanggungan  $> 4$  orang. Keadaan ini menunjukkan bahwa secara umum iuran/premi asuransi kesehatan yang harus ditanggung lebih ringan mengingat sebagian besar (79,6%) responden tanggungannya sedikit ( $\leq 4$  orang).

**Distribusi responden berdasarkan kepemilikan rumah**

Kepemilikan rumah, sebagai salah satu indikator untuk mengukur keadaan ekonomi responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa, sebagian besar (51,9%) responden telah memiliki rumah sendiri. Menurut Maslow, Rumah merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Dengan terpenuhinya kebutuhan dasar tersebut, maka diasumsikan bahwa seseorang dapat mengalihkan pengeluarannya untuk kebutuhan yang lain termasuk membayar iuran/premi asuransi kesehatan. Proporsi responden berdasarkan kepemilikan rumah dapat dilihat pada Gambar 1.

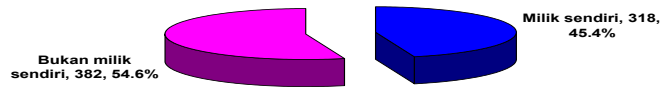


**Gambar 1.** Proporsi Responden berdasarkan Kepemilikan Rumah

Pada Gambar 1 tampak bahwa, 51.9% responden sudah memiliki rumah sendiri dan dengan jumlah yang tidak terlalu jauh berbeda yaitu 48.1% responden belum memiliki rumah sendiri. Keadaan ini tentunya akan berimplikasi pada meningkatnya biaya-biaya yang harus dikeluarkan untuk rumah misalnya biaya sewa/ kontrak.

**Distribusi responden berdasarkan Kepemilikan kendaraan**

Seperti kepemilikan rumah, kepemilikan kendaraan khususnya di kota-kota besar menunjukkan tingkat sosial seseorang. Gambaran proporsi responden dilihat dari kepemilikan kendaraan tampak seperti pada Gambar 2.



**Gambar 2.** Proporsi Responden berdasarkan Kepemilikan Kendaraan

Pada Gambar 2 tampak bahwa sebagian besar (54,6%) responden tidak memiliki kendaraan milik sendiri. Hal ini memberikan dampak meningkatnya biaya pengeluaran untuk transportasi dalam akses terhadap pelayanan kesehatan bagi responden jika dibandingkan dengan responden yang memiliki kendaraan sendiri (45,4%). Walaupun kendaraan bukan merupakan kebutuhan dasar manusia, tetapi keadaan ini harus menjadi bahan pertimbangan penentu kebijakan dalam menentukan lokasi fasilitas pelayanan kesehatan yang akan dikontrak oleh badan asuransi serta perhitungan biaya transportasi.

#### **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

1. Jenis kelamin Responden 64,1% Pria dan 35,7% Wanita (pria:wanita = 1:2), Wanita dapat dijadikan sasaran sosialisasi asuransi kesehatan.
2. Persentase terbesar usia responden adalah usia produktif dengan rentang usia 35-44 Tahun (37,4%) kemudian usia 25-34 Tahun (28,3%), sehingga didalam mengembangkan asuransi kesehatan usia produktif adalah sasaran utama.
3. Pendidikan responden yang terbesar (36,7%) SMA, pendidikan SD menunjukkan persentase terbesar kedua (34,6%). Penyampaian informasi tentang pendanaan kesehatan dilaksanakan dengan cara maupun bahasa yang disesuaikan dengan tingkat pendidikan SMA ke bawah.
4. Sebagian besar (38,4%) responden bekerja sebagai pedagang yaitu pedagang: warung, pedagang keliling, 21,1% sebagai karyawan/karyawati yang bekerja di kantor tetapi belum menjadi peserta asuransi (pelayan toko, perusahaan kecil, buruh pabrik). Selanjutnya 22,0% bekerja di bidang jasa seperti tukang jahit, supir, satpam dan buruh bangunan. Hal ini berimplikasi sebagai berikut:
  - Penghasilan sangat fluktuatif, tak menentu serta kemungkinan mudah kehilangan pekerjaan, sehingga dana untuk pembayaran iuran/premi asuransi kesehatan belum tentu tersedia setiap bulan, oleh karena itu

sebaiknya dilaksanakan dalam jangka waktu minimal 6 bulan atau 1 tahun pada saat yang bersangkutan masih memiliki pekerjaan.

- Dari segi pengumpulan iuran/premi, pelaksanaan pengambilan iuran asuransi kesehatan tersebut perlu dipikirkan cara dan waktu yang tepat, misalnya 1-2 kali setahun sehingga pengumpulan iuran akan berhasil secara maksimal. Lebih baik lagi apabila pengumpulan iuran/premi dilaksanakan bersama-sama dengan pengurusan kewajiban masyarakat lainnya, misalnya pengurusan/pemutahiran data Kartu Keluarga yang pelaksanaannya setiap tahun.
5. Sebagian besar (88,6%) responden telah menikah. . Dengan status menikah, risiko untuk menanggung keluarga di luar keluarga inti menjadi lebih besar.
  6. Sebagian besar (79,6%) responden mempunyai tanggungan  $\leq 4$  orang dan hanya sebagian kecil (20,4%) responden mempunyai tanggungan  $> 4$  orang. Semakin banyak jumlah tanggungan sebuah keluarga semakin besar total premi yang harus dibayarkan oleh keluarga tersebut
  7. 51,9% responden telah memiliki rumah sendiri, Dengan terpenuhinya kebutuhan dasar tersebut, maka diasumsikan bahwa seseorang dapat mengalihkan pengeluarannya untuk kebutuhan yang lain termasuk membayar iuran/premi asuransi kesehatan.
  8. 54,6% responden tidak mempunyai kendaraan milik sendiri. Informasi ini menjadi bahan pertimbangan penentu kebijakan dalam menentukan lokasi fasilitas pelayanan kesehatan yang akan dikontrak oleh badan asuransi serta perhitungan biaya transportasi.

#### **UCAPAN TERIMA KASIH**

Ucapan terima kasih ditujukan kepada yth: Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung beserta jajarannya atas kepercayaan yang diberikan kepada penulis untuk melakukan penelitian serta Kepala Kantor Penelitian dan Pengembangan Kota Bandung beserta jajarannya yang membantu dalam melaksanakan protokol penelitian ini, Dr. Septiadi Padmadisastra Fakultas MIPA UNPAD yang sangat membantu dalam metode penelitian serta rekan-rekan Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat FK- UNPAD yaitu Dr. Henni Djuhaeni,dr.,MARS dan Elsa Pudji Setiawati,dr.,MM yang secara mandiri melakukan penelitian pendanaan kesehatan dari berbagai aspek.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI (2001). *Profil Perkembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Tahun 2000*. Jakarta : Direktorat Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.

Dinas Kesehatan Kota Bandung, (2005) *Pembiayaan Kesehatan Dalam Menunjang Terwujudnya Bandung sehat 2007*. Bandung

Lembaran Negara Republik Indonesia No. 150. *Undang-undang RI No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta, 2004.*

Mossialos, Dixon, Figueras and Kutzin. (2003) *Funding Health Care: options for Europe.* Philadelphia: Open University Press,

Pemerintah Daerah Propinsi Jawa-Barat.(1999). *Laporan Evaluasi JPKM-JPSBK.* Bandung

Soekanto, Soerjono.(2001). *Sosiologi : Suatu Pengantar. Cetakan ke-32. Jakarta: Raja Grafindo Persada.*

Walikota Bandung (2005) *LKPJ Walikota Bandung Tahun 2005. Bandung*

World Health Organization (2002). *The World Health Report. Reducing Risks, Promoting Health Life. Geneva.*

World Health Organization (2006). *Working Together for Health. Geneva.*

## **Lampiran 1. Metode Sampling**

Dikarenakan ukuran populasi dengan sasaran penelitian yang telah ditentukan cukup besar, maka penelitian dilakukan dengan menggunakan sampel. Metode pengambilan sampel (*sampling*) yang digunakan dalam penelitian ini adalah sampling bertahap. Tahapan-tahapannya adalah sebagai berikut:

- Pertama dipilih sample Kecamatan secara acak (*Simple Random Sampling*)
- Kedua dipilih Kelurahan dari Kecamatan yang terpilih pada tahap pertama secara acak (*Simple Random Sampling*)
- Ketiga dipilih RW dari Kelurahan yang terpilih pada tahap kedua secara acak (*Systematic Random Sampling*)
- Terakhir dipilih responden secara *Purposive sampling*

Rincian pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut:

Pada eks 6 (enam) wilayah yang ada di Kota Bandung dilakukan sampling masing-masing 1 (satu) kecamatan dengan *Simple Random Sampling*, sehingga diperoleh 6 (enam) kecamatan hasil sampling yaitu Kecamatan Sukasari, Kecamatan Coblong, Kecamatan Batununggal, Kecamatan Bandung Kulon, Kecamatan Arcamanik dan Kecamatan Bandung Kidul. Dengan metode yang sama, dari tiap kecamatan yang terpilih dilakukan sampling Kelurahan. Kemudian dengan metode *Systematic Random Sampling* dipilih sampel RW.

RW yang terpilih dalam proses adalah sebagai berikut:

1. Wil. Bojonegara Kecamatan Sukasari dengan total RW sebanyak 32 akan disampling 9 RW, sehingga diperoleh:
  - a. Kel. Sukarasa → RW 02
  - b. Kel. Sukarasa → RW 05
  - c. Kel Gerlong → RW 01
  - d. Kel Gerlong → RW 04
  - e. Kel Gerlong → RW 07
  - f. Kel. Isola → RW 02
  - g. Kel. Isola → RW 05
  - h. Kel. Sarijadi → RW 02
  - i. Kel. Sarijadi → RW 05
2. Wil. Cibeunying Kecamatan Bandung Wetan dengan total RW sebanyak 36 akan disampling 14 RW, sehingga diperoleh:
  - a. Kel. Cihapit → RW 02
  - b. Kel. Cihapit → RW 04
  - c. Kel. Cihapit → RW 06
  - d. Kel. Cihapit → RW 08

- e. Kel.Tamansari → RW 02
  - f. Kel.Tamansari → RW 04
  - g. Kel.Tamansari → RW 06
  - h. Kel.Tamansari → RW 08
  - i. Kel.Tamansari → RW 10
  - j. Kel. Tamansari → RW 12
  - k. Kel. Tamansari → RW 14
  - l. Kel. Tamansari → RW 16
  - m. Kel. Tamansari → RW 18
  - n. Kel. Citarum → RW 02
3. Wil. Karees Kecamatan Batununggal dengan total RW sebanyak 83 akan disampling 14 RW, sehingga diperoleh:
- a. Kel Gumuruh → RW 06
  - b. Kel Gumuruh → RW 12
  - c. Kel Maleer → RW 06
  - d. Kel Maleer → RW 12
  - e. Kel Cibangkong → RW 06
  - f. Kel Cibangkong → RW 12
  - g. Kel Kacapiring → RW 05
  - h. Kel Kebon waru → RW 02
  - i. Kel Kebon waru → RW 08
  - j. Kel Kebon Gedang → RW 06
  - k. Kel Samoja → RW 04
  - l. Kel Samoja → RW 10
  - m. Kel Binong → RW 05
  - n. Kel Binong → RW 10
4. Wil. Tegalega Kecamatan Bandung Kulon dengan total RW sebanyak 72 akan disampling 12 RW, sehingga diperoleh:
- a. Kel. Cijerah → RW 05
  - b. Kel. Cibuntu → RW 01
  - c. Kel. Cibuntu → RW 07
  - d. Kel. Warung muncang → RW 03
  - e. Kel. Warung muncang → RW 09
  - f. Kel. Caringin → RW 05
  - g. Kel Cigondewah Kaler → RW 05
  - h. Kel Cigondewah Kaler → RW 11
  - i. Kel Gempol Sari → RW 04
  - j. Kel Cigondewah rahayu → RW 01
  - k. Kel Cigondewah rahayu → RW 07
  - l. Kel Cigondewah Kidul → RW 05
5. Wil. Ujungberung Kecamatan Arcamanik dengan total RW sebanyak 62 akan disampling 14 RW, sehingga diperoleh:
- a. Kel. Sukamiskin → RW 02

**Analisis Karakteristik Responden dalam Menunjang Penggalian Potensi Bersumberdaya Masyarakat dalam Pendanaan Kesehatan Melalui Asuransi Kesehatan di Kota Bandung (Sharon Gondodiputro)**

---

- b. Kel. Sukamiskin → RW 06
  - c. Kel. Sukamiskin → RW 10
  - d. Kel. Sukamiskin → RW 14
  - e. Kel. Cisaranten Bina Harapan → RW 03
  - f. Kel. Cisaranten Bina Harapan → RW 07
  - g. Kel. Cisaranten Bina Harapan → RW 11
  - h. Kel. Cisaranten Kulon → RW 04
  - i. Kel. Cisaranten Kulon → RW 08
  - j. Kel. Cisaranten Kulon → RW 12
  - k. Kel. Cisaranten Kulon → RW 16
  - l. Kel. Sindangjaya → RW 02
  - m. Kel. Sindangjaya → RW 06
  - n. Kel. Sindangjaya → RW 10
6. Wil. Gedebage Kecamatan Bandung Kidul dengan total RW sebanyak 32 akan disampling 7 RW, sehingga diperoleh:
- a. Kel. Batununggal → RW 01
  - b. Kel. Batununggal → RW 05
  - c. Kel. Batununggal → RW 09
  - d. Kel. Wates → RW 01
  - e. Kel. Wates → RW 05
  - f. Kel. Mengger → RW 02
  - g. Kel. Kujang → RW 01

Dari 70 (tujuhpuluh) RW yang terpilih melalui sampling, setiap RW diambil masing-masing 10 responden yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan dengan metode *Purposive Sampling*, sehingga diperoleh jumlah keseluruhan responden sebanyak 700 (tujuhratus) responden.