

**ANALISIS PERMINTAAN PENGGUNAAN
LAYANAN KESEHATAN
PADA RUMAH SAKIT UMUM MILIK
PEMERINTAH DI KABUPATEN SEMARANG**



SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk menyelesaikan Program Sarjana (S1)
Pada Program Sarjana Fakultas Ekonomi
Universitas Diponegoro

Disusun oleh :

**ANDHIKA WIDYATAMA PUTRA
NIM. C2B 606 005**

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2010**

PERSETUJUAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Andhika Widyatama Putra

Nomor Induk Mahasiswa : C2B606005

Fakultas/Jurusan : Ekonomi/IESP

Judul Skripsi : Analisis Permintaan Penggunaan Layanan
Kesehatan Pada Rumah Sakit Umum Milik
Pemerintah di Kabupaten Semarang

Dosen Pembimbing : Drs.R.Mulyo Hendarto,MSP.

Semarang, Agustus 2010

Dosen Pembimbing

(Drs.R.Mulyo Hendarto,MSP.)

NIP. 19610416 198710 1001

PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN

Nama Penyusun : Andhika Widyatama Putra

Nomor Induk Mahasiswa : C2B606005

Fakultas / Jurusan : Ekonomi / IESP (Ilmu Ekonomi dan Studi
Pembangunan)

Judul Skripsi : **ANALISIS PERMINTAAN
PENGUNAAN LAYANAN
KESEHATAN DI RUMAH SAKIT
UMUM MILIK PEMERINTAH
DI KABUPATEN SEMARANG**

Telah dinyatakan lulus ujian pada tanggal 6 September 2010

Tim Penguji

1. Drs.R.Mulyo Hendarto,MSP. (.....)
2. Dr.Dwisetia Poerwono,MSc. (.....)
3. Dra.Johanna MK,Mec.,Ph.D. (.....)

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini saya, Andhika Widyatama Putra, menyatakan bahwa skripsi dengan judul “Analisis Permintaan Penggunaan Layanan Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Milik Pemerintah di kabupaten Semarang” adalah hasil tulisan saya sendiri. Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat keseluruhan atau sebagian tulisan orang lain yang saya ambil dengan cara menyalin atau meniru dalam bentuk rangkaian kalimat atau simbol yang menunjukkan gagasan atau pendapat atau pemikiran dari penulis lain, yang saya akui seolah-olah sebagai tulisan saya sendiri, dan/atau tidak terdapat bagian atau keseluruhan tulisan yang saya salin, tiru, atau yang saya ambil dari tulisan orang lain tanpa memberikan pengakuan penulis aslinya.

Apabila saya melakukan tindakan yang bertentangan dengan hal tersebut di atas, baik disengaja maupun tidak, dengan ini saya menyatakan menarik skripsi yang saya ajukan sebagai hasil tulisan saya sendiri ini. Bila kemudian terbukti bahwa saya melakukan tindakan menyalin atau meniru tulisan orang lain seolah-olah hasil pemikiran saya sendiri, berarti gelar dan ijasah yang telah diberikan oleh universitas batal saya terima.

Semarang, Agustus 2010

Yang membuat pernyataan,

Andhika Widyatama Putra

NIM. C2B606005

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Sebaik-baik manusia diantaramu adalah yang paling banyak manfaat bagi orang lain”

H.R. Bukhari

“Anda tidak bisa melepaskan tanggung Jawab hari esok dengan menghindarinya hari ini “

Abraham Lincoln

“Untuk menempuh perjalanan yang paling sulit kita hanya perlu mengambil satu langkah setiap kali, tetapi kita harus terus melangkah “

Anonim

“Perbendaharaan kata rata-rata manusia kira kira lima ratus kata, itu inventaris yang sangat sedikit sekali, tetapi pikirkan hasilnya “

Anonim

Skripsi ini Kupersembahkan Teruntuk

Bapak dan Ibuku atas Kasih Sayang yang Tiada Habisnya

Kakakku Tercinta Beserta Kawan-kawan

ABSTRACT

In an economic perspective, health is a decisive factor as high or low quality human resources. Government through the relevant agencies have been doing an increasing awareness, willingness and ability of healthy life for every Indonesian citizen in order to realize the degree of public health in the future to be achieved through development of public health that had been developed through the vision of "Healthy Indonesia 2010" by accompanied by an increased allocation of funds for health sector. The identified problem was lack of cooperation from all citizens in the success of the program. As a province with the lowest per capita income on the island of Java, Central Java, has averaged about 60.21 percent of users of health care that has been provided by the government, and the smallest was in Semarang District for 20.76 percent of users of health care that has been provided by the government.

This study aims to understand and explain some of the factors affecting the use of health services especially in the district of Semarang. Based on previous research and existing theory, several factors are family income, the cost of the visit, educational level, distance and quality of health services. With the method of multiple linear regression analysis, several factors affect the frequency of search visits to health care.

The results obtained are family income, education level, distance and quality of service significantly influence the frequency of visits to health care. Improving the health sector infrastructure, coupled with active efforts from the government deemed to be an appropriate solution to the problems there. And supported by increased awareness and willingness of society to the consumption patterns of existing health services, resulting in patterns of health care supply and demand dynamic.

Key words: Use of Health Services, Family Income, Costs, Education, Distance, Quality Service.

ABSTRAK

Dalam perspektif ekonomi, kesehatan merupakan faktor penentu tinggi rendahnya kualitas sumber daya manusia. Pemerintah melalui instansi terkait telah melakukan peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap warga negara Indonesia agar terwujud derajat kesehatan masyarakat di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan masyarakat yang telah disusun melalui visi “Indonesia Sehat 2010” dengan didukung peningkatan alokasi dana untuk sektor kesehatan. Permasalahan yang terjadi adalah kurangnya kerjasama dari seluruh warga negara dalam mensukseskan program tersebut. Sebagai propinsi dengan pendapatan per kapita terkecil di pulau Jawa, Jawa Tengah memiliki rata-rata 60.21 persen pengguna layanan kesehatan kesehatan yang telah disediakan pemerintah, dan yang terkecil berada di Kabupaten Semarang yang sebesar 20.76 persen pengguna layanan kesehatan kesehatan yang telah disediakan pemerintah.

Penelitian ini bertujuan untuk memahami dan menjelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi penggunaan layanan kesehatan khususnya di Kabupaten Semarang. Berdasarkan penelitian terdahulu dan teori yang ada, beberapa faktor tersebut adalah pendapatan keluarga, biaya kunjungan, tingkat pendidikan, jarak dan kualitas layanan kesehatan. Dengan metode analisis regresi linier berganda, beberapa faktor tersebut dicari pengaruhnya terhadap frekuensi kunjungan ke layanan kesehatan.

Hasil penelitian yang diperoleh adalah pendapatan keluarga, tingkat pendidikan, jarak dan kualitas layanan berpengaruh secara signifikan terhadap frekuensi kunjungan ke layanan kesehatan. Pembenahan infrastruktur sektor kesehatan disertai dengan upaya aktif dari pemerintah menjadi suatu solusi yang dianggap tepat atas permasalahan yang ada. Serta didukung oleh peningkatan kesadaran dan kemauan pola konsumsi masyarakat terhadap layanan kesehatan yang ada, sehingga terjadi pola permintaan dan penawaran kesehatan yang dinamis.

Kata kunci: Penggunaan Layanan Kesehatan, Pendapatan Keluarga, Biaya, Pendidikan, Jarak, Kualitas Layanan.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “**Analisis Permintaan Penggunaan Layanan Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Milik Pemerintah Kabupaten Semarang**”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan menyelesaikan program Sarjana (S1) Jurusan Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan Universitas Diponegoro Semarang.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis banyak mendapat bimbingan, bantuan, masukan, serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dr. H Moch. Chabachib, MSi. Akt., selaku Dekan Fakultas Ekonomi UNDIP Semarang.
2. Drs. R. Mulyo Hendarto, MSP, selaku dosen pembimbing atas segala masukan, kritik dan saran serta kesabaran yang telah diberikan dari awal hingga akhir disusunnya skripsi ini.
3. Drs. H. Edy Yusuf AG, M.Sc., Ph.D selaku Dosen Wali atas petunjuk, bimbingan dan saran yang selama penulis di bangku kuliah.
4. Dosen Fakultas Ekonomi UNDIP pada umumnya dan Dosen Jurusan Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan (IESP) Fakultas Ekonomi UNDIP pada khususnya yang telah membagi ilmunya kepada penulis selama masa perkuliahan.

5. Seluruh staf tata usaha dan perpustakaan UNDIP yang telah turut membantu penyusunan skripsi.
6. Seluruh responden dalam penelitian ini, pengguna jasa kesehatan di Kabupaten Semarang yang berperan sebagai sumber analisis dalam penyusunan skripsi ini.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Semarang beserta jajarannya, Direktur RSUD Ungaran beserta jajarannya, dan Direktur RSUD Ambarawa beserta jajarannya atas kerja samanya dalam penyusunan skripsi ini.
8. Bapak dan Ibu tersayang, Winarto, SH. Dan Sri Handayani SE. atas segala dukungan dan motivasi serta kasih sayang yang tiada ujung.
9. Kakakku tercinta Asih Widya Pratiwi, A.Md, yang telah memberikan dukungan moral dan menerima keluhan kesah selama proses penyusunan skripsi ini dari awal hingga akhir.
10. Agadhita Nila Candra beserta keluarga, yang telah memberikan *support* yang selalu memotivasi penulis agar tetap bersemangat dan pantang menyerah.
11. Teman – teman IESP Ekstensi 2006, Adit, Akrom, Amy, Azzi, Bekti, Cahyo, Danang, Dedy, Dian, Dyke, Edit, Rama, Fajar, Farid, Gerdy, Hilal, Kiki, Nasrul, Doyok, Indra, Putra, Ravi, Ridho, Riza, Miyex, Ganis, Ayu, Hilda, Sandra, Dewi, Dhita, Yuko, Dila, Dini, Vany, Pipiet, Oyk, Lisna, Mira, Fira, Prima, Sindy dan Tita. Terima kasih telah menjadi kawan berdiskusi dan kawan bercanda, I love u all.
12. Kawan-kawan HMJ, BEM dan MPM FE UNDIP, atas segala ilmu dan pembelajaran yang bermanfaat bagi penulis sampai kapanpun.

13. Teman-teman Tim II KKN Kebumen Banyubiru 2009, Mbak Ayu, Benni, Sandes Boy, Bu Wahyu, Mas Budi, Dinda, Hanif, Iis, Lina, Litna, Mbak Nawang, Nisa, Novel, Prima, Tika, Umi dan Mas Yuli, kenangan indah yang tak terlupakan.
14. Kakak-kakak angkatan semuanya, Mas Edwin, Mas Anto, Mas Hawik, Mas Dedet, dll, terima kasih masukan dan pembelajaran yang telah diberikan.
15. Teman-teman seperjuangan Rizal, Agung, Tera, Mytha, Fitria, Arif dan lainnya, semoga kita semua sukses kawan.
16. Pihak-pihak lain yang tidak bisa disebutkan satu per satu. Terimakasih atas bantuannya.

Akhir kata, penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberi manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan serta pihak-pihak yang berkepentingan.

Semarang, Agustus 2010

Penulis,

Andhika Widyatama Putra

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
ABSTRACT	vi
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	16
1.3 Tujuan dan Kegunaan Penelitian	18
1.4 Sistematika Penulisan	19
BAB II TELAAH PUSTAKA	20
2.1. Landasan Teori.....	20
2.1.1 Teori Kebutuhan Dasar Manusia	20
2.1.2 Permintaan.....	22
2.1.3 Teori pilihan Rasional	24
2.1.4 Kesehatan	26
2.1.4.1 Aspek Ekonomi dari Kesehatan Secara Umum..	26
2.1.5 Pengertian <i>Demand</i> dan <i>Need</i> atas Kesehatan.....	31
2.1.6 Karakteristik Permintaan Kesehatan dan pelayanan Kesehatan dalam Konteks Ekonomi.....	41
2.2. Penelitian Terdahulu	42
2.3. Kerangka Pemikiran	42
2.4. Hipotesis.....	53
BAB III METODE PENELITIAN	54
3.1 Variabel penelitian dan Definisi Operasional	54
3.2 Populasi dan Sampel.....	55
3.3 Jenis dan Sumber Data	57
3.4 Metode Pengumpulan Data	59
3.5 Metode Analisis Data.....	59
3.5.1 Estimasi Model	60
3.5.2 Deteksi Asumsi Klasik.....	62
3.5.3 Pengujian Hipotesis	64

BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	69
4.1.	Deskripsi Obyek Penelitian	69
4.1.1	Kabupaten Semarang	69
4.1.1.1	RSUD Ungaran	75
4.1.1.2	RSUD Ambarawa	76
4.2.	Karakteristik Sosial Ekonomi Responden	78
4.2.1	Frekuensi Kunjungan	80
4.2.2	Pendapatan Keluarga	81
4.2.3	Biaya Kunjungan.....	82
4.2.4	Tingkat pendidikan	83
4.2.5	Jarak Tempat Tinggal.....	84
4.2.6	Kualitas Layanan.....	85
4.2.7	Jenis Kelamin	86
4.2.8	Kesan Terhadap Layanan.....	87
4.2.9	Waktu Tunggu dalam Memperoleh Layanan Kesehatan .	88
4.2.10	Alternatif Layanan Kesehatan Lain	87
4.2.11	Alasan Menggunakan Layanan Kesehatan	89
4.2.12	Saran Responden.....	90
4.3.	Analisis Data	90
4.3.1	Estimasi Model	91
4.3.2	Uji Asumsi Klasik	93
4.3.2.1	Deteksi Normalitas	93
4.3.2.2	Deteksi Multikolinearitas	93
4.3.2.3	Deteksi Heteroskedastisitas	94
4.3.2.4	Deteksi Autokorelasi.....	95
4.3.3	Pengujian Hipotesis	96
4.3.3.1	Deteksi Koefisien Determinasi (R^2).....	96
4.3.3.2	Deteksi Signifikansi Parameter Individual (Uji t)	97
4.3.3.3	Deteksi Signifikansi Simultan (Uji F).....	98
4.4	Interpretasi Hasil	99
BAB V	PENUTUP	103
5.1	Kesimpulan	103
5.2	Keterbatasan	105
5.3	Saran	105
DAFTAR PUSTAKA	108

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Alokasi Dana Pemerintah Sektor Kesehatan di Jawa Tengah Tahun 2004-2008.....	3
Tabel 1.2	Rata-rata Jumlah Masyarakat yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan di Jawa Tengah Tahun 2005-2008	4
Tabel 2.1	Relevansi Aspek Kesehatan terhadap Aspek Ekonomi	29
Tabel 2.2	Ringkasan penelitian Terdahulu	45
Tabel 3.1	Distribusi Sampel	57
Tabel 4.1	Jumlah Penduduk Kabupaten Semarang 2005-2009	72
Tabel 4.2	Jumlah Sarana Kesehatan di Kabupaten Semarang.....	74
Tabel 4.3	Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Semarang	75
Tabel 4.4	Karakteristik Sosial Ekonomi Responden	78
Tabel 4.5	Nilai R^2 <i>Auxilliary Regression</i>	94
Tabel 4.6	Hasil Uji White	95
Tabel 4.7	Hasil Uji Breusch-Godfrey	95
Tabel 4.8	Hasil Regresi Utama	97
Tabel 4.9	Nilai t-statistik Tiap Variabel.....	98

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Hierarki Kebutuhan Manusia menurut Maslow	21
Gambar 2.2 Kurva Permintaan	24
Gambar 2.3 Kurva Permintaan Kebutuhan Kesehatan dengan Analisis Kepuasan Sama	34
Gambar 2.4 Kurva Permintaan Pelayanan Kesehatan dengan Tingkat Perlindungan Asuransi	35
Gambar 2.5 Kerangka Pemikiran Teoritis	52
Gambar 3.1 Pengujian Hipotesis Secara Searah (<i>One Tail Test</i> $\alpha=5\%$)	67
Gambar 4.1 Distribusi Responden dilihat dari Frekuensi Kunjungan	80
Gambar 4.2 Distribusi Responden dilihat dari Pendapatan Keluarga	81
Gambar 4.3 Distribusi Responden dilihat dari Biaya Kunjungan	82
Gambar 4.4 Distribusi Responden dilihat dari Tingkat pendidikan	83
Gambar 4.5 Distribusi Responden dilihat dari Jarak Tempat Tinggal	84
Gambar 4.6 Distribusi Responden dilihat dari Penilaian Kualitas Layanan	85
Gambar 4.7 Proporsi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	86
Gambar 4.8 Presentase Kesan Responden Terhadap Layanan	87
Gambar 4.9 Proporsi Responden Berdasarkan Waktu Tunggu Layanan	88
Gambar 4.10 Proporsi Alternatif Layanan Kesehatan Lain.....	89
Gambar 4.11 Alasan Responden Menggunakan Layanan Kesehatan	89
Gambar 4.12 Saran Bagi Layanan Kesehatan (RSU Pemerintah)	90
Gambar 4.13 Deteksi Normalitas dengan <i>Normal P-Plot</i>	93

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A	Kuesioner	111
Lampiran B	Rekap Data Responden	115
Lampiran C	Hasil Regresi Utama	118
Lampiran D	Deteksi Asumsi Klasik.....	119

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada dasarnya kesehatan merupakan salah satu aspek yang menentukan tinggi rendahnya standar hidup seseorang (Todaro,2002). Oleh karena itu, status kesehatan yang relatif baik dibutuhkan oleh manusia untuk menopang semua aktivitas hidupnya. Setiap individu akan berusaha mencapai status kesehatan tersebut dengan menginvestasikan dan atau mengkonsumsi sejumlah barang dan jasa kesehatan (Grossman, 1972). Maka untuk mencapai kondisi kesehatan yang baik tersebut dibutuhkan sarana kesehatan yang baik pula.

Kehidupan manusia yang semakin modern dalam berbagai aspek kehidupan termasuk aspek kesehatan lambat laun seiring dengan perkembangan zaman yang terjadi mampu menjelaskan secara rasional bagaimana mengoptimalkan status kesehatan, sehingga berbagai upaya dilakukan melalui kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) seperti diantaranya : menemukan cara penyembuhan berbagai penyakit, penemuan obat-obat baru, teknik kedokteran yang lebih mutakhir, pengenalan dan antisipasi penyakit yang lebih dini dan berbagai hal tentang upaya mewujudkan status kesehatan yang lebih baik dan menyeluruh bagi setiap masyarakat.

Dilihat dari perspektif ekonomi, sisi penting mengenai faktor kesehatan bagi manusia akan berkaitan erat dengan kualitas sumber daya manusia (*quality of human resources*) itu sendiri. Tinggi rendahnya kualitas sumber daya manusia

SDM akan ditentukan oleh status kesehatan, pendidikan dan tingkat pendapatan per kapita (Ananta dan Hatmadji, 1985). Dalam kegiatan perekonomian, ketiga indikator kualitas sumber daya manusia tersebut secara tidak langsung juga akan berimbas pada tinggi rendahnya produktifitas sumber daya manusia, dalam hal ini khususnya produktifitas tenaga kerja .

Sebagai indikator kesejahteraan rakyat, tujuan jangka panjang pembangunan kesehatan Indonesia adalah peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap warga negara Indonesia agar terwujud derajat kesehatan masyarakat di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan masyarakat yang semaksimal mungkin. Pemerintah melalui instansi terkait telah merumuskan program jangka menengah mengenai keadaan masyarakat yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan yakni melalui program “Visi Indonesia Sehat 2010”. Dalam visi Indonesia Sehat 2010, bermaterikan gambaran masyarakat, bangsa dan negara yang penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, dan memiliki derajat kesehatan yang optimal.

Guna merealisasikan visi tersebut dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan secara khusus telah dilakukan langkah-langkah melalui beberapa program baik secara sektoral kesehatan maupun secara lintas sektor. Program-program tersebut antara lain mengenai penyediaan berbagai sarana kesehatan, tenaga kesehatan dan obat-obatan untuk seluruh lapisan penduduk (Statistik Kesehatan , 2004).

Sebagai propinsi dengan PDRB riil per kapita terkecil di pulau jawa yaitu Jawa Tengah memiliki PDRB riil per kapita sebesar Rp. 4.560.617,5 dibandingkan propinsi lainnya di pulau jawa pada tahun terakhir (BPS,2008), upaya pembangunan kesehatan dilakukan dengan penambahan alokasi dana yang dikeluarkan pada sektor kesehatan oleh pemerintah seperti terlihat pada tabel 1.1.

Tabel 1.1
Alokasi Dana Pemerintah Sektor Kesehatan Tahun 2004-2008
Jawa Tengah (Jutaan Rupiah)

Rincian	Tahun				
	2004	2005	2006	2007	2008
Dana Pemerintah	11.995.690,00	11.480.098,70	12.362.540,29	13.129.029,22	14.163.309,27
Pertumbuhan (%)	-	- 4,29	7,69	6,21	7,88

Sumber : PDRB Jawa Tengah,2008

Dari tabel di atas terlihat terjadi peningkatan dari dana alokasi kesehatan di Jawa Tengah sejak dikeluarkannya visi “Indonesia Sehat 2010” pada tahun 2006. Alokasi dana kesehatan itu pada realisasinya diupayakan untuk meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat secara merata dan menyeluruh, khususnya di Jawa Tengah yang terbagi ke dalam 35 Kabupaten / Kota yang ada. Namun pada pelaksanaannya, belum seluruhnya Kabupaten / Kota di Jawa Tengah mampu melaksanakan upaya pembangunan yang telah direncanakan sebagai akibat dari belum padunya infrastruktur kesehatan dengan alokasi dana yang telah didistribusikan ke tiap daerah-daerah pada Kabupaten / Kota.

Tabel 1.2
Rata-rata Jumlah Masyarakat yang Mendapatkan Yankes
(Pelayanan Kesehatan) di Jawa Tengah 2004-2008

No	Kabupaten/Kota	Presentase yang mendapat Yankes (%)
1	Kab. Cilacap	33.94
2	Kab. Banyumas	27.09
3	Kab. Purbalingga	52.77
4	Kab. Banjarnegara	81.14
5	Kab. Kebumen	100.00
6	Kab. Purworejo	42.08
7	Kab. Wonosobo	24.11
8	Kab. Magelang	33.13
9	Kab. Boyolali	32.12
10	Kab. Klaten	100.00
11	Kab. Sukoharjo	34.08
12	Kab. Wonogiri	105.97
13	Kab. Karanganyar	32.33
14	Kab. Sragen	72.11
15	Kab. Grobogan	59.08
16	Kab. Blora	71.17
17	Kab. Rembang	70.93
18	Kab. Pati	100.00
19	Kab. Kudus	46.22
20	Kab. Jepara	21.29
21	Kab. Demak	99.11
22	Kab. Semarang	20.76
23	Kab. Temanggung	37.58
24	Kab. Kendal	32.14
25	Kab. Batang	32.33
26	Kab. Perkalongan	45.80
27	Kab. Pemasang	67.76
28	Kab. Tegal	47.38
29	Kab. Brebes	70.17
30	Kota Magelang	100.00
31	Kota Surakarta	61.01
32	Kota Salatiga	101.25
33	Kota Semarang	110.99
34	Kota Perkalongan	45.80
35	Kota Tegal	95.77
Jumlah		Rata² : 60.21

Sumber : Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2009

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan di Kabupaten / Kota di Jawa Tengah, khususnya upaya kesehatan yang dilakukan pemerintah berkisar rata-rata 60.21 %, dengan penggunaan layanan kesehatan tertinggi terletak di Kota Semarang (110.99 %) dan yang terendah di Kabupaten Semarang (20.76 %). Penggunaan layanan kesehatan yang dimaksud adalah penggunaan berdasarkan cakupan layanan kesehatan dari pemerintah setempat seperti penerima Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat), Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah), Askes (Asuransi Kesehatan), Astek (Asuransi Tenaga Kerja) dan Jamkeskin (Jaminan Kesehatan Keluarga Miskin) yang kesemuanya mayoritas adalah masyarakat menengah, menengah kebawah dan masyarakat miskin. Maka dari itu, penggunaan layanan kesehatan yang melebihi 100 % berarti penggunaan layanan kesehatan pada daerah tersebut melebihi cakupan yang telah disusun. Sedangkan untuk nilai 100% sudah terjadi penggunaan layanan kesehatan yang optimal / sesuai cakupan layanan, dengan catatan nilai presentase tersebut sudah mengalami pembulatan.

Kabupaten Semarang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan kabupaten lain di pulau jawa yakni dominannya wilayah pedesaan, tetapi di sisi lain penggunaan layanan kesehatan di Kabupaten Semarang adalah yang terkecil (20.76 %) dibanding penggunaan layanan kesehatan di kabupaten lain di pulau Jawa.

Berkaitan dengan hal tersebut, upaya yang telah dilakukan di Kabupaten Semarang dengan adanya visi turunan dari visi “Indonesia Sehat 2010” yaitu visi

“Kabupaten Semarang Sehat Tahun 2010” dengan misi sebagai berikut (Profil Kesehatan Kab.Semarang,2005) :

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan

Pembangunan berwawasan kesehatan mengandung makna bahwa setiap upaya pembangunan harus berkontribusi terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat baik secara langsung maupun secara tidak langsung. Upaya tersebut harus dapat menekan sekecil mungkin dampak negatif yang merugikan kesehatan masyarakat beserta lingkungannya. Dengan demikian keberhasilan pembangunan kesehatan sesungguhnya ditentukan oleh peran serta segenap komponen bangsa.

2. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat dengan bertumpu pada potensi daerah.

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama bagi setiap individu, keluarga, masyarakat, pemerintah dan swasta. Apapun yang akan dilakukan pemerintah dalam pembangunan kesehatan tidak akan ada artinya jika tidak disertai dengan kesadaran individu, keluarga, dan masyarakat untuk meningkatkan dan menjaga kesehatan secara mandiri. Upaya pemerintah untuk memperluas cakupan pembangunan kesehatan dan meningkatkan kualitasnya harus disertai dengan upaya mendorong kemandirian individu, keluarga, dan masyarakat untuk hidup sehat.

3. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu merata dan terjangkau bagi seluruh masyarakat Kabupaten Semarang

Salah satu tanggung jawab seluruh jajaran kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang berkualitas, merata dan terjangkau oleh masyarakat khususnya di Kabupaten Semarang. Pelayanan kesehatan itu diselenggarakan bersama oleh pemerintah, masyarakat dan swasta

4. Mendorong pemeliharaan dan peningkatan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat serta lingkungan

Penyelenggaraan upaya kesehatan mengutamakan upaya-upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit yang didukung oleh upaya-upaya pengobatan segera dan pemulihan kesehatan. Agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan diperlukan lingkungan yang kondusif. Masalah lingkungan fisik dan biologis yang buruk adalah factor penentu penularan penyakit.

Melihat misi dari visi “Kabupaten Semarang Tahun 2010” tersebut terlihat jelas bahwa di tahun 2010 pemerintah Kabupaten Semarang menginginkan kondisi kesehatan yang lebih baik dengan upaya-upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang tentunya didukung peran serta dari seluruh komponen yang ada di lingkungan Kabupaten Semarang guna merealisasikan misi tersebut.

Berkaitan dengan rendahnya permintaan pelayanan kesehatan di Kabupaten Semarang dan upaya-upaya pembangunan kesehatan yang dilakukan, maka penelitian ini berupaya menganalisis permintaan pelayanan kesehatan oleh masyarakat beserta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Pelayanan kesehatan harus dapat dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat dan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Maka pelayanan

kesehatan juga harus memenuhi beberapa persyaratan, diantaranya sesuai dengan kebutuhan pemakai jasa pelayanan dan terjamin mutunya (*accessibility, affordability, quality assurance*). Ronald Andersen et al (1975), membagi faktor yang menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi tiga :

1. Faktor Predisposing

Kecenderungan individu dalam menggunakan pelayanan kesehatan ditentukan oleh serangkaian variabel :

- ✓ Keadaan demografi : umur, jenis kelamin, status perkawinan
- ✓ Keadaan sosial : pendidikan, ras, jumlah keluarga, agama, etnik, pekerjaan.
- ✓ Sikap / kepercayaan yang muncul : terhadap pelayanan kesehatan, terhadap tenaga kerja, perilaku masyarakat terhadap sehat dan sakit.

2. Faktor Pendukung

Faktor tersebut menunjukkan kemampuan individu didalam menggunakan pelayanan kesehatan, yang ditunjukkan oleh variabel :

- ✓ Sumber pendapatan keluarga : pendapatan dan tabungan keluarga, asuransi / sumber pendapatan keluarga yang lain, jenis pelayanan kesehatan yang tersedia serta keterjangkauan pelayanan kesehatan baik segi jarak maupun harga pelayanan .
- ✓ Sumber daya yang ada di masyarakat yang tercermin dari ketersediaan kesehatan termasuk jenis dan rasio masing-masing pelayanan dan tenaga kesehatannya dengan jumlah penduduk, kemudian harga

pelayanan kesehatan yang memadai danb sesuai dengan kemampuan mereka.

3. Faktor Kebutuhan

Faktor tersebut menunjukkan kemampuan individu untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang ditunjukkan oleh adanya kebutuhan karena alasan yang kuat yaitu pendekatan terhadap penyakit yang dirasakan serta adanya jawaban atas penyakit tersebut dengan cara mencari pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari kebutuhan.

Menurut Fuchs (1998), Dunlop dan Zubkoff (1981) dalam Laksono (2005) menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi permintaan terhadap pelayanan kesehatan yaitu :

1. Kebutuhan berbasis fisiologis, faktor ini menekankan pada pentingnya keputusan petugas medis yang menentukan perlu tidaknya seseorang mendapatkan pelayanan medis.
2. Penilaian pribadi akan status kesehatan, faktor ini dipengaruhi oleh kepercayaan, budaya dan norma-norma sosial di masyarakat, faktor ini berakibat pada penggunaan pelayanan kesehatan alternatif seperti tabib atau dukun.
3. Variabel-variabel ekonomi tarif, hubungan tarif dengan *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah negatif, sangat penting dicatat bahwa hubungan negatif antara tarif dan *demand* terhadap pelayanan kesehatan secara khusus terlihat pada pasien yang mempunyai pilihan.

4. Penghasilan masyarakat, kenaikan penghasilan keluarga akan meningkatkan *demand* untuk pelayanan kesehatan yang sebagian besar merupakan barang normal, akan tetapi ada pula sebagian pelayanan kesehatan yang bersifat barang inferior, yaitu kenaikan penghasilan keluarga justru menurunkan konsumsi.
5. Asuransi Kesehatan dan dan Jaminan Kesehatan, adanya asuransi dan jaminan kesehatan dapat meningkatkan *demand* terhadap pelayanan kesehatan, dengan demikian hubungan dari asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan terhadap *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah bersifat positif.
6. Variabel-variabel demografis dan umur, semakin tua umur seseorang akan sangat berpengaruh terhadap *demand* terhadap pelayanan kesehatan khususnya yang bersifat kuratif (mengobati).
7. Jenis kelamin, teori menyebutkan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan oleh wanita ternyata lebih tinggi dari pada laki-laki karena wanita mempunyai insidensi terhadap penyakit yang lebih besar dan angka kerja wanita lebih kecil dari laki-laki sehingga kesediaan meluangkan waktu untuk pelayanan kesehatan juga lebih besar.

Sedangkan menurut Santerre dan Neun (2000) menyebutkan bahwa beberapa faktor yang mempengaruhi *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah :

1. Harga pembayaran secara langsung oleh rumah tangga.
2. Pendapatan bersih (*real income*)

3. Biaya waktu (*time cost*), termasuk di dalamnya adalah biaya (uang) untuk perjalanan termasuk muatan bis atau bensin di tambah biaya pengganti untuk waktu.
4. Harga barang substitusi dan komplementer
5. Selera dan preferensi, termasuk di dalamnya status pernikahan, pendidikan dan gaya hidup.
6. Fisik dan mental hidup
7. Status kesehatan
8. Kualitas pelayanan (*quality of care*)

Menurut Mills & Gilson (1990) hubungan antara teori permintaan dengan pelayanan kesehatan di negara-negara berkembang sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor :

1. Pendapatan, ada hubungan (asosiasi) antara tingginya pendapatan dengan besarnya permintaan akan pemeliharaan kesehatan, terutama dalam hal pelayanan kesehatan modern.
2. Harga berperan dalam menentukan permintaan terhadap pemeliharaan kesehatan. Meningkatnya harga mungkin akan lebih mengurangi permintaan dari kelompok yang berpendapatan rendah dibanding dengan kelompok yang berpendapatan tinggi.
3. Sulitnya pencapaian sarana pelayanan kesehatan secara fisik akan menurunkan permintaan

4. Kemanjuran dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan sangat berpengaruh dalam pengambilan keputusan untuk meminta pelayanan dan pemberi jasa tertentu

Di sisi lain, dalam hal sarana kesehatan formal Kabupaten Semarang memiliki dua rumah sakit umum pemerintah, yakni rumah sakit umum daerah Ungaran yang terletak di pusat kabupaten Semarang dan rumah sakit umum daerah Ambarawa yang terletak di kecamatan Ambarawa. Secara fungsional kedua RSUD tersebut berada dibawah pengawasan Pemerintah Kabupaten Semarang melalui instansi terkait yakni Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang. Dalam hal ini rumah sakit umum pemerintah dijadikan sebagai tolok ukur dan obyek penelitian, karena rumah Sakit Umum Pemerintah dianggap sebagai sarana kesehatan yang sentral di suatu daerah karena mempunyai keunikan yakni teknik medis yang berada di bawah koordinasi Departemen Kesehatan (Laksono,2005).

Ada beberapa alasan pentingnya penggunaan layanan kesehatan diperhatikan dan dipelajari oleh penentu kebijakan (Mills & Gilson,1990), yaitu

1. Penggunaan layanan kesehatan yang rendah dapat mengakibatkan proses pembangunan ekonomi lambat.
2. Penggunaan layanan kesehatan yang rendah dapat berakibat pada terganggunya perkembangan demografi.
3. Penggunaan layanan kesehatan yang rendah akan mengakibatkan lambatnya pembangunan kesehatan atau perubahan tingkat kesehatan ke arah yang lebih baik.

4. Penggunaan layanan kesehatan yang rendah dapat berakibat tidak padunya interaksi antara ekonomi, demografi dan kesehatan yang berupa peningkatan gizi masyarakat, perumahan dan sanitasi, serta pelayanan dan teknologi kesehatan.

Beberapa studi atau penelitian yang pernah dilakukan sehubungan dengan penggunaan pelayanan kesehatan di mulai pada tahun 1980-an. Ascobat (1981) dalam Tjiptoherijanto (1990) menemukan pengeluaran per kapita mempengaruhi kecenderungan untuk memanfaatkan (berkunjung) ke fasilitas pelayanan kesehatan tradisional atau modern. Semakin tinggi pengeluaran per kapita maka semakin besar kemungkinan si individu untuk memilih dan mampu membayar pelayanan kesehatan modern dibandingkan pelayanan kesehatan tradisional. Faktor harga atau biaya kunjungan juga mempengaruhi tingkat kunjungan ke fasilitas pelayanan.

Hasil penelitian yang sudah dilakukan di Indonesia diantaranya I Dewa Gede Karma (2003) melakukan penelitian serupa dimana faktor – faktor sosial demografis dan ekonomis yaitu jenis kelamin (gender), jarak tempat tinggal, umur, pendidikan, pengeluaran per kapita, dan harga kunjungan pelayanan kesehatan terbukti mempengaruhi permintaan delapan pelayanan kesehatan dengan tingkat determinasi yang berbeda-beda. Joko Mariyono, dkk (2005) melakukan studi yang komprehensif menemukan bahwa ketimpangan akses pelayanan kesehatan antara kaum wanita dan pria cukup kecil, bahkan kaum wanita mendapatkan proporsi yang lebih besar.

Emy Poerbandari (2003) melakukan penelitian tentang faktor yang mempengaruhi penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh rumah tangga peserta Jamsostek di Kota Semarang. Dalam penelitian ini menggunakan analisis deskriptif dan analisis regresi. Model regresi dengan variabel independen tingkat pendidikan, jumlah anggota keluarga inti, pendapatan, jumlah anak usia rawan, biaya kunjungan, kualitas pelayanan dan lingkungan kerja dipakai untuk menduga variabel dependen intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan. Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel jumlah anggota keluarga inti, jumlah anak usia rawan, dan kualitas pelayanan mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan.

Sugiarti (2005) melakukan penelitian dimana dalam penelitian tersebut diketahui bahwa variabel pendapatan, jarak, dan kualitas pelayanan kesehatan mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan sedangkan variabel tingkat pendidikan, jumlah keluarga, biaya dan resiko lingkungan kerja tidak mampu mempengaruhi permintaan penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan. Sri Retno Miranti (2009) dalam penelitiannya juga menyebutkan bahwa penggunaan layanan kesehatan di kota Semarang dipengaruhi oleh beberapa faktor yang menentukan yaitu pendapatan, biaya kunjungan layanan kesehatan, jarak tempat tinggal dengan sarana kesehatan.

Berdasarkan berbagai teori dan beberapa penelitian terdahulu maka variabel terikat dalam penelitian ini yaitu permintaan layanan kesehatan di Kabupaten Semarang yang ditunjukkan dengan jumlah atau frekuensi kunjungan ke fasilitas kesehatan merupakan kuantitas kunjungan individu atas layanan

kesehatan berdasarkan kebutuhan kesehatan yang dimiliki tiap individu tersebut. Sedangkan untuk variabel bebas, variabel pendapatan digunakan untuk mendekati upah tiap individu, hal ini sejalan dengan beberapa teori (Andersen et al, 1975; Fuchs et al, 1998; Santerre & Neun, 2000; Mills & Gilson, 1990), serta penelitian yang dilakukan Emy (2003); Sugiarti (2005) dan Sri Retno (2009). Lalu untuk menggambarkan biaya fasilitas digunakan biaya kunjungan ke pelayanan kesehatan (Santerre & Neun, 2000; Mills & Gilson, 1990) dan penelitian (Emy, 2003; Karma, 2003; Sugiarti, 2005; Sri Retno, 2009). Sedangkan untuk variabel tingkat pendidikan diperoleh dari beberapa kajian ekonomi yang membahas pengaruh pendidikan terhadap kesehatan yaitu:

- (1) Pendidikan akan mempengaruhi produktifitas dan efektifitas pemanfaatan input kesehatan (Grossman,1972),
- (2) Pendidikan akan mempengaruhi persepsi tentang alokasi input kesehatan yang terbaik bagi individu (Grossman,1972),
- (3) Pendidikan bisa meningkatkan jumlah sumber daya keluarga yang bisa dialokasikan untuk input kesehatan (Schultz,1984).

Variabel pendidikan juga digunakan untuk mendekati penilaian pribadi terhadap status kesehatan (Laksono,2005). Artinya semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin tinggi pula tingkat kesadaran terhadap kesehatan, hal ini sejalan dengan beberapa teori (Andersen et al, 1975; Fuchs et al, 1998; Santerre & Neun, 2000) dan beberapa penelitian terdahulu (Emy, 2003; Karma, 2003; Sugiarti, 2005; Sri Retno, 2009). Untuk menggambarkan preferensi atas

pelayanan kesehatan yang ada, dapat juga diwakili dengan selera dari individu terhadap sejumlah pilihan pelayanan kesehatan yang ada yang digambarkan dengan penilaian masyarakat terhadap fasilitas kesehatan yang ada (Andersen et al, 1975; Santerre & Neun, 2000; Mills & Gilson,1990) dan penelitian (Emy, 2003; Sugiarti, 2005). Permasalahan yang dimungkinkan timbul adalah aksesibilitas terhadap layanan kesehatan yang didekati dengan variabel jarak tempat tinggal terhadap fasilitas layanan kesehatan (Andersen et al, 1975; Mills & Gilson, 1990) dan (Emy, 2003; Karma, 2003; Sugiarti, 2005; Sri Retno, 2009).

Penyediaan berbagai pelayanan kesehatan pemerintah dihadapkan pada masyarakat dengan berbagai karakteristiknya akan menjadi sebuah gambaran menarik dalam menjelaskan upaya pembangunan yang menunjang mutu modal manusia khususnya kesehatan. RSUD di Kabupaten Semarang dengan macam daya tariknya, sudah semestinya mengalami perkembangan yang pesat.

1.2 Perumusan Masalah

Pembangunan kesehatan yang dapat meningkatkan kualitas sumber daya manusia (*quality of human resources*) merupakan cita-cita semua bangsa. Tinggi rendahnya kualitas sumber daya manusia (SDM) secara tidak langsung juga didukung aspek kesehatan, baik itu sehat secara jasmani maupun rohani. Pemerintah melalui program kesehatan, mengharapkan agar seluruh penduduk bisa mensukseskan pembangunan kesehatan berdasarkan visi yang ada dengan cara hidup sehat. Dalam pencapaian upaya tersebut tentunya harus didukung oleh

ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan yang memadai, biaya kesehatan yang murah dan dapat dijangkau seluruh lapisan masyarakat.

Dalam bidang kesehatan menekankan pentingnya peningkatan perilaku hidup sehat dan peran aktif masyarakat dalam memelihara dan melindungi kesehatan diri dan lingkungan. Berbagai upaya dalam usaha meningkatkan derajat kesehatan masyarakat ditingkat bawah sudah banyak dilakukan oleh pemerintah, baik berupa peningkatan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik, panduan hidup sehat dan lain sebagainya.

Proses pembangunan kesehatan yang dilakukan di Jawa Tengah selayaknya berlangsung secara adil dan merata bagi semua kalangan masyarakat, dengan hanya 60.12 % yang mendapatkan pelayanan kesehatan diharapkan ke depannya angka itu bisa ditingkatkan guna merealisasikan cita-cita pembangunan kesehatan yang telah disusun. Kabupaten Semarang dengan jumlah pengguna layanan kesehatan terkecil di Jawa Tengah (20.76 %) dianggap belum bisa melaksanakan pembangunan kesehatan yang adil dan merata berdasarkan dasar-dasar Pembangunan Kesehatan yang dituangkan melalui visi “Kabupaten Semarang Sehat 2010”

Berkaitan dengan hal tersebut, perlu diadakan studi penelitian bagaimana permintaan layanan kesehatan dengan tolak ukur rumah sakit umum pemerintah yang dimiliki oleh Kabupaten Semarang dan untuk lebih mudah dalam menganalisisnya maka diteliti faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan layanan kesehatan pada obyek penelitian yang dimaksud. Maka pertanyaan penelitian atau *research question* yang akan dijawab dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana permintaan pelayanan kesehatan (rumah sakit umum pemerintah) di Kabupaten Semarang ?
2. Faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi permintaan layanan kesehatan (rumah sakit umum pemerintah) di Kabupaten Semarang ?

I.3 Tujuan dan Kegunaan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Untuk menganalisis permintaan layanan kesehatan rumah sakit umum pemerintah) di Kabupaten Semarang.
2. Untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan layanan kesehatan (rumah sakit umum pemerintah) di Kabupaten Semarang.

Kegunaan dari penelitian ini adalah :

1. Menambah pengetahuan dan wawasan peneliti mengenai bagaimana perilaku dan pilihan yang dilakukan oleh individu atau keluarga untuk mencapai status kesehatan yang optimum yang tercermin pada pemanfaatan (*utilization*) fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Pemerintah.
2. Sebagai bahan masukan dan informasi bagi pemerintah kabupaten / kota setempat maupun pihak-pihak yang terkait untuk menentukan kebijakan pengembangan pelayanan kesehatan.
3. Sebagai bahan informasi dan menambah literatur bagi pihak-pihak lain yang ingin mengadakan penelitian lebih lanjut dan mendalam tentang permintaan pelayanan kesehatan.

1.4 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam penelitian ini terdiri dari lima bab, yang merupakan penjelasan dari tiap-tiap bab. Dengan perincian penjelasan sebagai berikut:

- BAB I** : Merupakan pendahuluan, yang berisi latar belakang, rumusan masalah, tujuan dan kegunaan penelitian.
- BAB II** : Mengenai tinjauan pustaka, berisi tentang landasan teori yang melandasi penelitian ini. Selain itu juga terdapat penelitian terdahulu sebagai bahan referensi pembanding bagi penelitian ini, juga terdapat kerangka penelitian untuk memperjelas maksud penelitian dan penentuan hipotesis awal penelitian yang akan diuji.
- BAB III** : Mengenai metode penelitian, didalamnya diulas mengenai variabel penelitian dan definisi operasional, jenis dan sumber data, metode pengumpulan data, serta metode analisis data.
- BAB IV** : Mengenai hasil dan pembahasan, berisi tentang diskripsi obyek penelitian, gambaran singkat variabel penelitian, estimasi model, karakteristik responden, analisis data dan pembahasan mengenai hasil analisis dari obyek penelitian (interpretasi hasil).
- BAB V** : Penutup, menyajikan secara singkat kesimpulan yang diperoleh dari pembahasan, keterbatasan dari penelitian dan saran-saran berkaitan dengan hasil penelitian.

BAB II

TELAAH PUSTAKA

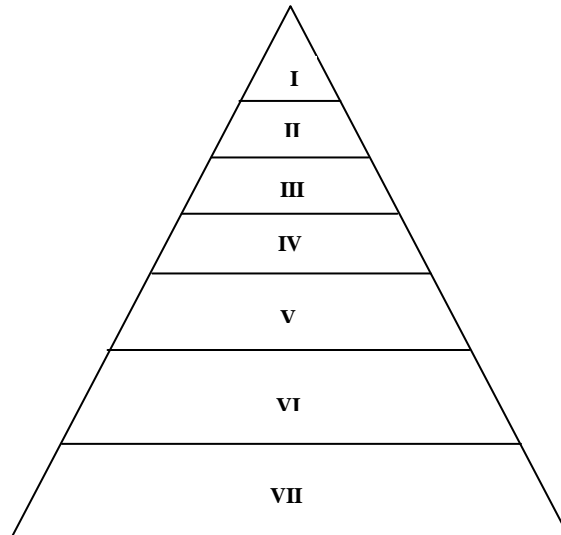
2.1 Landasan Teori

2.1.1 Teori Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan manusia sangatlah beragam dari kebutuhan yang paling mendasar (fisiologis) yang lebih diarahkan pada upaya mempertahankan kelangsungan hidup sampai dengan kebutuhan manusia akan keindahan. Upaya pengklasifikasian kebutuhan manusia telah banyak dilakukan oleh psikolog, antara lain oleh Abraham Maslow pada tahun 1970 dengan hipotesisnya kebutuhan diorganisir sedemikian rupa untuk menetapkan prioritas dan hierarki kepentingan. Menurut Maslow terdapat lima tingkatan kebutuhan yang berjarak dalam prioritas dari urutan terendah hingga urutan yang tertinggi. Tingkatan-tingkatan ini masuk kedalam tiga tingkatan kategori dasar, yaitu (1) kelangsungan hidup dan keamanan, (2) interaksi manusia, cinta dan afiliasi, (3) aktualisasi diri (kompetensi, ekspresi diri dan pengertian).

Gambaran hierarki kebutuhan manusia menurut Maslow secara jelas terlihat pada gambar 2.1 di bawah ini.

Gambar 2.1
Hierarki Kebutuhan Manusia menurut Maslow



Sumber : Maslow (1970)

Keterangan :

- I. Keindahan (*Aesthetic*), kepuasan estetika
- II. Pengetahuan (*Knowledge*), kebutuhan memahami dan mengetahui
- III. Aktualisasi diri (*Self Fulfillment*), kebutuhan akan pemenuhan diri
- IV. Penghargaan (*Esteem*), kebutuhan akan harga diri, reputasi, prestise dan status
- V. Cinta dan rasa memiliki (*Belonginess and Love*), kebutuhan akan kasih sayang, rasa memiliki dalam sebuah kelompok, dan rasa diterima dalam keluarga
- VI. Keamanan (*Safety*), kebutuhan akan rasa aman, perlindungan dan tata tertib
- VII. Fisiologis (*Physiological*), kebutuhan akan makanan, minuman, seks, **kesehatan** dan perumahan.

Maslow mengidentifikasi hierarki tujuh tingkatan kebutuhan yang disusun berjenjang dengan urutan manusia. Orang akan tetap berada dalam sebuah tingkat kebutuhannya dalam tingkat itu terpuaskan. Kemudian kebutuhan yang baru muncul pada tingkat yang lebih tinggi. Untuk kebutuhan pengetahuan dan keindahan diidentifikasi Maslow sebagai tambahan kebutuhan kognitif bagi sejumlah orang yang memenuhi kebutuhan aktualisasi diri.

Dalam konteks kebutuhan Maslow, kesehatan merupakan bagian dari kebutuhan fisiologis yang paling mendasar di samping kebutuhan fisiologis lainnya seperti makan, minum dan perumahan. Menurut Mills dan Gilson (1990) kesehatan merupakan suatu kebutuhan (*need*) yang diartikan secara umum yang merupakan perbandingan antara situasi nyata dan standar teknis tertentu yang telah disepakati. Selain itu juga kesehatan merupakan kebutuhan yang dirasakan (*felt need*) yaitu kebutuhan yang dirasakan sendiri oleh individu. Sehingga keputusan untuk memanfaatkan suatu pelayanan kesehatan merupakan pencerminan kombinasi normatif dan kebutuhan yang dirasakan.

2.1.2 Permintaan

Seseorang dalam usaha memenuhi kebutuhannya, pertama kali yang akan dilakukan adalah pemilihan atas berbagai barang dan jasa yang dibutuhkan. Selain itu juga dilihat apakah harganya sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Jika harganya tidak sesuai, maka ia akan memilih barang dan jasa yang sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Perilaku tersebut sesuai dengan hukum permintaan (Samuelson & Nordhaus, 1992), yang mengatakan bahwa bila harga suatu barang

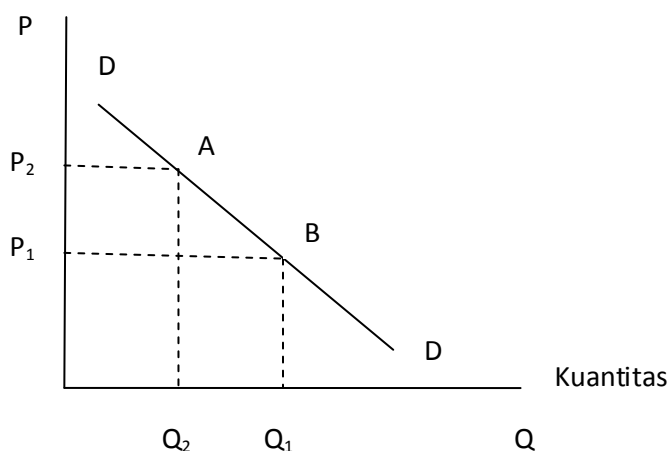
atau jasa naik, maka *ceteris paribus* jumlah barang dan jasa yang diminta konsumen akan mengalami penurunan. Dan sebaliknya bila harga dari suatu barang atau jasa turun, maka *ceteris paribus* jumlah barang dan jasa yang dimintai konsumen akan mengalami kenaikan.

Permintaan suatu barang di pasar akan terjadi apabila konsumen mempunyai keinginan (*willing*) dan kemampuan (*ability*) untuk membeli, pada tahap konsumen hanya memiliki keinginan atau kemampuan saja maka permintaan suatu barang belum terjadi, kedua syarat *willing* dan *ability* harus ada untuk terjadinya permintaan (Turner, 1971) dalam (Salma, 2004)

Kurva permintaan merupakan suatu kurva yang menggambarkan sifat hubungan antara harga sesuatu barang tertentu dengan jumlah barang tersebut yang diminta para pembeli. Kurva permintaan ini pada umumnya menurun dari kiri atas ke kanan bawah. Bentuk kurva permintaan yang demikian dikarenakan sifat hubungan antara harga dan jumlah yang diminta. Sifat hubungan keduanya merupakan hubungan yang terbalik, jika salah satu variabel naik (misal harga), maka variabel yang lainnya (misal jumlah yang diminta) akan turun. Sebagaimana yang terlihat pada gambar 2.2 dibawah ini.

Gambar 2.2
Kurva Permintaan

Harga



Sumber : Boediono (1989)

2.1.3 Teori Pilihan Rasional

Teori pilihan rasional mengadopsi pendekatan ilmu ekonomi dalam menjelaskan perilaku sosial sebagai peristiwa-peristiwa pertukaran. Dalam perspektif ini perilaku orang akan dilihat berdasarkan kemampuannya mempertimbangkan *cost* dan *reward* dari pilihan tindakan yang akan dilakukannya. Sifat dasar manusia adalah mencari kebahagiaan dan menghindari kesulitan. Ini dapat dijelaskan dari perspektif pilihan rasional. Sebuah tindakan hanya bisa disebut rasional jika penghargaan yang didapat lebih besar dari biaya yang dikeluarkan. Kalau dalam ekonomi *reward* itu bisa berarti laba, dalam peristiwa sosial lain ia bisa berupa kebahagiaan, kesenangan, kepuasan karena mendapatkan penghargaan atau tidak mendapatkan hukuman atas tindakannya tersebut. Kalau sebuah tindakan menghasilkan penghargaan, maka kemungkinan besar tindakan lama akan diulang (Becker, 1968 dalam Indah Susilowati, 1999).

Dalam teori pilihan rasional, seorang individu termotivasi oleh kamauan atau tujuan yang menggambarkan pilihan mereka. Sangat mungkin bagi seseorang

individu untuk mendapatkan semua keinginan atau pilihan mereka, mereka juga harus membuat pilihan untuk mewujudkan keinginan mereka dan apa konsekuensi yang akan mereka dapatkan. Teori pilihan rasional digunakan untuk menghitung apa yang terbaik yang mesti dilakukan seorang individu. Seorang individu memilih untuk menjadi pengguna jasa layanan kesehatan formal seperti rumah sakit, praktek dokter, puskesmas, poliklinik. Mereka akan mendapatkan keuntungan yang lebih dibandingkan dengan tidak menjadi pengguna jasa layanan kesehatan formal (Becker,1968 dalam Indah Susilowati,1999).

Pada dasarnya setiap individu cenderung untuk memaksimalkan keuntungannya. Seorang individu menjadi pengguna jasa layanan kesehatan formal (rumah sakit, praktek dokter swasta, puskesmas, poliklinik, dan lain-lain) jika kepuasan yang didapatkannya melampaui kapuasan yang ia dapatkan dari waktu dan sumber daya lainnya yang telah mereka gunakan. Seorang individu menjadi pengguna jasa layanan kesehatan formal (rumah sakit, praktek dokter swasta, puskesmas, poliklinik, dan lain-lain) bukan karena motivasi dasar mereka berbeda-beda dari individu lainnya, tetapi karena perbedaan *benefit* and *cost* yang akan mereka dapatkan. Keterlibatan dalam memanfaatkan jasa layanan kesehatan formal menjadi penting karena *benefit* and *cost* yang akan mereka dapatkan dari berbagai aktivitas.

Tindak berobat terjadi ketika individu memutuskan untuk menjadi pengguna jasa layanan kesehatan formal (rumah sakit, praktek dokter swasta, puskesmas, poliklinik, dan lain-lain) setelah memikirkan kebutuhannya untuk mendapatkan layanan dan fasilitas kesehatan atau keuntungan lainnya yang lebih.

Sebelum memutuskan untuk berobat, seorang individu juga memikirkan kemungkinan-kemungkinan lainnya, seperti biaya mahal, layanan kesehatan tidak maksimal, dan oportunitas ekonomi yang ia dapatkan dari berobat. Pengguna akan memilih suatu keputusan bila dianggap keputusan itu memberikan lebih banyak keuntungan daripada kerugiannya.

Sebagai individu yang rasional, pengguna akan memilih berobat ke layanan kesehatan formal (rumah sakit, praktek dokter swasta, puskesmas, poliklinik, dan lain-lain) karena mereka telah memperkirakan manfaat yang akan mereka peroleh adalah masih menguntungkan dari resiko atau konsekuensi yang harus ditanggung bila layanan kesehatan formal tidak maksimal (Becker,1968 dalam Indah Susilowati,1999).

2.1.4 Kesehatan

2.1.4.1 Aspek Ekonomi dari Kesehatan Secara Umum

Ilmu ekonomi merupakan suatu ilmu yang mengkaji tentang bagaimana individu disisi masyarakat melakukan pilihan. Dilihat dengan atau tanpa menggunakan sarana alat tukar (uang) guna memanfaatkan sumber daya yang langka dalam menghasilkan berbagai barang dan jasa, dan mendistribusikannya diantara mereka bagi keperluan konsumsi, pada waktu sekarang atau dimasa yang akan datang, diantara berbagai individu dan kelompok – kelompok masyarakat (Samuelson, 1979). Dari penjelasan tersebut, ada 1 hal yang masalah utama yang dihadapi manusia disegala bidang yaitu memanfaatkan segalanya atau *scarcity*.

Dari masalah utama itulah, lahir 2 alasan yang mendasari kehadiran ilmu ekonomi sebagai ilmu yang mempelajari tingkah laku manusia. Pertama, adanya

keterbatasan sumber daya bagi kehidupan, masyarakat, organisasi dan setiap individu. Kedua, kenyataan bahwa kebutuhan (*needs*) dan keinginan (*wants*) manusia dan masyarakat tidak dapat terpenuhi dengan sempurna. Dari kedua alasan tersebut maka proses pilihan harus dilakukan.

Dari pengertian pilihan / *choice* tersebut maka lahirlah konsep tentang *opportunity cost*. *Opportunity cost* mengandung pengertian pengorbanan. Menyadari keterbatasan sumber daya ekonomi, maka pilihan pengalokasian sumber daya tersebut bagi suatu kegiatan akan mengakibatkan hilangnya manfaat dari penggunaan sumber daya tersebut untuk kegiatan lainnya (Lee & Mills, 1984) dalam (Mills & Gilson 1990). Konsep ini mengarahkan untuk menentukan nilai moneter pada ‘biaya’ atau *cost* secara khusus.

Dari fakta kelangkaan sumber daya sedangkan keinginan manusia tidak terbatas, terbentuklah landasan bagi konsep penawaran dan permintaan. Permintaan merupakan kemauan konsumen membayar berbagai barang dan jasa yang dikonsumsinya. Sedangkan penawaran, berkaitan dengan sisi produksi, yaitu bagaimana biaya faktor-faktor produksi dan harga produk itu berpengaruh terhadap barang yang ditawarkan. Fungsi permintaan menunjukkan hubungan antara harga dan jumlah barang yang diminta, dengan menganggap pendapatan, harga barang lain dan ‘selera’ adalah tetap (*ceteris paribus*). Permintaan mengasumsikan bahwa orang yang paling tepat menilai suatu barang dan jasa adalah mereka yang akan memperoleh manfaat dari barang tersebut (dalam hal ini ialah konsumen) juga diasumsikan bahwa konsumen tersebut adalah mereka yang paling baik informannya tentang barang dan jasa yang akan mereka konsumsi

sehingga merekalah orang yang paling tepat untuk memberikan penilaian. Dengan dasar pengertian inilah lahir landasan mengenai *consumer sovereignty* (kebebasan konsumen), yaitu suatu pandangan bahwa konsumen seharusnya memiliki kebebasan di pasar dari sisi permintaan. Konsep yang melatarbelakangi permintaan ini adalah konsep *utility*, yaitu suatu terminologi ekonomi untuk menyatakan kepuasan. Para ekonom mengasumsikan bahwa cara orang menghabiskan pendapatannya untuk membeli barang dan jasa merupakan usaha untuk memaksimalkan kepuasannya.

Kelangkaan, *needs* dan *wants*, *opportunity cost* serta fungsi permintaan penawaran merupakan contoh konsep-konsep ekonomi yang penting dibahas dalam bidang kesehatan. Langkanya tenaga medis dalam melayani sejumlah besar penduduk merupakan suatu contoh adanya unsur kajian ekonomi dalam kesehatan. Contoh lain misalnya, bagaimana *needs* dan *wants* individu untuk sehat dapat terpenuhi bila dihadapkan pada sejumlah alternatif pilihan pelayanan kesehatan dengan sejumlah biaya atas pelayanan kesehatan tersebut. Selain itu, masih banyak lagi beberapa konsep dan isu ekonomi yang relevan bagi bidang kesehatan.

Tabel 2.1 menyajikan beberapa relevansi ekonomi dalam kajian dibidang kesehatan. Pada kolom pertama dicontohkan lima permasalahan kesehatan yang kerap disebut sebagai *health policy issues*. Para ekonom, dalam menganalisis permasalahan tersebut akan mengajukan sejumlah pertanyaan sebelum bias mengajukan alternative kebijakan. Hal ini dicontohkan pada kolom kedua yang berisi beberapa pertanyaan dasar yang berkaitan dengan permasalahan yang

sedang ditanyakan pada kolom pertama. Lalu pada kolom terakhir disajikan beberapa teknik yang dapat digunakan untuk menjawab permasalahan kesehatan sebelumnya dengan pendekatan ekonomi.

Tabel 2.1
Beberapa Relevansi Aspek Ekonomi dan Kesehatan

Beberapa Masalah Kesehatan	Beberapa Pertanyaan Mendasar	Relevansi Aspek Ekonomi
I. Kesehatan dan Pembangunan Ekonomi (kesehatan dan pelayanan kesehatan sebagai determinan dan konsekuensi pembangunan sosial-ekonomi)	I. 1. Apakah kesehatan dan perbaikan kesehatan ? 2. Apakah determinan perbaikan kesehatan ? 3. Bagaimana kesehatan dan pelayanan kesehatan mempengaruhi produktivitas dan perekonomian ?	I. Identifikasi dan pengukuran masalah kesehatan ; pengukuran kebutuhan dasar. Model Makroekonomi untuk pembangunan ekonomi ; determinan pertumbuhan.
II. Pembiayaan sektor kesehatan (aspek pendapatan dan pelayanan kesehatan dan aktivitas kesehatan yang berkaitan)	II. 1. Apakah sumber pembiayaan kesehatan 2. Apakah jenis dan kuantitas sumber daya yang dimanfaatkan untuk membiayai kesehatan ? 3. Apakah determinan permintaan pelayanan kesehatan tertentu, praktek pengobatan tradisional dan lain-lain ?	II. Sistem akuntansi sosial dan pembiayaan publik ; pembentukan penerimaan dan penetapan pajak ; self financing, asuransi dan mekanisme pre-payment ; konsep ability dan willingness to –pay
III. Analisis permintaan (permintaan dan kebutuhan kesehatan dan pelayanan kesehatan)	III. 1. Apakah determinan permintaan pelayanan dan kesehatan tertentu, praktek pengobatan dan tradisional dan lain-lain? 2. Apakah determinan respon penyedia (provider) atas permintaan konsumen untuk pelayanan kesehatan dan faktor ketersediaan pelayanan? 3. Bagaimanakah permintaan dan utilisasi pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh sistem pembiayaan kesehatan ?	III. Teori rumah tangga , individu dan supplier induced behaviour, derivasi dan penjelasan demand schedules ; determinan demand, harga, pendapatan dan cross elasticity ; time costs.
IV. Analisis Penawaran (sumber daya fisik dan biaya-biaya)	IV. 1. Apakah determinan cost behaviour dari organisasi dan agen-agen kesehatan ? 2. Bagaimana dan kenapa biaya bervariasi atas	IV. Fungsi produksi dan substitusi antar input. Estimasi kurva biaya jangka pendek dan jangka panjang, biaya rata-rata

Beberapa Masalah Kesehatan	Beberapa Pertanyaan Mendasar	Relevansi Aspek Ekonomi
V. Tenaga kerja kesehatan (SDM : ketersediaan. Motivasi dan balas jasa)	<p>perubahan skala, lokasi atau jenis pelayanan kesehatan yang tersedia ?</p> <p>3. Bagaimana kombinasi sumber daya yang akan memproduksi layanan kesehatan ?</p> <p>V. 1. Apakah determinan penawaran dan distribusi tiap jenis SDM ?</p> <p>2. Apakah balas jasa dan determinan yang mempengaruhi rekrutment yang mempengaruhi sumber daya manusia kesehatan ?</p> <p>3. Bagaimana produktivitas setiap SDM dalam kaitannya dengan biaya pelatihan dan tingkat balas jasa ?</p>	<p>dan biaya marginal, biaya sosial dan biaya private : Determinan variasi (biaya antara rumah sakit dan layanan kesehatan lain(case-mix quality factors) ; skala ekonomi.</p> <p>V. Pasar tenaga kerja dan permintaan –penawaran untuk tenaga kesehatan. Teori produktivitas Marginal. Deteminan elastisitas ; dampak tingkat pendapatan dan insentif financial pilihan untuk leisure ; praktek dokter; the brain drain</p>

Sumber : Kenneth Lee & Anne Mills (1984) dalam Mills & Gilson (1990)

Dari uraian tentang aspek ekonomi dan kesehatan diatas kiranya terlihat kajian yang dapat dilakukan antara kesehatan dan ekonomi begitu luas. Sebagai ilmu yang menganalisis perilaku kesehatan masyarakat dan individu. Hal ini telah membuka suatu kajian yang kini disebut ekonomi kesehatan. Ilmu ekonomi kesehatan pada dasarnya merupakan pemanfaatan perangkat analisis ekonomi guna menjelaskan permasalahan kesehatan dalam lingkup mikro (individu) dan makro (masyarakat dan pelayanan publik)

2.1.5 Pengertian *Demand* dan *Need* Atas Kesehatan

Persoalan kesehatan, kebutuhan (*need*) pelayanan kesehatan dan permintaan (*demand*) pelayanan kesehatan merupakan tiga konsep berbeda di

dalam ekonomi kesehatan yang harus dijelaskan untuk menghindari kerancuan karena ketiga istilah tersebut kerap digunakan secara bergantian satu sama lain.

Ada 3 situasi yang dapat diperhatikan atas tingkat persoalan kesehatan dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dirasakan oleh seorang individu. Permintaan pelayanan kesehatan timbul melalui proses perubahan persoalan kesehatan menjadi persoalan kesehatan yang dirasakan, dilanjutkan dengan merasa dibutuhkannya pelayanan kesehatan dan akhirnya dinyatakan dengan permintaan aktual. Dalam upayanya mengubah kebutuhan pelayanan yang dirasakan menjadi suatu bentuk permintaan yang efektif, konsumen harus memiliki kesediaan (*willingness*) dan kemampuan (*ability*) untuk membeli atau membayar sejumlah jenis pelayanan kesehatan yang diperlukan.

Dengan memahami konsep kebutuhan dan permintaan pelayanan kesehatan yang diperlukan dapat dijelaskan tentang mengapa dan bagaimanapun kerap timbul kesenjangan dalam banyak hal antara penyedia (*provider*) dan konsumen pelayanan kesehatan. Kesenjangan antara kebutuhan dan permintaan, misalnya timbul akibat kuantitas pelayanan yang diinginkan masyarakat (dalam membentuk kesediaan untuk membayar) dan kuantitas pelayanan profesional yang seharusnya mereka inginkan jarang bertemu dan bersesuaian.

Grossman (1972) mengemukakan bahwa konsumen sesungguhnya mempunyai cukup informasi yang memungkinkannya melakukan pilihan kondisi kesehatannya secara rasional, baik pada masa sekarang maupun di masa mendatang. Dia mendasarkan teorinya pada argumentasi bahwa permintaan seseorang atas pelayanan kesehatan di derivasikan dari persepsinya atas level

optimal kesehatannya. Akibatnya, permintaan pelayanan kesehatan muncul karena orang tersebut ingin menjembatani jenjang antara status kesehatannya saat ini dengan status kesehatan yang diinginkannya. Dengan adanya keinginan tersebut maka akan mendorong keinginan seseorang untuk mencari pelayanan kesehatan.

Ada 2 pendekatan yang lazim digunakan dalam membahas permintaan (*demand*) terhadap pelayanan kesehatan. Pertama yaitu teori *agency relationship* atau yang lebih dikenal dengan *supplier - induced demand* model. Sedangkan pendekatan yang kedua yaitu *investment model* yang diajukan oleh Grossman (1972). Perbedaan utama antara kedua pendekatan tersebut ada pada asumsinya tentang kedudukan pasien dalam model tersebut. Pada pendekatan pertama, peranan pasien begitu kecil dibandingkan pada ahli kesehatan / dokter dalam membentuk permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Sementara Grossman menyatakan bahwa konsumen (pasien) cukup memiliki informasi dan kebebasan dalam menentukan permintaannya.

Konsep *demand* yang menjadi awal perhatian dari penelitian ini adalah pendekatan *investment model* dari Grossman. Hal ini disebabkan karena sifat konsep *need* dan pendekatan teori *agency relationship* sangat dipengaruhi oleh pihak ketiga sehingga kompleksitas masalah akan timbul dalam analisisnya.

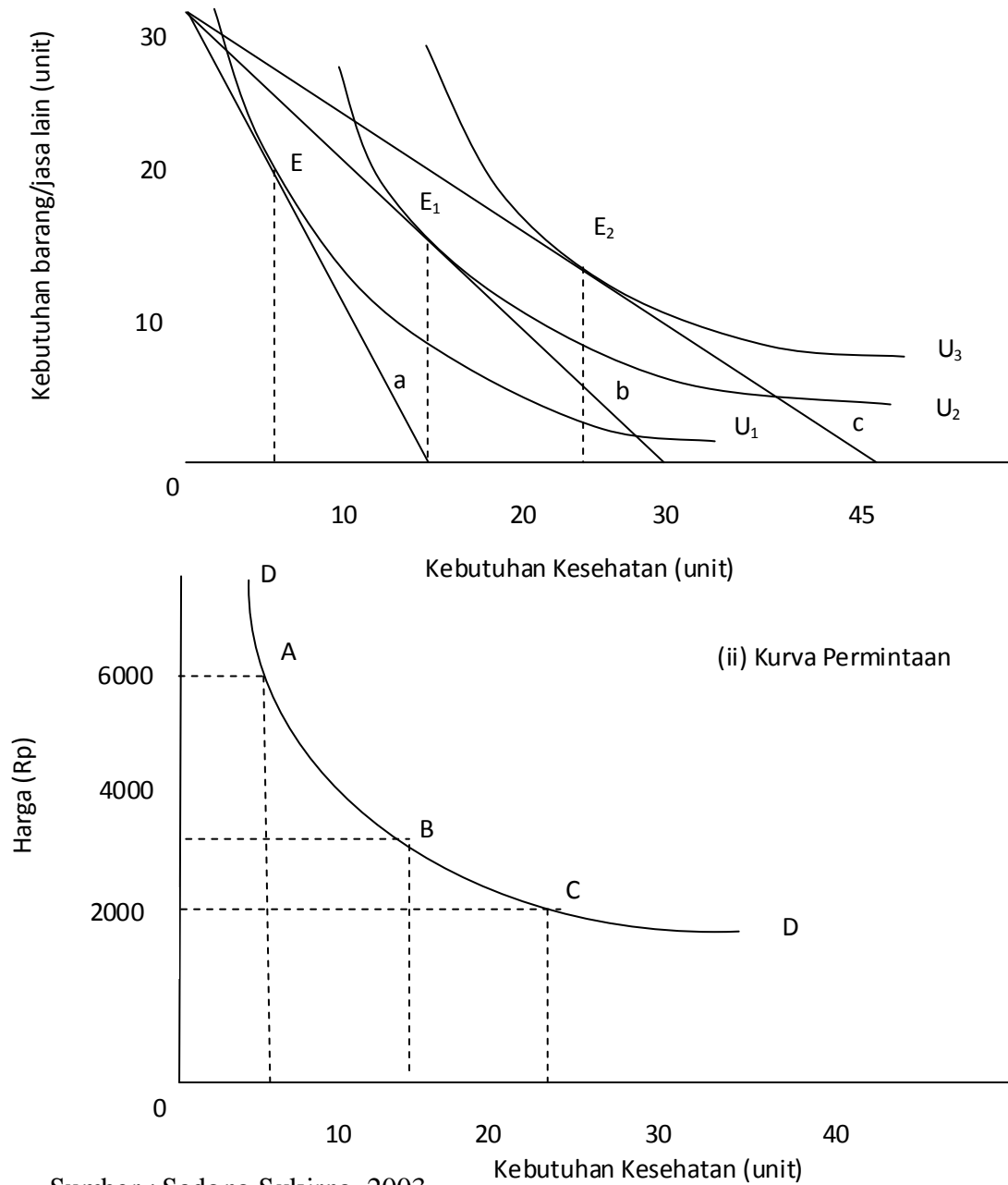
Sifat permintaan (perilaku) konsumen akan suatu kebutuhan hidup, yaitu kalau harga turun- *ceteris paribus* - permintaan akan bertambah dan kalau harga naik permintaan akan berkurang. Ilustrasi kurva permintaan kebutuhan kesehatan dengan bantuan analisis kepuasan sama dapat dijelaskan melalui gambar 2.3. Pada gambar 2.3 (i) terlihat bahwa garis (a) menggambarkan garis anggaran

pengeluaran konsumen, garis ini menyinggung kurva kepuasan sama U_1 di titik E. Apabila terjadi penurunan harga kebutuhan kesehatan, sementara pendapatan dan harga kebutuhanh jasa lainnya tetap maka garis anggaran pengeluaran akan bergeser ke garis (b) dan kurva kepuasan sama U_2 di titik E1, maka jumlah konsumsi kesehatan bertambah.

Pada gambar (ii) mengilustrasikan gambar kurva permintaan kesehatan. Titik A menunjukkan kedudukan konsumen ketika belum berlaku perubahan harga dan ketika harga kesehatan turun jumlah yang diminta akan bertambah terlihat pada gambar B. Sehingga kurva DD diatas merupakan kurva permintaan kebutuhan kesehatan.

Gambar 2.3
Kurva Permintaan Kebutuhan Kesehatan dengan
Analisis Kepuasan Sama

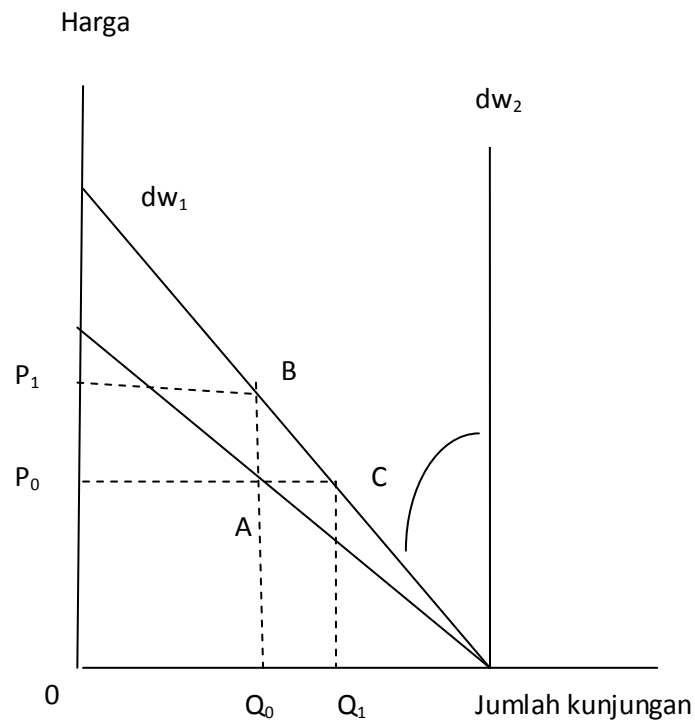
(i) Perubahan keseimbangan akibat perubahan harga



Sumber : Sadono Sukirno, 2003

Dalam pelayanan kesehatan yang menggunakan fasilitas pembiayaan asuransi kesehatan secara penuh atau dengan tingkat ko-asuransi 0 %, variabel harga tidak akan mempengaruhi jumlah kunjungan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Ilustrasi kurva permintaan dengan tingkat ko-asuransi dapat dijelaskan melalui gambar 2.4 di bawah ini :

Gambar 2.4
Kurva Permintaan Pelayanan Kesehatan
Dengan Tingkat Perlindungan Asuransi



Sumber : Santere & Neun, 2000

Berdasarkan gambar 2.4 kurva permintaan dw_0 menunjukkan kurva permintaan konsumen akan pelayanan kesehatan pada tingkat pembiayaan penuh atau dengan tingkat ko-asuransi 100 % bahwa pada tingkat harga P_0 besarnya pelayanan yang optimal adalah Q_0 . Dan pada saat konsumen membayar sebagian dari biaya pelayanan kesehatan kurva permintaan akan mengalami eksorotasi dan kurva permintaan akan menjadi semakin in-elastis (terlihat pada kurva dw_1).

Pada tingkat harga P_0 jumlah yang diminta menjadi Q_1 sehingga pelayanan yang diberikan akan bertambah menjadi $OP_0(Q)$. Kurva permintaan ini akan terus mengalami eksorotasi sampai menjadi kurva permintaan in-elastis sempurna pada

tingkat perlindungan asuransi terhadap pembiayaan kesehatan penuh atau dengan tingkat ko-asuransi 0 % (dw_2). Dalam situasi seperti ini wajah dari pelayanan kesehatan akan menjadi barang bebas dan konsumen tidak perlu melakukan pengorbanan untuk menciptakan.

Namun dalam kenyataan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tidaklah demikian bebasnya seperti barang publik murni, karena dalam hal ini seseorang konsumen tetap mengeluarkan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Menurut Bhisma (2000) biaya disini termasuk biaya perjalanan, biaya parkir, dan biaya-biaya lainnya.

Pelayanan kesehatan yang baik dapat meningkatkan jumlah (kuantitas) pelayanan kesehatan menurut Azrul (1996), harus memenuhi persyaratan – persyaratan pokok, yaitu :

1. Tersedia dan berkesinambungan, artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tidak sulit untuk ditemukan setiap saat dibutuhkan.
2. Dapat diterima dan wajar, artinya tidak bertentangan dengan adat istiadat dan kepercayaan masyarakat.
3. Mudah dicapai, dari sudut lokasi mudah dicapai oleh masyarakat.
4. Mudah dijangkau, biaya kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.
5. Bermutu, menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan dan memuaskan konsumen.

Pelayanan kesehatan harus dapat dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat dan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Maka pelayanan kesehatan juga harus memenuhi beberapa persyaratan, diantaranya sesuai dengan kebutuhan pemakai jasa pelayanan dan terjamin mutunya (*accessibility, affordability, quality assurance*). Ronald Andersen et al (1975), membagi faktor yang menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi tiga :

1. Faktor Predisposing

Kecenderungan individu dalam menggunakan pelayanan kesehatan ditentukan oleh serangkaian variabel :

- ✓ Keadaan demografi : umur, jenis kelamin, status perkawinan
- ✓ Keadaan sosial : pendidikan, ras, jumlah keluarga, agama, etnik, pekerjaan.
- ✓ Sikap / kepercayaan yang muncul : terhadap pelayanan kesehatan, terhadap tenaga kerja, perilaku masyarakat terhadap sehat dan sakit.

2. Faktor Pendukung

Faktor tersebut menunjukkan kemampuan individu didalam menggunakan pelayanan kesehatan, yang ditunjukkan oleh variabel :

- ✓ Sumber pendapatan keluarga : pendapatan dan tabungan keluarga, asuransi / sumber pendapatan keluarga yang lain, jenis pelayanan kesehatan yang tersedia serta keterjangkauan pelayanan kesehatan baik segi jarak maupun harga pelayanan .
- ✓ Sumber daya yang ada di masyarakat yang tercermin dari ketersediaan kesehatan termasuk jenis dan rasio masing-masing pelayanan dan

tenaga kesehatannya dengan jumlah penduduk, kemudian harga pelayanan kesehatan yang memadai dan sesuai dengan kemampuan mereka.

3. Faktor Kebutuhan

Faktor tersebut menunjukkan kemampuan individu untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang ditunjukkan oleh adanya kebutuhan karena alasan yang kuat yaitu pendekatan terhadap penyakit yang dirasakan serta adanya jawaban atas penyakit tersebut dengan cara mencari pelayanan kesehatan.

Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari kebutuhan.

Menurut Fuchs (1998), Dunlop dan Zubkoff (1981) dalam Laksono (2005) menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi permintaan terhadap pelayanan kesehatan yaitu :

1. Kebutuhan berbasis fisiologis, faktor ini menekankan pada pentingnya keputusan petugas medis yang menentukan perlu tidaknya seseorang mendapatkan pelayanan medis.
2. Penilaian pribadi akan status kesehatan, faktor ini dipengaruhi oleh kepercayaan, budaya dan norma-norma social di masyarakat, factor ini berakibat pada penggunaan pelayanankesehatan alternative seperti tabib atau dukun.
3. Variabel-variabel ekonomi tarif, hubungan tarif dengan *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah negatif, sangat penting dicatat bahwa hubungan negatif antara tarif dan *demand* terhadap

pelayanan kesehatan secara khusus terlihat pada pasien yang mempunyai pilihan.

4. Penghasilan masyarakat, kenaikan penghasilan keluarga akan meningkatkan *demand* untuk pelayanan kesehatan yang sebagian besar merupakan barang normal, akan tetapi ada pula sebagian pelayanan kesehatan yang bersifat barang inferior, yaitu kenaikan penghasilan keluarga justru menurunkan konsumsi.
5. Asuransi Kesehatan dan dan Jaminan Kesehatan, adanya asuransi dan jaminan kesehatan dapat meningkatkan *demand* terhadap pelayanan kesehatan, dengan demikian hubungan dari asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan terhadap *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah bersifat positif.
6. Variabel-variabel demografis dan umur, semakin tua umur seseorang akan sangat berpengaruh terhadap *demand* terhadap pelayanan kesehatan khususnya yang bersifat kuratif (mengobati).
7. Jenis kelamin, teori menyebutkan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan oleh wanita ternyata lebih tinggi dari pada laki-laki karena wanita mempunyai insidensi terhadap penyakit yang lebih besar dan angka kerja wanita lebih kecil dari laki-laki sehingga kesediaan meluangkan waktu untuk pelayanan kesehatan juga lebih besar.

Menurut Santerre dan Neun (2000) ada beberapa faktor yang berpengaruh terhadap jumlah permintaan pemeliharaan pelayanan kesehatan (*Quantity demanded*) yaitu :

1. Harga pembayaran secara langsung oleh rumah tangga.
2. Pendapatan bersih (*real income*)
3. Biaya waktu (*time cost*), termasuk di dalamnya adalah biaya (uang) untuk perjalanan termasuk muatan bis atau bensin di tambah biaya pengganti untuk waktu.
4. Harga barang substitusi dan komplementer
5. Selera dan preferensi, termasuk di dalamnya status pernikahan, pendidikan dan gaya hidup.
6. Fisik dan mental hidup
7. Status kesehatan
8. Kualitas pelayanan (*quality of care*)

Menurut Mills & Gilson (1990) hubungan antara teori permintaan dengan pelayanan kesehatan di negara-negara berkembang sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor :

1. Pendapatan, ada hubungan (asosiasi) antara tingginya pendapatan dengan besarnya permintaan akan pemeliharaan kesehatan, terutama dalam hal pelayanan kesehatan modern.
2. Harga berperan dalam menentukan permintaan terhadap pemeliharaan kesehatan. Meningkatnya harga mungkin akan lebih mengurangi permintaan dari kelompok yang berpendapatan rendah dibanding dengan kelompok yang berpendapatan tinggi.
3. Sulitnya pencapaian sarana pelayanan kesehatan secara fisik akan menurunkan permintaan

4. Kemanjuran dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan sangat berpengaruh dalam pengambilan keputusan untuk meminta pelayanan dan pemberi jasa tertentu

2.1.6 Karakteristik Permintaan Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan dalam Konteks Ekonomi

Pokok bahasan dalam ilmu ekonomi akan selalu mengarah pada *demand*, *supply* dan distribusi komoditi, dimana komoditinya adalah pelayanan kesehatan bukan kesehatan itu sendiri. Dari sudut pandang *demand*, masyarakat ingin memperbaiki status kesehatannya, sehingga mereka membutuhkan pelayanan kesehatan sebagai salah satu cara untuk mencapai status kesehatan yang lebih tinggi. Sedangkan dari sudut pandang *supply* / produksi utama dari pelayanan kesehatan adalah kesehatan dan sekaligus menghasilkan output lainnya. Kesehatan sendiri tidak dapat diperjualbelikan, dalam pengertian bahwa kesehatan itu tidak dapat secara langsung dibeli atau dijual di pasar., kesehatan merupakan salah satu ciri komoditi. Singkatnya kesehatan tidak dapat dipertukarkan. Kesehatan hanya memiliki *value in use* dan bukannya *value in exchange* (Tjiptoherijanto, 1990).

Hubungan antara keinginan kesehatan permintaan akan pelayanan kesehatan hanya kelihatannya saja yang sederhana, namun sebenarnya sngat kompleks. Penyebab utamanya karena persoalan kesenjangan informasi. Menterjemahkan keinginan sehat menjadi konsumsi pelayanan kesehatan melibatkan berbagai informasi tentang berbagai hal, antara lain ; aspek status

kesehatan saat ini, informasi status kesehatan yang lebih baik informasi tentang macam pelayanan yang tersedia, tentang kesesuaian pelayanan tersebut, dan lain sebagainya. Hal ini disebabkan karena permintaan pelayanan kesehatan mengandung masalah *uncertainty* (ketidakpastian), sakit sebagai ciri-ciri persoalan kesehatan merupakan suatu ketidakpastian. Keduanya, *imperfect information* dan *uncertainty* merupakan karakteristik umum dari permintaan pelayanan kesehatan dan kesehatan.

2.2 Penelitian Terdahulu

Untuk menunjang penelitian ini, telah dilakukan beberapa penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdahulu dimulai pada tahun 1980-an. Ascobat (1981) membuktikan adanya pengaruh-pengaruh yang signifikan dari variabel-variabel tertentu terhadap permintaan pelayanan kesehatan tertentu. Pengeluaran per kapita, misalnya mempengaruhi kecenderungan untuk memanfaatkan (berkunjung) ke fasilitas pelayanan kesehatan tradisional atau modern. Semakin tinggi pengeluaran per kapita maka semakin besar kemungkinan si individu untuk memilih dan mampu membayar pelayanan kesehatan modern dibandingkan pelayanan kesehatan tradisional. Faktor harga atau biaya kunjungan juga mempengaruhi tingkat kunjungan ke fasilitas pelayanan. Fasilitas modern umumnya menetapkan biaya yang relatif lebih tinggi dibandingkan fasilitas tradisional di dalam kelompok fasilitas modern sendiri ada perbedaan biaya antara fasilitas kesehatan swasta yang relatif lebih tinggi biayanya dibandingkan fasilitas kesehatan publik milik pemerintah. Perbedaan harga tersebut terjadi karena pada fasilitas kesehatan pemerintah umumnya terdapat sejumlah subsidi kesehatan.

Hasil penelitian yang sudah dilakukan di Indonesia diantaranya I Dewa Gede Karma (2003) melakukan penelitian serupa dimana faktor – faktor sosial demografis dan ekonomis yaitu jenis kelamin (gender), daerah tempat tinggal, umur, pendidikan, pengeluaran per kapita, dan harga kunjungan pelayanan kesehatan terbukti mempengaruhi permintaan delapan pelayanan kesehatan dengan tingkat determinasi yang berbeda-beda. Joko Mariyono, dkk (2005) melakukan studi yang komprehensif menemukan bahwa ketimpangan akses pelayanan kesehatan antara kaum wanita dan pria cukup kecil, bahkan kaum wanita mendapatkan proporsi yang lebih besar.

Deolihar (1992) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan pada anak-anak, yaitu faktor umur, pendidikan orang tua (ayah dan ibu), urutan anak dalam keluarga, ada tidaknya akte kelahiran, jumlah anggota keluarga, serta akses menuju pelayanan kesehatan.

Emy Poerbandari (2003) melakukan penelitian tentang faktor yang mempengaruhi penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh rumah tangga peserta Jamsostek di Kota Semarang. Dalam penelitian ini menggunakan analisis deskriptif dan analisis regresi. Model regresi dengan variabel independen tingkat pendidikan, jumlah anggota keluarga inti, pendapatan, jumlah anak usia rawan, biaya kunjungan, kualitas pelayanan dan lingkungan kerja dipakai untuk menduga variabel dependen intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan. Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel jumlah anggota keluarga inti, jumlah anak

usia rawan, dan kualitas pelayanan mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan.

Sugiarti (2005) melakukan penelitian dimana dalam penelitian tersebut diketahui bahwa variabel pendapatan, lokasi, dan kualitas pelayanan kesehatan mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan sedangkan variabel tingkat pendidikan, jumlah keluarga, biaya dan resiko lingkungan kerja tidak mampu mempengaruhi permintaan penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan. Sri Retno Miranti (2009) dalam penelitiannya juga menyebutkan bahwa penggunaan layanan kesehatan di kota Semarang dipengaruhi oleh beberapa faktor yang menentukan yaitu pendapatan, biaya kunjungan layanan kesehatan, jarak tempat tinggal dengan sarana kesehatan.

Posisi penelitian ini berusaha menganalisis penggunaan layanan kesehatan dalam lingkup daerah (Kabupaten/Kota) di Jawa Tengah, layanan kesehatan yang difokuskan adalah rumah sakit umum milik pemerintah setempat. Sehingga bisa dijelaskan bahwa kontribusi dari penelitian ini bisa dijadikan bahan pertimbangan pemerintah setempat dalam merumuskan alternatif kebijakan yang berkaitan dengan penggunaan layanan kesehatan. Adapun ringkasan penelitian terdahulu adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2
Ringkasan Penelitian Terdahulu

Peneliti	Judul Penelitian	Variabel dan Metode Analisis	Temuan
I Dewa Gede Karma (2003)	Studi Determinan Permintaan Pelayanan Kesehatan di Indonesia (Studi Kasus : SUSENAS 1998)	Pengeluaran per kapita setiap individu, biaya atau harga kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan, pendidikan, umur, tempat tinggal, jenis kelamin dengan menggunakan regresi Poisson.	Permintaan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh pengeluaran per kapita setiap individu, biaya atau harga kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan, pendidikan, umur, tempat tinggal, jenis kelamin
Deolihar (1992)	<i>“Intrahouse Hold Allocation of Health Inputs and Distribution of Health Outcomes Among Indonesian Children in RS Mc Namara Fellowship Program”</i>	Faktor umur, pendidikan orang tua (ayah dan ibu), urutan anak dalam keluarga, ada tidaknya akte kelahiran, jumlah anggota keluarga, serta akses menuju pelayanan kesehatan.	Hasil analisis menunjukkan bahwa semua variable yang diuji berpengaruh terhadap permintaan layanan kesehatan.
Sugiarti (2005)	Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Intensitas Penggunaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pada Karyawan Pabrik Rokok Kudus	Tingkat pendidikan, jumlah keluarga inti, pendapatan keluarga, biaya untuk ke tempat berobat. Lokasi, lingkungan kerja, kualitas pelayanan dengan menggunakan Uji Regresi.	Intensitas Penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan dipengaruhi oleh pendapatan, lokasi dan kualitas layanan kesehatan yang diberikan.

Joko Mariyono dkk. (2005)	Ketimpangan Jender Dalam Akses Pelayanan Kesehatan Rumah Tangga Petani Pedesaan : Kasus Dua Desa DI Kabupaten Tegal, Jawa Tengah	Tingkat kekayaan, tingkat pendidikan, jarak tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan, jumlah anggota keluarga, usia yang diwawancarai, penyakit yang diderita jenis kelamin wanita dengan menggunakan Regresi berganda.	Akses pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh jarak tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan. Jenis kelamin wanita lebih besar dalam permintaan terhadap layanan kesehatan.
Emy Poerbandari (2003)	Faktor yang mempengaruhi penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh rumah tangga peserta Jamsostek di Kota Semarang	Dalam penelitian ini menggunakan analisis deskriptif dan analisis regresi. Model regresi dengan variabel independen tingkat pendidikan, jumlah anggota keluarga inti, pendapatan, jumlah anak usia rawan, biaya kumjungan, kualitas pelayanan dan lingkungan kerja dipakai untuk menduga variabel dependen intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan.	Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel jumlah anggota keluarga inti, jumlah anak usia rawan, dan kualitas pelayanan mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan.

Berdasarkan penelitian terdahulu maka penelitian ini dapat diposisikan diantara penelitian yang dilakukan Karma (2003) dan Deolihar (1992) yang lebih memfokuskan penggunaan layanan kesehatan pada lingkup negara dengan penelitian yang dilakukan Sugiarti (2005) dan Emy (2003) yang memfokuskan penggunaan layanan kesehatan pada lingkup perusahaan / badan usaha. Penelitian ini memiliki lingkup yang lebih besar dari segi variabel yang mempengaruhi dari penelitian yang dilakukan Joko Mariono dkk. yang hanya terfokus pada pengaruh jender atau jenis kelamin terhadap penggunaan layanan kesehatan dengan lingkup yang sama yaitu lingkup daerah (Kabupaten/Kota).

2.3 Kerangka Pemikiran Teoritis

Berangkat dari apa yang telah diungkapkan Grossman bahwa ada sejumlah stok kesehatan disetiap individu, maka seorang individu pasti akan berusaha menjaga stok kesehatannya dengan mengkonsumsi (atau investasi) sejumlah pelayanan kesehatan. Namun, mengingat karakteristik pelayanan kesehatan yang heterogen, maka konsumen harus menentukan pilihan pelayanan kesehatan apa yang dibutuhkannya.

Pilihan konsumen atas suatu pelayanan kesehatan tidak berdiri sendiri. Pilihan tersebut dipengaruhi oleh sederet faktor penentu. Dengan mengetahui pengaruh faktor-faktor penentu yang ada sedianya dapat diketahui bagaimana proses pilihan si konsumen dalam memilih pelayanan kesehatan.

Setiap individu akan berusaha mencapai status kesehatan tertentu dengan menginvestasikan dan atau mengkonsumsi sejumlah barang dan jasa kesehatan (Grossman, 1972). Dalam hal ini investasi dianggap sebagai jumlah permintaan

individu terhadap pelayanan kesehatan, dengan unit analisis yaitu jumlah atau frekuensi kunjungan ke fasilitas kesehatan dalam kurun waktu tertentu. Jadi, investasi inilah yang akan menjadi variabel bebas (*dependent variable*) dalam analisis ini. Diasumsikan bahwa jumlah atau frekuensi kunjungan ke fasilitas kesehatan merupakan kuantitas permintaan individu terhadap pelayanan kesehatan atas permasalahan kesehatan yang dimiliki individu tersebut. Sedangkan untuk variabel bebas, variabel pendapatan digunakan untuk mendekati upah tiap individu (Andersen et al, 1975; Fuchs et al, 1998; Santerre & Neun, 2000; Mills & Gilson, 1990), serta penelitian yang dilakukan Emy (2003); Sugiarti (2005) dan Sri Retno (2009). Selanjutnya untuk menggambarkan biaya fasilitas digunakan biaya kunjungan ke pelayanan kesehatan (Santerre & Neun, 2000; Mills & Gilson, 1990) dan penelitian (Emy, 2003; Karma, 2003; Sugiarti, 2005; Sri Retno, 2009). Sedangkan untuk variabel tingkat pendidikan diperoleh dari beberapa kajian ekonomi yang membahas pengaruh pendidikan terhadap kesehatan yaitu:

- (4) Pendidikan akan mempengaruhi produktifitas dan efektifitas pemanfaatan input kesehatan (Grossman,1972),
- (5) Pendidikan akan mempengaruhi persepsi tentang alokasi input kesehatan yang terbaik bagi individu (Grossman,1972),
- (6) Pendidikan bisa meningkatkan jumlah sumber daya keluarga yang bisa dialokasikan untuk input kesehatan (Schultz,1984).

Variabel pendidikan juga digunakan untuk mendekati penilaian pribadi terhadap status kesehatan (Laksono,2005). Artinya semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin tinggi pula tingkat kesadaran terhadap kesehatan (Andersen et al, 1975; Fuchs et al, 1998; Santerre & Neun, 2000) dan beberapa penelitian terdahulu (Emy, 2003; Karma, 2003; Sugiarti, 2005; Sri Retno, 2009). Untuk menggambarkan preferensi atas pelayanan kesehatan yang ada, dapat juga diwakili dengan selera dari individu terhadap sejumlah pilihan pelayanan kesehatan yang ada yang digambarkan dengan penilaian masyarakat terhadap fasilitas kesehatan yang ada (Andersen et al, 1975; Santerre & Neun, 2000; Mills & Gilson,1990) dan penelitian (Emy, 2003; Sugiarti, 2005). Permasalahan yang dimungkinkan timbul adalah aksesibilitas terhadap layanan kesehatan yang didekati dengan variabel jarak tempat tinggal terhadap fasilitas layanan kesehatan (Andersen et al, 1975; Mills & Gilson, 1990) dan (Emy, 2003; Karma, 2003; Sugiarti, 2005; Sri Retno, 2009).

Berdasarkan uraian diatas dapat disusun persamaan menjadi sebuah model yang lebih detail dan sesuai guna melakukan analisis permintaan terhadap pelayanan kesehatan dalam penelitian ini. Persamaan untuk model tersebut disusun menjadi sebagai berikut :

$$Y = \beta_0 + \beta_1 INC_i + \beta_2 COST_i + \beta_3 EDUC_i + \beta_4 QUAL_i + \beta_5 DIST_i + e$$

Dimana :

β_0 : Konstanta / intersep

$\beta_1 - \beta_5$: Koefisien regresi

- Y : Permintaan terhadap layanan kesehatan
- INC : Pendapatan Keluarga
- COST : Biaya atau harga kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan
- EDUC : Tingkat Pendidikan
- QUAL : Penilaian terhadap layanan kesehatan
- DIST : Jarak tempat tinggal dengan fasilitas kesehatan.
- e : variabel stokastik
- i : data *cross-section* 100 responden

Berdasarkan telaah pustaka dan penelitian terdahulu, maka faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan penggunaan layanan kesehatan di Kab. Semarang adalah sebagai berikut :

1. Pendapatan (X_1)

Ada hubungan (asosiasi) antara tingginya pendapatan dengan besarnya permintaan akan pemeliharaan kesehatan, terutama dalam hal pelayanan kesehatan modern. Jika pendapatan meningkat maka garis pendapatan akan bergeser kekanan sehingga jumlah barang dan jasa kesehatan meningkat. Pada masyarakat berpendapatan rendah, akan mencukupi kebutuhan barang terlebih dahulu, setelah kebutuhan akan barang tercukupi akan mengkonsumsi kesehatan (Andersen et al, 1975; Fuchs et al dalam Laksono, 2005; Santerre & Neun, 2000; Mills & Gilson, 1990).

2. Biaya atau harga kunjungan ke pelayanan kesehatan (X_2)

Harga berperan dalam menentukan permintaan terhadap pemeliharaan kesehatan. Biaya atau harga pelayanan kesehatan dengan permintaan pelayanan kesehatan berpengaruh negatif. Meningkatnya harga mungkin akan lebih mengurangi permintaan dari kelompok yang berpendapatan rendah dibanding dengan kelompok yang berpendapatan tinggi. (Santerre & Neun, 2000; Mills & Gilson, 1990).

3. Tingkat pendidikan (X_3)

Tingkat pendidikan seseorang dapat memberikan pengaruh terhadap kemampuan berpikir, daya tangkap dan pengetahuan yang dimiliki seseorang. Tingkat pendidikan dan pengetahuan mempengaruhi nilai pentingnya kesehatan. Masyarakat yang berpendidikan lebih tinggi menganggap penting nilai kesehatan. Secara. Semakin tinggi tingkat pendidikannya, masyarakat lebih menganggap penting faktor kesehatan (Andersen et al, 1975; Fuchs et al dalam Laksono, 2005; Santerre & Neun, 2000)

4. Kualitas Layanan (X_4)

Kualitas layanan kesehatan berpengaruh positif terhadap permintaan layanan kesehatan, kualitas layanan meliputi penilaian mengenai keputusan dokter, penanganan medis yang dilakukan, tingkat kemanjuran dll. Semakin tinggi kualitas layanan yang diberikan maka semakin tinggi permintaan terhadap pelayanan kesehatan (Andersen et al, 1975; Santerre & Neun, 2000; Mills & Gilson, 1990)

5. Jarak (X_5)

Jarak antara tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan berpengaruh negatif terhadap jumlah pelayanan kesehatan. Semakin jauh tempat tinggal dari tempat pelayanan kesehatan akan semakin mahal. Hal ini sesuai dengan teori permintaan yaitu jika barang yang diminta semakin mahal, maka jumlah barang yang dibeli akan semakin sedikit (Andersen et al,1975; Mills & Gilson,1990).

Variabel-variabel tersebut diatas dihipotesiskan berpengaruh terhadap permintaan pelayanan kesehatan di Kabupaten Semarang, gambaran hubungan variabel tersebut dapat divisualisasikan sebagai berikut :

Gambar 2.5
Kerangka Pemikiran Teotitis



Keterangan :

Model ini mengadaptasikan teori dan penelitian terdahulu

2.4 Hipotesis

Hipotesis adalah pendapat sementara dan pedoman serta arah dalam penelitian yang disusun berdasarkan pada teori yang terkait, dimana suatu hipotesis selalu dirumuskan dalam bentuk pernyataan yang menghubungkan dua variabel atau lebih (J. Supranto, 1997). Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah :

- H₁ : Pendapatan berpengaruh positif terhadap permintaan layanan kesehatan (rumah sakit umum pemerintah) di Kabupaten Semarang
- H₂ : Biaya atau harga kunjungan ke pelayanan kesehatan berpengaruh negatif terhadap permintaan layanan kesehatan (rumah sakit umum pemerintah) di Kabupaten Semarang
- H₃ : Tingkat pendidikan berpengaruh positif terhadap permintaan layanan Kesehatan (rumah sakit umum pemerintah) di Kabupaten Semarang
- H₄ : Kualitas layanan berpengaruh positif terhadap permintaan layanan kesehatan (rumah sakit umum pemerintah) di Kabupaten Semarang
- H₅ : Jarak berpengaruh berpengaruh negatif terhadap permintaan layanan kesehatan (rumah sakit umum pemerintah) di Kabuptaen Semarang

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.1.1 Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya bergantung pada nilai variabel lain yang merupakan akibat dari perubahan yang terjadi pada variabel bebas (variabel independen). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah permintaan pengunjung yang merupakan banyaknya kunjungan yang dilakukan pengguna jasa layanan kesehatan selama 1 tahun terakhir yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di lingkungan Kabupaten Semarang, dalam hal ini fasilitas yang dimaksud adalah rumah sakit umum milik pemerintah. Skala pengukuran variabel ini adalah dalam frekuensi kunjungan.

3.1.2 Variabel Independen

1. Pendapatan

Variabel pendapatan adalah seluruh pendapatan yang diterima oleh keluarga pengguna jasa layanan kesehatan baik dari pendapatan utama, sampingan dan lainnya, variabel ini diukur dengan jumlah total semua pendapatan yang diterima keluarga konsumen dengan satuan rupiah tiap bulannya.

2. Biaya Kunjungan

Biaya kunjungan merupakan biaya-biaya yang dikeluarkan pengunjung selama menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan meliputi biaya rawat

jalan, biaya rawat inap, biaya transportasi, konsumsi, parkir, dan biaya lain-lain, yang diukur dengan satuan rupiah.

3. Pendidikan

Variabel pendidikan merupakan latar belakang pendidikan pengunjung atau pendidikan terakhir yang sudah diluluskan, yang diukur dengan jumlah tahun pendidikan yang sudah ditempuh. Misalnya lulusan SD (6 tahun), lulusan SLTP (9 tahun), lulusan SLTA (12 tahun), dst. Dengan catatan pada variabel ini koefisien regresi tidak bisa dijelaskan.

4. Kualitas Layanan

Kualitas layanan merupakan penilaian pengunjung mengenai baik atau tidaknya layanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang digunakan dengan skala pengukuran yaitu 1 (sangat tidak memuaskan) dan 10 (sangat memuaskan). Dengan catatan pada variabel ini koefisien regresi tidak bisa dijelaskan.

5. Jarak

Variabel jarak merupakan jarak lokasi tempat tinggal pengunjung dengan fasilitas kesehatan yang digunakan, yang diukur dengan satuan kilometer (km).

3.2 Populasi dan Sampel

3.2.1 Populasi

Populasi yaitu sekelompok orang, kejadian atau segala sesuatu yang mempunyai karakteristik tertentu (Irdiantoro dan Supamo, 1999). Masalah populasi timbul terutama pada penelitian yang menggunakan metode survey

sebagai teknik pengumpulan data. Populasi dalam penelitian ini adalah pengunjung fasilitas kesehatan di Kabupaten Semarang, dalam hal ini fasilitas kesehatan yang berupa rumah sakit milik pemerintah yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dengan jumlah yang tidak diketahui secara pasti.

3.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian yang menjadi objek sesungguhnya dari suatu penelitian, dan metodologi untuk memilih dan mengambil individu-individu masuk ke dalam sampel yang representatif disebut sampling (Soeratno dan Arsyad, 1999). Untuk menentukan besarnya sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini digunakan rumus Slovin dalam (Soeratno dan Arsyad, 1999).

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Dimana :

n : jumlah sampel

N : ukuran populasi

E : kesalahan dalam pengambilan sampel (sample error)

Berdasarkan rumus diatas, kemudian ditentukan besarnya populasi yaitu jumlah pengunjung Rumah Sakit Umum milik pemerintah pada tahun 2010 sampai dengan bulan Juni yaitu 74.728 orang (Instalasi Rekam Medik RSUD Ungaran dan RSUD Ambarawa,2010), dikarenakan penggunaan metode pengambilan sampling dengan metode sensus (Djunaidi,2009) maka populasi yang digunakan adalah jumlah rata-rata kunjungan pada rumah sakit umum pemerintah di Kab. Semarang yaitu sebesar 12.455 pengunjung (74.728

pengunjung / 5 bulan) dengan batas kesalahan yang masih dapat ditoleransi adalah 10 %. Menurut Djunaidi (2009) metode sensus bisa digunakan apabila sampel yang diambil dapat mewakili populasi.

$$n = \frac{12.455}{1 + 12.455 (10 \%)^2}$$

$$n = 99.20 \text{ dibulatkan } 100$$

Dari perhitungan diatas dapat diketahui bahwa sampel yang akan diteliti sebanyak 100 responden. Distribusi sampel secara rinci dapat dilihat pada tabel 3.1 dibawah ini :

Tabel 3.1
Distribusi Sampel

Pelayanan Kesehatan	Populasi (orang)	%	Sampel
RSUD Ungaran	6.214	49.89	50
RSUD Ambarawa	6.241	50.11	50
Jumlah	12.455	100	100

Sumber : Instalasi Rekam Medik RSUD Ungaran dan RSUD Ambarawa

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah dengan metode sensus. Responden dalam penelitian ini adalah pengunjung yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Semarang dengan fasilitas kesehatan rumah sakit umum milik pemerintah dalam kurun waktu satu bulan.

3.3 Jenis dan Sumber Data

Jenis dan sumber data penelitian merupakan faktor yang penting yang menjadi pertimbangan yang menentukan metode pengumpulan data. Data yang

digunakan dalam penelitian ini dibagi menjadi dua jenis berdasarkan pada pengelompokannya yaitu :

a. Data Primer

Data primer merupakan sumber data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber asli (tidak melalui perantara). Data primer secara khusus dikumpulkan oleh peneliti untuk menjawab pertanyaan penelitian (Indriantoro, 1999). Dalam penelitian ini data diambil berdasarkan kuesioner yang diwawancarakan kepada responden. Data primer tersebut meliputi identitas responden, jumlah kunjungan untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di lingkup Kab. Semarang, pendapatan keluarga, biaya atau harga kunjungan ke fasilitas kesehatan, tingkat pendidikan, penilaian kualitas layanan kesehatan, dan jarak tempat tinggal terhadap fasilitas kesehatan

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh peneliti secara tidak langsung melalui media perantara atau diperoleh dan dicatat oleh pihak lain (Indriantoro, 1999). Dalam penelitian ini data diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Kabupaten Semarang, literatur-literatur lain yang membahas mengenai materi penelitian berupa data jumlah pengunjung dan data pendukung lainnya yang dianggap dapat mendukung penelitian ini. Adapun yang termasuk dalam data sekunder berupa data jumlah pengunjung Rumah Sakit Umum Pemerintah yaitu RSUD Ungaran dan RSUD Ambarawa.

3.4 Metode Pengumpulan Data

Adapun pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

- Metode Wawancara

Yaitu metode pengumpulan data dengan cara mengadakan wawancara dengan berpedoman pada pertanyaan-pertanyaan kepada responden dengan panduan kuesioner. Daftar pertanyaan tersebut dapat bersifat terbuka jika jawaban tidak ditentukan sebelumnya, sedangkan bersifat tertutup jika alternatif – alternatif jawaban yang telah disediakan. Instrumen yang berupa lembar daftar pertanyaan tadi dapat berupa angket (kuesioner), *checklist* atau skala (Husein Umar, 1999).

3.5 Metode Analisis Data

Alat analisis yang digunakan dalam penelitian ini : (1) Statistik deskriptif Singgih (2003) dalam menjelaskan permintaan layanan kesehatan melalui karakteristik responden dan (2) Analisis Regresi dengan bantuan program E-views 6 untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan layanan kesehatan.

Pada dasarnya analisis regresi diinterpretasikan sebagai suatu analisis yang berkaitan dengan studi ketergantungan (hubungan kausal dari suatu variabel dependen dengan satu atau lebih variabel-variabel independen dengan maksud untuk menduga atau memperkirakan nilai rata-rata variabel dependen berdasarkan nilai-nilai tertentu dari variabel independen (Gujarati, 2003).

Model Ekonometrik yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah regresi berganda yang diselesaikan dengan bantuan *software* statistik E-views

6 yaitu suatu program kumpulan statistik yang mampu memproses data statistik secara cepat dan tepat menjadi berbagai output yang dikehendaki para pengambil keputusan tanpa mengurangi ketepatan hasil outputnya.

3.5.1 Estimasi Model

Model yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan bentuk model regresi linier berganda, artinya model tersebut menggunakan lebih dari satu variabel independen dengan satu variabel dependen.

Hubungan antar variabel penelitian terlihat pada persamaan berikut ini :

$$Y = \beta_0 + \beta_1 INC_i + \beta_2 COST_i + \beta_3 EDUC_i + \beta_4 QUAL_i + \beta_5 DIST_i + e$$

Dimana :

β_0 : Konstanta / intersep

$\beta_1 - \beta_5$: Koefisien regresi

Y : Permintaan terhadap layanan kesehatan

INC : Pendapatan Keluarga

COST : Biaya atau harga kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan

EDUC : Tingkat Pendidikan

QUAL : Penilaian terhadap layanan kesehatan

DIST : Jarak tempat tinggal dengan fasilitas kesehatan.

e : variabel stokastik

i : data *cross-section* 100 responden

Karena terdapat perbedaan dalam satuan dan besaran variabel bebas maka persamaan regresi harus dibuat model logaritma natural. Alasan pemilihan model logaritma natural (Imam Ghozali, 2005) adalah sebagai berikut :

1. Menghindari adanya heteroskedastisitas
2. Mengetahui koefisien yang menunjukkan elastisitas
3. Mendekatkan skala data

Berkaitan dengan hal tersebut maka model penelitian dengan menggunakan logaritma adalah sebagai berikut :

$$\text{LOGY}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{LOGINC}_i + \beta_2 \text{LOGCOST}_i + \beta_3 \text{LOGEDU}_i + \beta_4 \text{LOGQUAL}_i + \beta_5 \text{LOGDIST}_i + e$$

Dimana :

β_0 : Konstanta / intersep

$\beta_1 - \beta_5$: Koefisien regresi

LOGY : Permintaan terhadap layanan kesehatan

LOGINC : Pendapatan Keluarga

LOGCOST : Biaya atau harga kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan

LOGEDU : Tingkat Pendidikan

LOGQUAL : Penilaian terhadap layanan kesehatan

LOGDIST : Jarak tempat tinggal dengan fasilitas kesehatan.

e : variabel stokastik

i : data *cross-section* 100 responden

3.6 Deteksi Asumsi Klasik

Sebelum melakukan analisis data maka data dideteksi terhadap asumsi klasik, jika terjadi penyimpangan akan asumsi klasik digunakan pengujian statistik non parametrik sebaliknya asumsi klasik terpenuhi apabila digunakan statistik parametrik untuk mendapatkan model regresi yang baik, model regresi tersebut harus terbebas dari multikolinieritas, autokorelasi, dan heteroskedastisitas serta residual data yang dihasilkan harus terdistribusi normal. Cara yang digunakan untuk menguji penyimpangan asumsi klasik adalah sebagai berikut :

3.6.1 Deteksi Multikolinieritas

Deteksi Multikolinieritas bertujuan untuk mendeteksi apakah model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel bebas atau independen. Model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi diantara variabel independen. Apabila nilai R^2 yang dihasilkan dalam suatu estimasi model regresi empiris sangat tinggi, tetapi secara individual variabel-variabel independen banyak yang tidak signifikan mempengaruhi variabel dependen, hal ini merupakan salah satu indikasi terjadinya multikolinieritas (Imam Ghozali, 2005)

Multikolinieritas dalam penelitian ini dideteksi dengan menggunakan *auxiliary regressions* untuk mendeteksi adanya multikolinieritas. Kriterianya adalah jika R^2 regresi persamaan utama lebih besar dari R^2 *auxiliary regressions* maka di dalam model tidak terdapat multikolinieritas.

3.6.2 Deteksi Autokorelasi

Menurut Imam Ghozali (2005), deteksi autokorelasi digunakan untuk mengetahui apakah dalam model regresi linear ada korelasi antara kesalahan

pengganggu pada periode t dengan kesalahan pengganggu pada periode $t-1$ (sebelumnya), dimana jika terjadi korelasi dinamakan ada problem autokorelasi. Autokorelasi muncul karena observasi yang berurutan sepanjang waktu berkaitan satu sama lainnya. Masalah ini timbul karena residual (kesalahan pengganggu) tidak bebas dari satu observasi ke observasi lainnya. Hal ini sering ditemukan pada data runtut waktu (*time series*).

Salah satu cara yang digunakan untuk mendeteksi autokorelasi adalah dengan uji *Breusch-Godfrey* (BG Test). Pengujian ini dilakukan dengan meregresi variabel pengganggu u_t dengan menggunakan model *autoregressive* dengan orde p sebagai berikut :

$$U_t = \rho_1 U_{t-1} + \rho_2 U_{t-2} + \dots + \rho_p U_{t-p} + e_t$$

Dengan H_0 adalah $\rho_1 = \rho_2 = \dots = \rho_p = 0$, dimana koefisien *autoregressive* secara keseluruhan sama dengan nol, menunjukkan tidak terdapat autokorelasi pada setiap orde. Secara manual, apabila χ^2 tabel lebih kecil dibandingkan dengan $Obs \cdot R\text{-squared}$, maka hipotesis nol yang menyatakan bahwa tidak ada autokorelasi dalam model dapat ditolak.

3.6.3 Deteksi Heteroskedastisitas

Deteksi heteroskedastisitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan varians dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain. Model regresi yang baik adalah yang homoskedastisitas atau tidak terjadi heteroskedastisitas. Gejala heteroskedastisitas lebih sering terjadi pada data *cross section* (Imam Ghozali, 2005).

Untuk mendeteksi ada atau tidaknya heteroskedastisitas dapat digunakan Uji White. Secara manual, uji ini dilakukan dengan meregresi residual kuadrat (u_t^2) dengan variabel bebas. Dapatkan nilai R^2 , untuk menghitung χ^2 , dimana $\chi^2 = n \cdot R^2$. Kriteria yang digunakan adalah apabila χ^2 tabel lebih kecil dibandingkan dengan nilai Obs*R-squared, maka hipotesis nol yang menyatakan bahwa tidak ada heteroskedastisitas dalam model dapat ditolak.

3.6.4 Deteksi Normalitas

Deteksi Normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi variabel pengganggu atau residual memiliki distribusi normal atau tidak. Seperti diketahui bahwa uji t dan F mengasumsikan bahwa nilai residual mengikuti distribusi normal. Apabila asumsi ini dilanggar maka uji statistik menjadi tidak berlaku (Imam Ghozali, 2005).

Ada beberapa metode untuk mengetahui normal atau tidaknya distribusi residual antara lain Jarque-Bera (J-B) *Test* dan metode grafik. Dalam penelitian ini akan menggunakan metode J-B *Test*, apabila J-B hitung < nilai χ^2 (Chi-Square) tabel, maka nilai residual terdistribusi normal.

3.7 Pengujian Hipotesis

3.7.1 Koefisien Determinasi (Interpretasi R^2)

Koefisien Determinan (R^2) pada intinya mengukur kebenaran model analisis regresi. Dimana analisis adalah apabila nilai R^2 mendekati angka 1, maka variabel bebas semakin mendekati hubungan dengan variabel terikat sehingga dapat dikatakan bahwa penggunaan model tersebut dapat dibenarkan. Koefisien

determinasi tersebut adalah untuk mengetahui seberapa besar prosentase sumbangan variabel bebas terhadap variabel terikat yang dapat pula dinyatakan dalam prosentase (Gujarati, 2003). Akan tetapi ada kalanya dalam penggunaan koefisien determinasi terjadi bias terhadap satu variabel independen yang dimasukkan dalam model. Setiap tambahan satu variabel independen akan menyebabkan peningkatan R^2 tidak peduli apakah variabel tersebut berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen (memiliki nilai t yang signifikan). Oleh karena itu, banyak peneliti menganjurkan untuk menggunakan nilai *adjusted* R^2 yang dihitung dari :

$$\text{Adjusted } R^2 = \frac{1 - (1 - R^2) \cdot n - 1}{n - k}$$

Tidak seperti R^2 , nilai *adjusted* R^2 dapat naik atau turun apabila salah satu variabel independen ditambahkan ke dalam model.

R^2 bertujuan untuk mengetahui seberapa jauh variasi variabel independen dapat menerangkan dengan baik variasi variabel dependen. Model yang baik adalah model yang meminimumkan residual berarti variasi variabel independen dapat menerangkan variabel dependennya dengan α sebesar di atas 0,75 (Gujarati, 2003), sehingga diperoleh korelasi yang tinggi antara variabel dependen dan variabel independen. R^2 bertujuan untuk mengetahui seberapa jauh kemampuan model ini menjelaskan variabel dependen yang dihitung dengan rumus sebagai berikut :

$$R^2 = \frac{\beta_1 \sum Y_i X_{1i} + \beta_2 \sum Y_i X_{2i} + \beta_3 \sum Y_i X_{3i} + \beta_4 \sum Y_i X_{4i}}{\sum Y_i^2}$$

Rumus tersebut akan menghasilkan nilai dengan kisaran $0 < R^2 < 1$, nilai R^2 yang sempurna adalah satu yaitu apabila keseluruhan variasi dependen dapat dijelaskan sepenuhnya oleh variabel independen yang dimasukkan dalam model.

3.7.2 Uji Signifikansi parameter Individual (Uji Statistik t)

Uji statistik t pada dasarnya menunjukkan seberapa jauh pengaruh satu variabel independen secara individual dalam menerangkan variasi variabel dependen. Untuk mengkaji pengaruh variable independen terhadap dependen secara individu dapat dilihat hipotesis berikut:

$H_0 : \beta_1 = 0 \rightarrow$ tidak berpengaruh

$H_1 : \beta_1 > 0 \rightarrow$ berpengaruh positif

$H_1 : \beta_1 < 0 \rightarrow$ berpengaruh negatif

Dimana β_1 adalah koefisien variable independen ke-1 yaitu nilai parameter hipotesis. Biasanya nilai β dianggap nol, artinya tidak ada pengaruh variable X_1 terhadap Y . Bila nilai t hitung lebih besar dari t table maka pada t hitung dengan tingkat kepercayaan tertentu, H_0 ditolak. Hal ini berarti bahwa variable independen yang diuji berpengaruh secara nyata terhadap variable dependen, nilai t hitung diperoleh dengan rumus :

$$T \text{ hitung} = (b_i - b) / S_b$$

Keterangan :

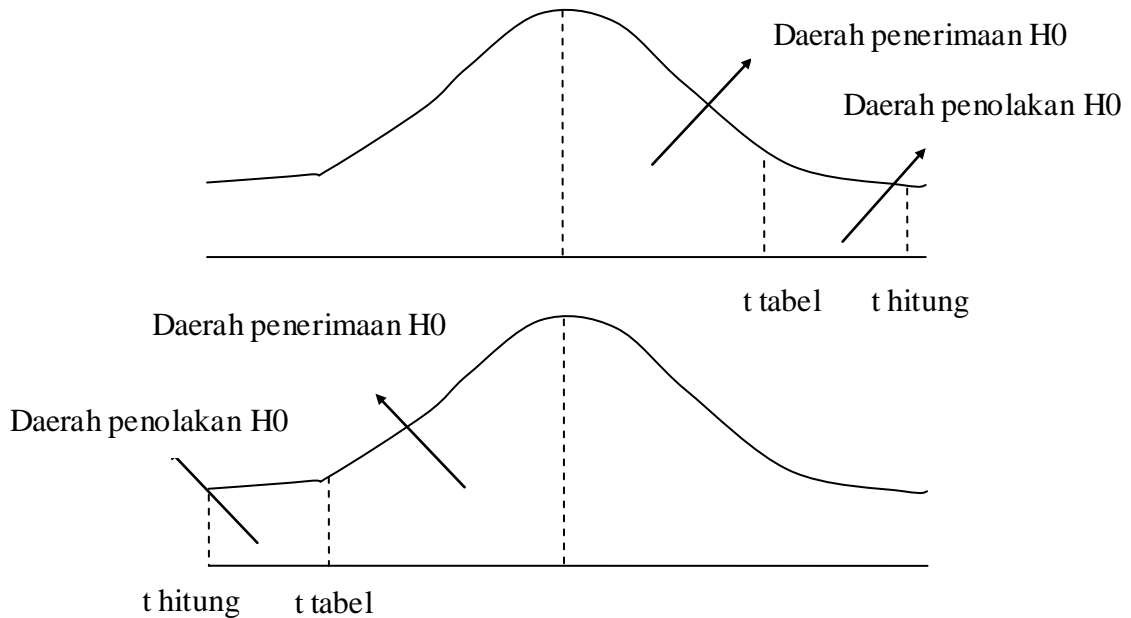
b_i : koefisien variable independen ke-1

b: nilai hipotesis nol

Sb: simpangan baku (standar deviasi) dari variable independen ke-1

Gambar 3.1

Pengujian Hipotesis secara Searah (*One Tail Test*) $\alpha = 0,05$



Sumber: Gujarati, 2003

3.7.3 Uji Signifikansi Simultan (Uji F)

Uji signifikansi simultan pada dasarnya dimaksudkan untuk membuktikan secara statistik bahwa seluruh variabel independen berpengaruh secara bersama-sama terhadap variabel dependen yaitu probabilitas pertumbuhan penduduk Kota Semarang, dengan hipotesis untuk menunjukkan apakah semua variabel bebas yang dimaksudkan dalam model mempunyai pengaruh secara bersama-sama terhadap variabel dependen dengan menggunakan hasil regresi utama.

Uji F digunakan untuk menunjukkan apakah keseluruhan variabel independen berpengaruh terhadap variabel dependen dengan menggunakan *Level of significance* 5 persen, dengan rumus sebagai berikut :

$$F = \frac{R^2 / (k - 1)}{(1 - R^2) / (N - k)}$$

Dimana nilai R^2 adalah koefisien determinasi, N adalah jumlah sampel dan K adalah banyaknya parameter (Gujarati, 2003). Kriteria pengujiannya apabila nilai F-hitung < F-tabel maka hipotesis diterima yang artinya seluruh variabel independen yang digunakan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen. Apabila Fhitung > Ftabel maka hipotesis ditolak yang berarti seluruh variabel independen berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen dengan taraf signifikan tertentu.

BAB IV

HASIL DAN ANALISIS

4.1 Deskripsi Objek Penelitian

4.1.1 Kabupaten Semarang

Luas wilayah Kabupaten Semarang 95.020.674 Ha atau 981.85 km² atau 2,92% dari luas Propinsi Jawa Tengah. terdiri dari 24.822,50 Ha tanah sawah (26,12%), tanah kering 70.198.125,50 Ha (73,88%). Secara geografis terletak pada 110⁰ 14' 54,75" sampai dengan 110⁰ 39' 3" Bujur Timur dan 7⁰ 30' Lintang Selatan. Dengan batas-batas administratif sebagai berikut :

1. Sebelah Utara : Kota Semarang dan Kabupaten Demak
2. Sebelah Timur : Kabupaten Grobogan dan Kabupaten Boyolali
3. Sebelah Selatan : Kabupaten Boyolali dan Kabupaten Kabupaten Magelang
4. Sebelah Barat : Kabupaten Temanggung dan Kabupaten Kendal
5. Sebelah Tengah : Terdapat Kota Salatiga

Dilihat dari sisi geografis, Kabupaten Semarang terletak pada ketinggian diantara 318 m - 1.450 m diatas permukaan laut. Daerah dengan ketinggian terendah terletak di Kecamatan Ungaran 318 m dan tertinggi terletak di Kecamatan Getasan 1.450 m, dengan suhu udara berkisar antara 23 - 26 derajat Celcius dan kelembaban udara berkisar 80 - 81%. Tinggi tempat rata-rata 607 m dari permukaan laut, rata-rata curah hujan 1.979 mm dan banyaknya hari hujan

adalah 104. Kondisi ini terutama dipengaruhi oleh letak geografis Kab.Semarang yang dikelilingi oleh pegunungan dan sungai diantaranya :

1. Gunung Ungaran, letaknya meliputi wilayah Kecamatan Ungaran, Bawen, Ambarawa dan Sumowono.
2. Gunung Telomoyo, letaknya meliputi wilayah Kecamatan Banyubiru, Getasan.
3. Gunung Merbabu, letaknya meliputi wilayah Kecamatan Getasan dan Tengaran.
4. Pegunungan Sewakul terletak di wilayah Kec.Ungaran.
5. Pegunungan Kalong terletak di wilayah Kec.Ungaran.
6. Pegunungan Pasokan, Kredo, Tengis terletak di Wilayah Kec.Pabelan.
7. Pegunungan Ngebleng dan Gunung Tumpeng terletak di wilayah Kec.Suruh.
8. Pegunungan Rong terletak di wilayah Kec.Tuntang.
9. Pegunungan Sodong terletak di wilayah Kec.Tengaran.
10. Pegunungan Pungkruk terletak di Kec.Bringin.
11. Pegunungan Mergi terletak di wilayah Kec.Bergas.

Perairan darat berupa sungai/kali dan danau/rawa di Kab.Semarang diantaranya :

1. Kali garang, yang melalui sebagian wilayah Kec.Ungaran dan Bergas.
2. Rawa Pening meliputi sebagian dari wilayah Kecamatan Jambu, Banyubiru, Ambarawa, Bawen, Tuntang dan Getasan.
3. Kali Tuntang, yang melalui sebagian dari wilayah Kecamatan Bringin, Tuntang, Pringapus dan Bawen.

4. Kali Senjoyo, melalui sebagian wilayah Kecamatan Tuntang, Pabelan, Bringin, Tenganan dan Getasan.

Secara umum Kabupaten Semarang mempunyai sumber daya alam yang sangat mendukung untuk pengembangan industri, pertanian dan pariwisata. Potensi sumber bahan galian golongan C yang dapat dimanfaatkan antara lain : andesit sebesar 64,48 juta ton dengan luas 174,48 Ha dan batu Basalt sebesar 3,12 juta ton dengan luas 62,25 Ha yang tersebar di Kecamatan Ungaran, Pringapus, Bergas, Bawen, Tuntang dan Bringin. Tanah liat sebesar 82,82 juta ton dengan luas 166,95 Ha tersebar di kecamatan Ungaran, Pringapus, Bergas, Ambarawa, Bawen, Suruh, Susukan dan Bringin. Trass sebesar 43,57 juta ton seluas 224,5 Ha, tersebar di kecamatan Ungaran dan Bringin. Zeolite sebesar 15,79 juta ton, seluas 40,5 Ha di kecamatan Jambu. Bentonit sebesar 84,3 juta ton, seluas 843 Ha di kecamatan Susukan dan Bringin, serta pasir batu sebesar 9,22 juta ton dengan luas 68,08 Ha di kecamatan Ungaran, Bergas, Ambarawa dan Banyubiru.

Sedangkan bahan galian golongan B terutama berupa gambut terdapat di rawapening dengan potensi sebesar 10 juta ton. Rawapening dengan luas kurang lebih 2.700 Ha, selain mengandung potensi bahan galian golongan B, dimanfaatkan sebagai sumber air untuk pengairan, pembangkit tenaga listrik, perikanan dan pertanian di lahan pasang surut rawa. Disamping itu memiliki pemandangan alam yang cukup indah, sehingga sangat potensial untuk pengembangan obyek wisata.

Sampai dengan tahun 2009, berdasar data yang tercatat pada Kantor Catatan Sipil dan Kependudukan, jumlah penduduk Kabupaten Semarang

mencapai 978.253 jiwa, terdiri dari 490.616 (50,15%) jiwa berjenis kelamin laki-laki dan 487.637 (49,91%) jiwa berjenis kelamin wanita. Berikut adalah jumlah penduduk lima tahun terakhir.

Tabel 4.1
Jumlah penduduk Kabupaten Semarang Tahun 2004-2009 (jiwa)

Tahun	Perempuan	Laki-laki	Jumlah
2004	442.265	449.686	891.951
2005	444.690	451.358	896.048
2006	446.397	453.152	899.549
2007	449.940	456.372	906.312
2008	453.250	459.772	913.022
2009	487.637	490.616	978.253

Sumber: Badan Pusat Statistik Kab.Semarang,2009

Tingkat kepadatan penduduk rata-rata di Kabupaten Semarang pada tahun 2009 yang tersebar di seluruh kecamatan adalah sebesar 1029 jiwa/1 Km², dengan distribusi penduduk sebagai berikut:

1. Kecamatan Getasan = 47.033 jiwa.
2. Kecamatan Tengaran = 62.202 jiwa.
3. Kecamatan Susukan = 51.253 jiwa.
4. Kecamatan Suruh = 65.680 jiwa.
5. Kecamatan Pabelan = 45.299 jiwa.
6. Kecamatan Tuntang = 64.270 jiwa.
7. Kecamatan Banyubiru = 45.223 jiwa.
8. Kecamatan Jambu = 40.436 jiwa.
9. Kecamatan Sumowono = 30.905 jiwa.

10. Kecamatan Ambarawa = 58.709 jiwa.
11. Kecamatan Bawen = 53.737 jiwa.
12. Kecamatan Bringin = 48.077 jiwa.
13. Kecamatan Bergas = 55.014 jiwa.
14. Kecamatan Pringapus = 49.951 jiwa.
15. Kecamatan Bancak = 22.387 jiwa.
16. Kecamatan Kaliwungu = 32.523 jiwa.
17. Kecamatan Ungaran Barat = 87.909 jiwa.
18. Kecamatan Ungaran Timur = 66.451 jiwa.
19. Kecamatan Bandungan = 49.188 jiwa.
20. WNA = 6 jiwa (4 di Kec. Ungaran Barat, 2 di Kec. Ungaran Timur)

Nilai Produk Domestik Regional Bruto Kabupaten Semarang pada tahun 2009 berdasarkan harga konstan adalah sebesar Rp. 5.281.288.000.000,- sedangkan berdasarkan harga berlaku sebesar Rp. 10.343.478.070.000,-. PDRB perkapita tahun 2009 berdasarkan harga konstan adalah Rp. 555.804,31,- dan harga berlaku sebesar Rp. 1.088.550,3,-. Laju pertumbuhan ekonomi pada tahun 2009 adalah sebesar 3.89 %

Sebagian besar penduduk Kabupaten Semarang pada tahun 2009 bekerja di sektor pertanian (48,28%), namun demikian proporsi sumbangan sektor pertanian terhadap PDRB masih relatif kecil, hanya 20,59%. Sebaliknya sektor industri yang hanya menyerap tenaga kerja 13,20% mempunyai sumbangan dalam proporsi terbesar sebesar 40,70%. Sektor lain yang berperan cukup baik terhadap

sumbangan PDRB adalah sektor perdagangan, Rumah makan dan jasa akomodasi sebesar 17,60% dan jasa-jasa lain 11,36%.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang pada tahun 2009 tercatat ada 2 buah RSUD Pemerintah dan 1 buah rumah sakit swasta, 64 buah balai pengobatan, 26 buah puskesmas tetap, dan 66 buah puskesmas pembantu. Sarana kesehatan di Kabupaten Semarang dapat dirinci sebagai berikut (tabel 4.2).

Tabel 4.2
Jumlah Sarana Kesehatan di Kabupaten Semarang

No	Keterangan	Jumlah (unit)
1	Rumah Sakit Umum Daerah	2
2	RSU Swasta	1
3	Puskesmas	26
4	Posyandu	1604
5	Polindes	163
6	Puskesmas Pembantu	66
7	Puskesmas keliling	44
8	Poliklinik	64
9	Jumlah klinik dan praktek dokter	124
10	Klinik KB	61

Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Semarang, 2009

Sedangkan untuk tenaga medis tercatat ada 68 dokter, 120 perawat, 308 bidan dengan rasio tenaga paramedis 37-43 per 100.000 penduduk. Berikut adalah rincian dari tenaga medis yang dimiliki Kabupaten Semarang (Tabel 4.3).

Tabel 4.3
Jumlah Tenaga Medis di Kabupaten Semarang

No	Keterangan	Jumlah
1	Dokter Umum	102 orang
2	Dokter Spesialis	42 orang
3	Dokter Gigi	38 orang
4	Perawat	394 orang
5	Bidan	342 orang
6	Ahli Kesehatan Masyarakat	70 orang
7	Apoteker	8 orang
8	Ahli Gizi	35 orang
9	Analisis Laboratorium	48 orang
10	Ahli Rontgen	17 orang
12	Ahli Penyehatan Lingkungan	21 orang
13	Dukun Anak	354 orang
14	Bidan Desa	229 orang

Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Semarang, 2009

Angka kematian bayi per 1000 kelahiran sebesar 12.26 dan angka kematian ibu sebesar 125.66 ditahun 2009 sebanyak 88% meninggal di rumah sakit. Berikut adalah penjelesan mengenai rumah sakit umum milik pemerintah di Kabupaten Semarang yang merupakan obyek dari penelitian.

4.1.1.1 Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran

Sejak didirikan pada tahun 1950-an, RSUD Ungaran merupakan layanan kesehatan milik pemerintah yang paling strategis dilihat dari letaknya yang berada pada pusat Kabupaten Semarang yaitu Ungaran dan pada jalur jalan raya Semarang-Solo. Berkaitan dengan hal itulah RSUD Ungaran direnovasi pada

tahun 2006, renovasi tersebut berkaitan dengan penambahan jumlah tempat tidur yang semula 140 tempat tidur menjadi 176 tempat tidur (Statistik Kesehatan,2009). Dilihat dari tenaga medis yang dimiliki, RSUD Ungaran memiliki total 25 dokter yang terdiri dari 12 dokter spesialis, 11 dokter umum, dan 2 dokter gigi. Sedangkan tenaga medisnya terdiri dari 4 pada bidang gizi, 22 teknisi medis dan memiliki sekitar 40 perawat. Berikut ini adalah fasilitas yang dimiliki RSUD Ungaran.

1. Pelayanan Klinik Spesialis (penyakit dalam, Bedah, Kebidanan dan kandungan, anak, saraf, THT, mata, kulit dan kelamin, rehabilitasi medic dan anestesi)
2. Pelayanan klinik khusus diabetes.
3. Klinik pelayanan informasi obat / PIO
4. Pelayanan klinik gizi
5. Pelayanan klinik VCT
6. Pelayanan klinik umum dan apotik
7. Pelayanan rawat inap (Kelas I, kelas II, kelas III, kelas VIP, *one day care*, ICU, instalasi gawat darurat, trauma centre)

4.1.1.2 Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa

Rumah sakit umum daerah Ambarawa pada awalnya adalah rumah sakit peninggalan jaman penjajahan Belanda terlihat dari sebagian bentuk bangunannya. Pada tahun 1950-an baru rumah sakit tersebut diambil alih oleh pemerintah setempat yakni Pemerintah Kabupaten Semarang. Sejak saat itulah

rumah sakit tersebut resmi menjadi milik pemerintah. Rumah sakit umum daerah Ambarawa mempunyai kapasitas 209 tempat tidur (Statistik Kesehatan Kab.Semarang,2009). Dari segi tenaga medis RSUD Ambarawa memiliki 32 dokter yang terdiri dari 16 dokter spesialis, 14 dokter umum dan 2 dokter gigi. Sedangkan dari segi tenaga kesehatan memiliki 226 orang yang terdiri dari bagian gizi 8 orang, 21 teknisi medis, bagian sanitasi 2 orang, bagian kesejahteraan masyarakat 6 orang dan 54 perawat. Berikut adalah fasilitas yang dimiliki RSUD Ambarawa antara lain :

1. Pelayanan spesialis klinik (anak, bedah, kebidanan & kandungan, penyakit dalam, saraf, THT dan Mata)
2. Perawatan rawat inap (kelas I, kelas II, kelas III, kelas utama/ VIP dan paviliun)
3. Pelayanan penunjang (Laboratorium 24 Jam, USG, EKG, Rontgen, Fisioterapi, KB & Imunisasi, Klinik Gizi, Klinik Laktasi, Senam Ibu Hamil, Ambulance dan Apotik).

4.2 Karakteristik Sosial Ekonomi Responden

Karakteristik sosial ekonomi dapat pula disebut profil dari responden itu sendiri dilihat dari sisi sosial dan ekonominya, secara terperinci variabel penelitian dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.4
Karakteristik Sosial Ekonomi Responden (n=100)

No	Keterangan	RSUD Ungaran		RSUD Ambarawa	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
1	Jenis Kelamin				
	• Perempuan	36	36	31	31
	• Laki-laki	14	14	19	19
		50	50	50	50
2	Umur (tahun)				
	• 0 – 5	3	3	4	4
	• 6 – 15	6	6	5	5
	• 16 – 25	11	11	15	15
	• 26 – 35	13	13	16	16
	• > 35	17	17	10	10
		50	50	50	50
3	Biaya Kunjungan (Rp)**				
	• < 40.000	3	3	5	5
	• 40.000 – 79.999	12	12	16	16
	• 80.000 – 119.999	16	16	10	10
	• 120.000 – 159.999	11	11	8	8
	• > 160.000	9	9	11	11
		50	50	50	50
4	Pendidikan (tahun)**				
	• SD	15	15	13	13
	• SLTP	7	7	16	16
	• SLTA	11	11	13	13
	• Perguruan Tinggi	17	17	8	8
		50	50	50	50
5	Pekerjaan				
	• Pegawai negeri	8	8	5	5
	• Swasta / karyawan	15	15	10	10
	• Wirausaha	17	17	23	23
	• Petani / buruh	4	4	5	5

<i>Lanjutan</i>					
	• Pelajar / mahasiswa	6	6	7	7
		50	50	50	50
6	Pendapatan Keluarga (Rp)**				
	• < 400.000	1	1	1	1
	• 400.000 – 799.999	9	9	8	8
	• 800.000 – 1199.999	5	5	4	4
	• 1.200.000 – 1.599.999	6	6	8	8
	• 1.600.000 – 2.000.000	6	6	11	11
	• > 2.000.000	23	23	18	18
		50	50	50	50
7	Jarak Tempat Tinggal (km)**				
	• < 5	6	6	9	9
	• 5-7	21	21	20	20
	• 8-10	17	17	12	12
	• > 10	6	6	9	9
		50	50	50	50
8	Frekuensi Kunjungan*				
	• 2 kali	15	15	13	13
	• 3 kali	7	7	14	14
	• 4 kali	10	10	11	11
	• 5 kali	18	18	12	12
		50	50	50	50
9	Penilaian Kualitas Layanan (skor)**				
	• 1 – 3	2	2	6	6
	• 4 – 6	18	18	17	17
	• 7 – 9	28	28	26	26
	• 10	2	2	1	1
		50	50	50	50

Sumber : data primer diolah,2010

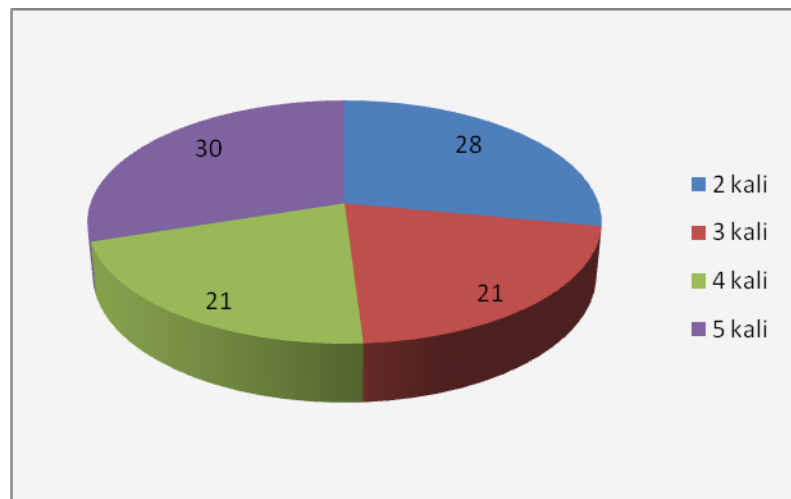
Keterangan : * variabel dependen

** variabel independen

4.2.1 Frekuensi Kunjungan

Gambar di bawah ini adalah distribusi responden dilihat dari jumlah kunjungannya selama satu tahun terakhir.

Gambar 4.1
Distribusi Responden Dilihat dari Frekuensi Kunjungan
Selama Satu Tahun Terakhir



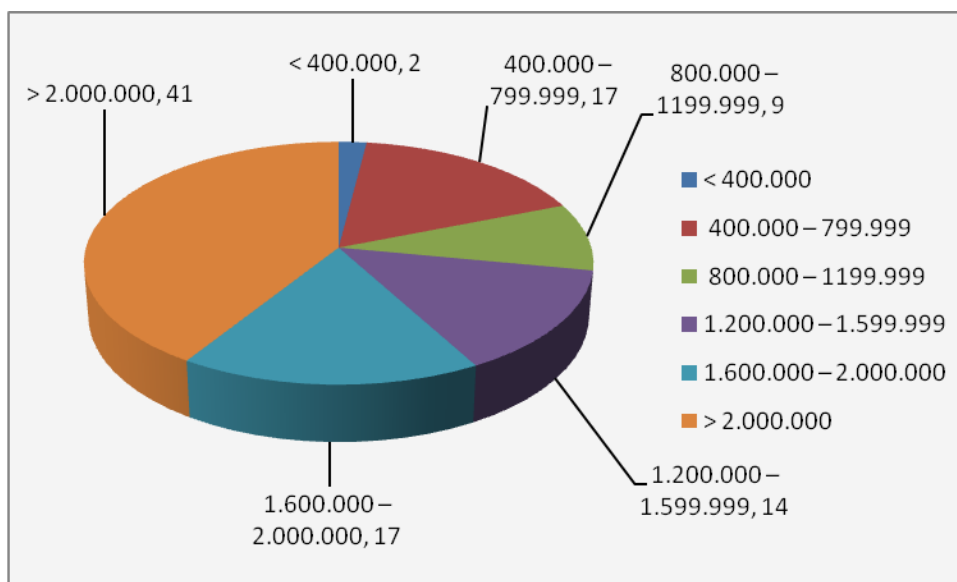
Sumber : data primer diolah,2010

Dari total 100 responden frekuensi kunjungan cenderung merata dari tiap-tiap tingkat keseringannya. Sering atau tidaknya masyarakat menggunakan layanan kesehatan sedikit banyak dipengaruhi oleh banyak faktor, secara kuantitatif ada beberapa faktor yang dapat mewakilinya, diantaranya pendapatan keluarga, biaya kunjungan ke rumah sakit, tingkat pendidikan, jarak tempat tinggal terhadap rumah sakit dan kualitas dari pelayanan rumah sakit.

4.2.2 Pendapatan Keluarga

Berikut ini adalah gambar jumlah distribusi responden dilihat dari pendapatan keluarga setiap bulan.

Gambar 4.2
Jumlah Responden Dilihat dari Pendapatan Keluarga Tiap Bulan



Sumber : data primer diolah,2010

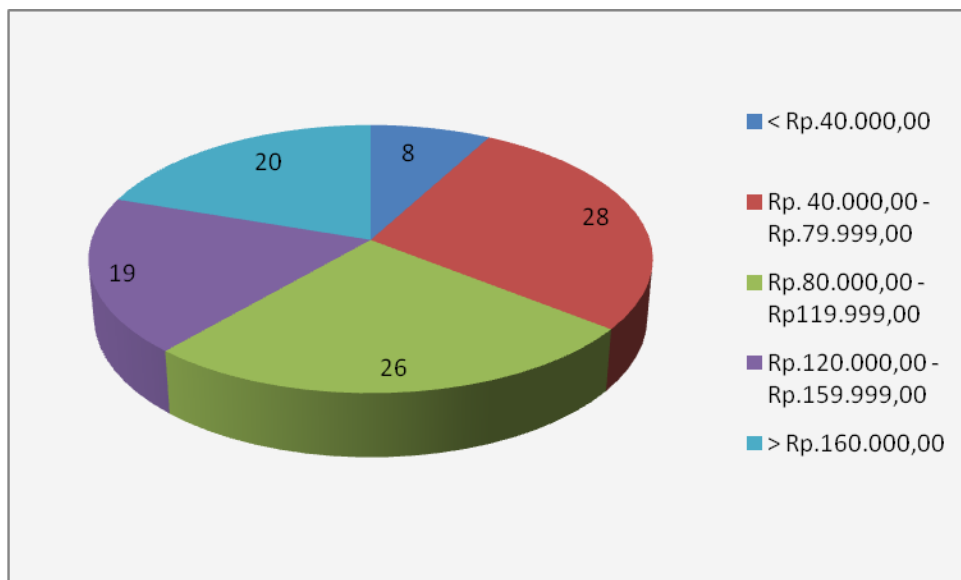
Dari gambar di atas terlihat bahwa sebanyak 41 responden dari 100 responden memiliki pendapatan di atas Rp. 2.000.000,00 tiap bulannya, 17 responden memiliki pendapatan Rp.1.600.000,00 hingga Rp.2.000.000,00, 14 responden memiliki pendapatan Rp.1.200.000 – Rp 1.599.999,00, 9 responden memiliki pendapatan Rp. 800.000,00 – Rp. 1.199.999,00, 17 responden memiliki pendapatan sebesar Rp 400.000 – Rp. 799.999,00 dan 2 responden memiliki pendapatan dibawah Rp. 400.000,00. Hal itu menunjukkan bahwa mayoritas pengguna layanan rumah sakit umum milik pemerintah adalah kalangan yang berpenghasilan di atas Rp.2.000.000,00 atau bias dikategorikan kalangan yang

menengah ke atas / mampu jika di bandingkan dengan pendapatan per kapita yang sebesar Rp. 10.057.341,00 per tahun atau Rp. 838.111,75 per bulan pada tahun 2009 (BPS Kab. Semarang, 2010)

4.2.3 Biaya Bunjungan

Distribusi besarnya biaya yang dikeluarkan oleh tiap-tiap responden, dapat dilihat pada gambar berikut ini.

Gambar 4.3
Distribusi Responden Dilihat Dari Biaya Kunjungan
Dalam Menggunakan Layanan Kesehatan



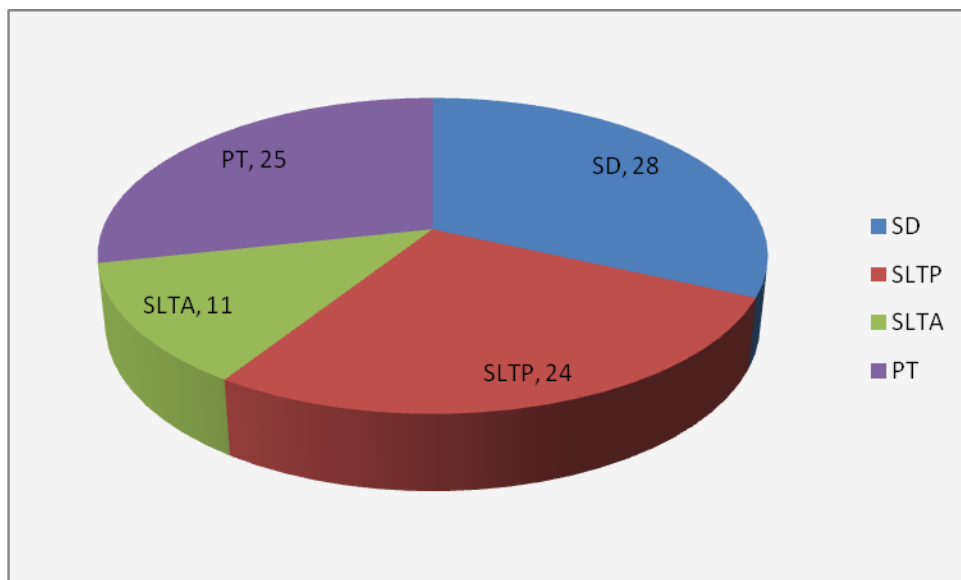
Sumber : data primer diolah,2010

Dari pengamatan yang telah dilakukan variasi biaya kunjungan yang dikeluarkan oleh responden tergantung pada keperluan menggunakan layanan kesehatan, jenis penyakit, lama atau tidaknya perawatan dan beberapa faktor lain yang mempengaruhinya. Dari gambar tersebut biaya kunjungan responden terbanyak diantara kisaran Rp.80.000,00 hingga Rp.120.000,00 (biaya tersebut setelah dikurangi asuransi).

4.2.4 Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan ditentukan berdasarkan banyaknya tahun yang telah ditempuh responden dalam menyelesaikan pendidikan terakhir yang diluluskannya, gambaran mengenai tingkat pendidikan responden dapat dilihat pada gambar berikut ini.

Gambar 4.4
Tingkat Pendidikan Responden



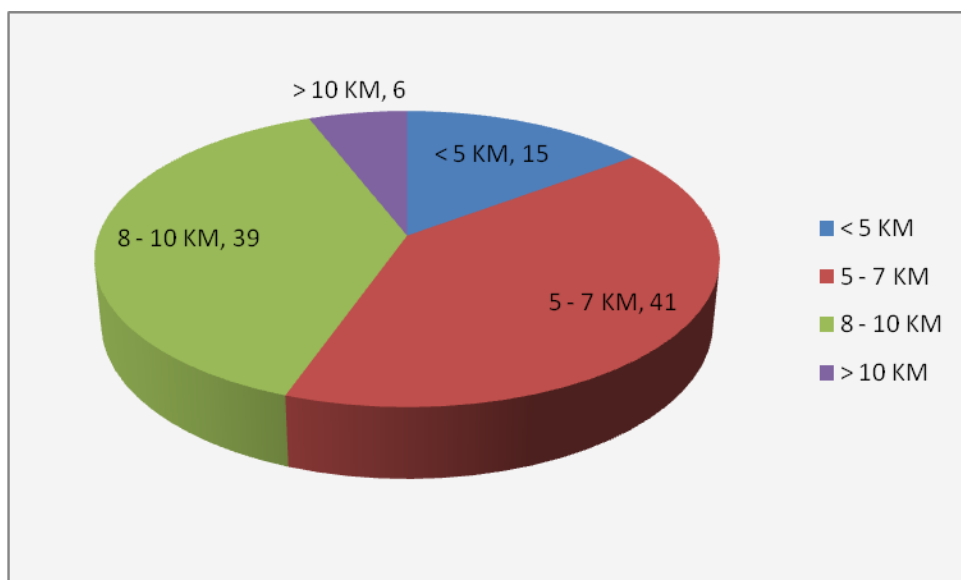
Sumber : data primer diolah,2010

Tingkat pendidikan responden dari yang terbesar terbesar adalah lulusan SD (28 responden), Perguruan Tinggi (25 responden), SLTP (24 responden), dan SLTA (11 responden). Tingkat pendidikan berkaitan dengan kesadaran akan kesehatan seperti penanganan penyakit, pemeriksaan kesehatan yang tepat, dan lainnya. Untuk mengantisipasi hal tersebut peran pemerintah dalam menggalakkan pentingnya kesehatan dengan sosialisasi juga harus terarah dan tepat sasaran.

4.2.5 Jarak Tempat Tinggal Terhadap Layanan Kesehatan (RSU pemerintah)

Beberapa teori menunjukkan bahwa jauh dekatnya layanan kesehatan berpengaruh pada penggunaan layanan kesehatan tersebut, gambaran jarak layanan kesehatan dan tempat tinggal responden dalam penelitian yang dilakukan adalah sebagai berikut.

Gambar 4.5
Jarak Layanan Kesehatan dengan Tempat Tinggal Responden



Sumber : data primer diolah, 2010

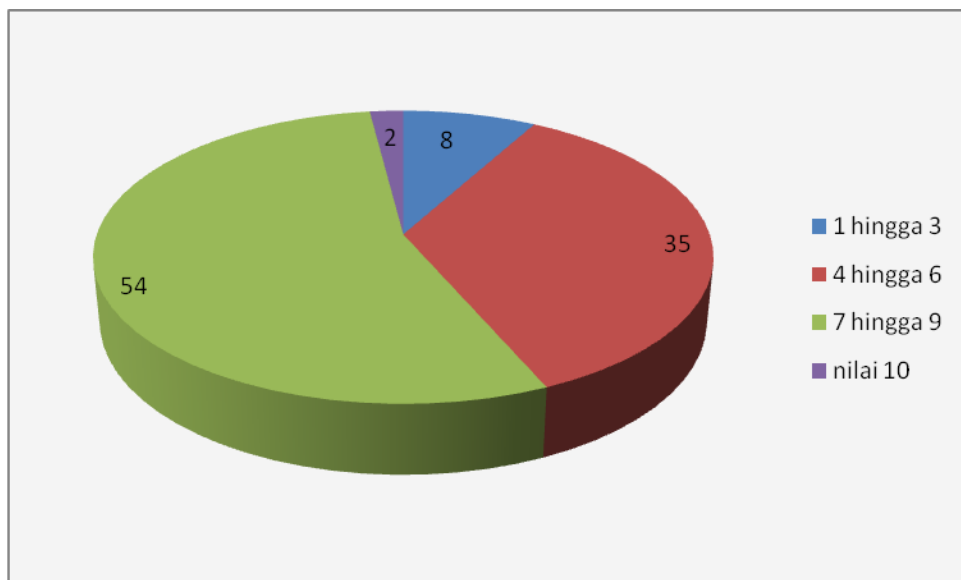
Sebagian besar responden yang menggunakan layanan kesehatan rumah sakit umum milik pemerintah mempunyai tempat tinggal yang jaraknya 5 km hingga 10 km terlihat dari gambar di atas, 41 responden memiliki tempat tinggal 5 – 7 km dari RSU milik pemerintah dan 39 responden memiliki tempat tinggal 8 –

10 km, 6 responden bertempat tinggal lebih dari 10 km dan 15 responden memiliki tempat tinggal kurang dari 5 km.

4.2.6 Kualitas Layanan

Kualitas layanan kesehatan adalah salah satu faktor yang mempengaruhi penggunaan layanan kesehatan, berikut ini adalah penilaian responden terhadap kualitas layanan kesehatan rumah sakit umum milik pemerintah di Kabupaten Semarang.

Gambar 4.6
Kualitas Layanan Kesehatan Menurut Responden



Sumber : data primer diolah,2010

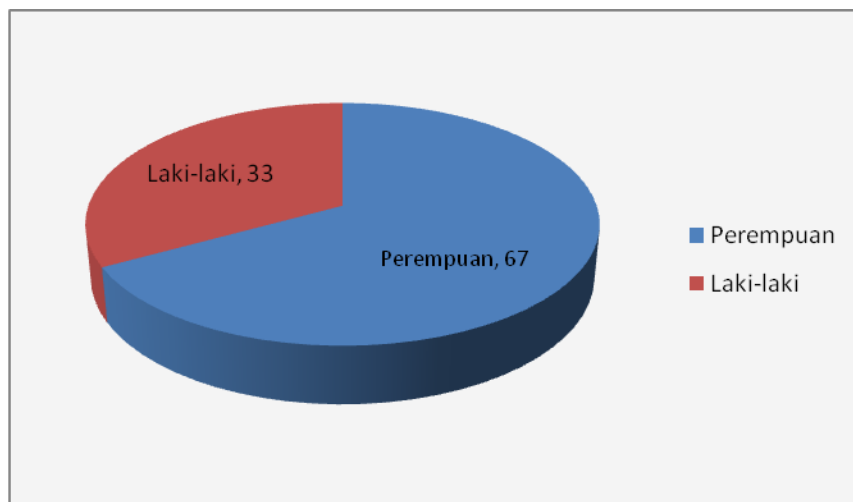
Mayoritas responden menilai bahwa layanan kesehatan rumah sakit umum milik pemerintah sudah cukup baik terlihat dari yang menilai 7 hingga 9 ada 54 responden, 35 responden memberi skor 4 hingga 6, 8 responden menilai 1 hingga 3 dan 2 responden yang member skor 10.

Berikut ini adalah gambaran mengenai profil sosial ekonomi responden berupa diagram dan grafik agar mempermudah dalam membaca karakteristik responden yang menjadi obyek penelitian yang akan dianalisis.

4.2.7 Jenis Kelamin

Diagram di bawah ini adalah gambar yang menjelaskan proporsi responden dilihat dari jenis kelamin laki-laki dan perempuan.

Gambar 4.7
Proporsi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Sumber : data primer diolah,2010

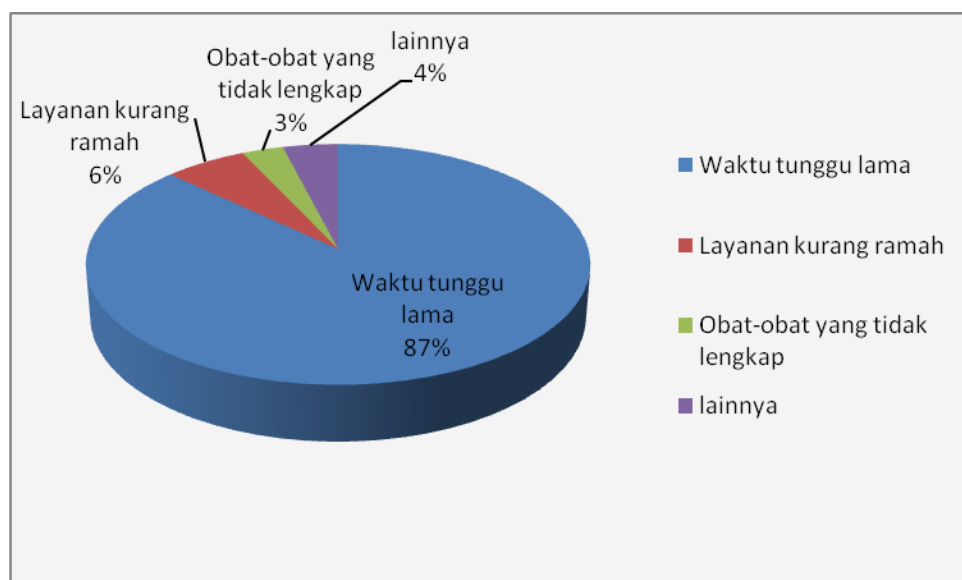
Dari gambar tersebut dapat dijelaskan bahwa responden dengan jenis kelamin perempuan lebih banyak melakukan penggunaan layanan kesehatan daripada laki-laki. Menurut Fuchs (1998), Dunlop dan Zubkoff (1981) dalam Laksono (2005) menyebutkan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan oleh wanita ternyata lebih tinggi dari pada laki-laki karena wanita mempunyai insidensi terhadap penyakit yang lebih besar dan angka kerja wanita lebih kecil

dari laki-laki sehingga kesediaan meluangkan waktu untuk pelayanan kesehatan juga lebih besar.

4.2.8 Kesan Terhadap Layanan

Gambar di bawah ini menggambarkan beberapa kesan responden terhadap layanan kesehatan yang digunakan.

Gambar 4.8
Presentase Kesan Responden Terhadap Layanan Kesehatan



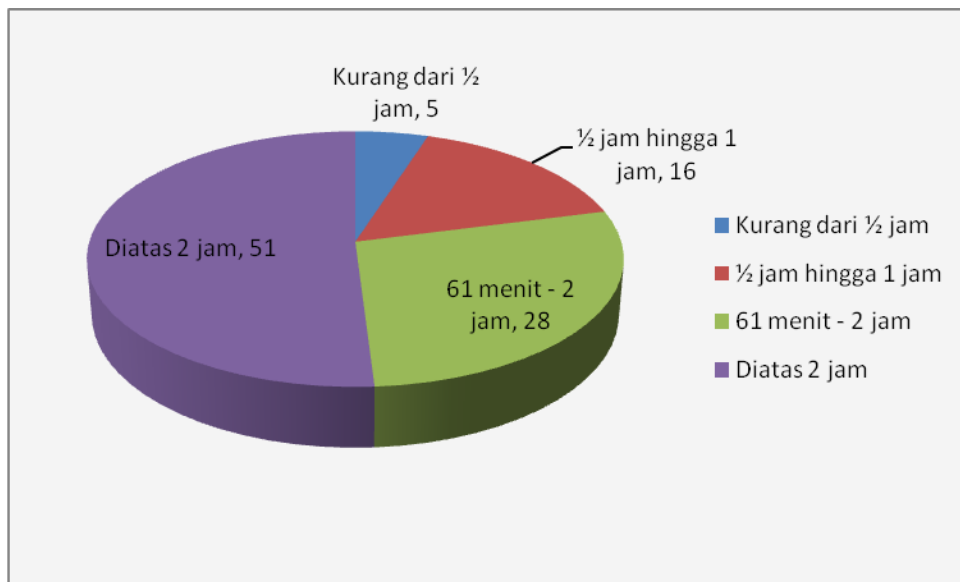
Sumber : data primer diolah,2010

Gambar di atas menunjukkan bahwa kelemahan layanan kesehatan yang ada adalah waktu tunggu yang lama dalam memperoleh layanan kesehatan yang ditunjukkan kesan responden mengenai waktu tunggu yang lama (87%), layanan kurang ramah (6%), obat-obat yang tidak lengkap (3%) dan lainnya (4%).

4.2.9 Waktu Tunggu dalam Memperoleh Layanan Kesehatan

Berikut adalah gambaran mengenai variasi mengenai waktu tunggu dalam memperoleh layanan kesehatan.

Gambar 4.9
Proporsi Responden Berdasarkan Waktu Tunggu
dalam Mendapatkan Layanan Kesehatan



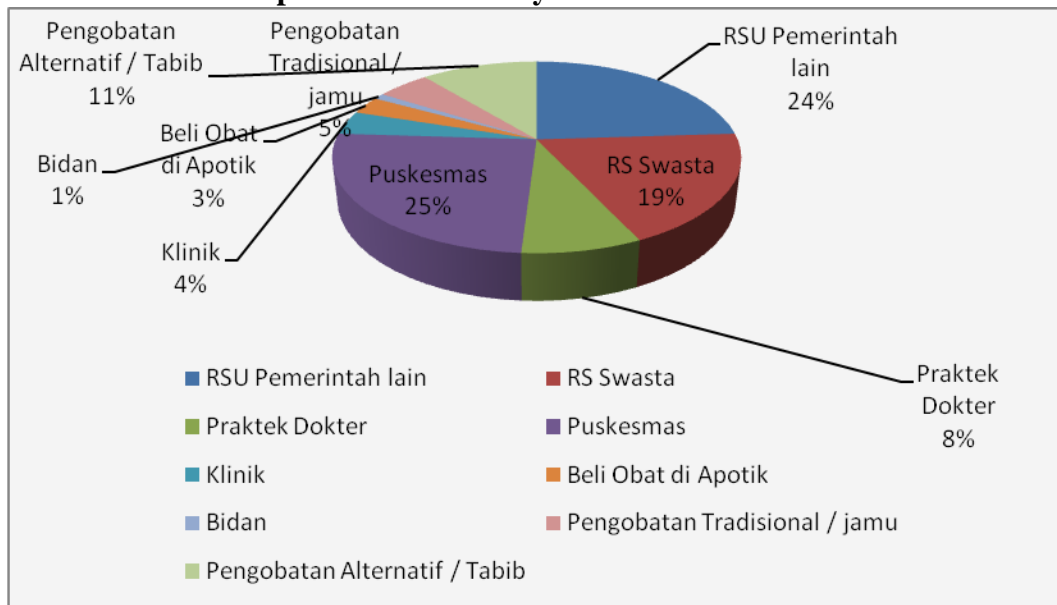
Sumber : data primer diolah,2010

Gambar di atas menunjukkan bahwa 51 responden menjawab waktu tunggu mendapatkan layanan kesehatan diatas 2 jam, 28 responden menjawab 61 menit hingga 2 jam, 16 reponden menjawab ½ jam hingga 1 jam dan hanya 5 responden yang mendapatkan layanan kesehatan kurang dari ½ jam.

4.2.10 Alternatif Layanan Kesehatan Lain (Substitusi)

Dalam menggunakan layanan kesehatan, ada beberapa alternatif layanan kesehatan lain yang digunakan masyarakat selain rumah sakit umum milik pemerintah, berikut ini adalah gambaran mengenai alternative layanan kesehatan berdasarkan responden.

Gambar 4.10
Proporsi Alternatif Layanan Kesehatan Lain

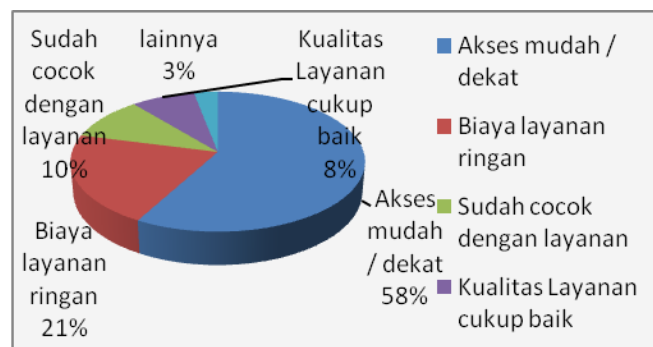


Sumber : data primer diolah,2010

4.2.11 Alasan Menggunakan Layanan Kesehatan pada RSU Pemerintah

Berikut ini adalah gambaran mengenai alasan responden dalam menggunakan layanan kesehatan, dalam hal ini adalah rumah sakit umum milik pemerintah.

Gambar 4.11
Alasan Responden dalam Menggunakan Layanan Kesehatan

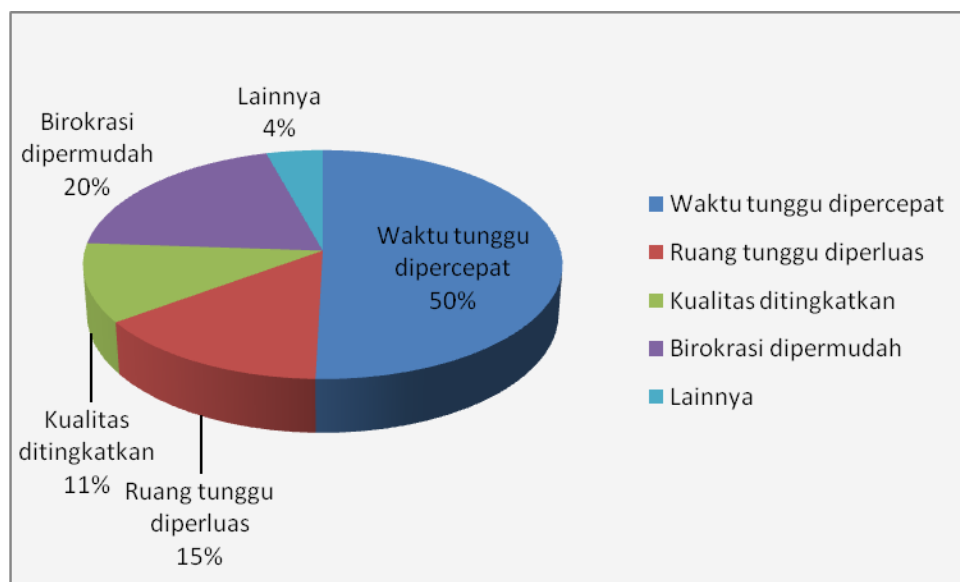


Sumber : data primer diolah,2010

4.2.12 Saran Bagi Layanan Kesehatan (RSU Pemerintah)

Berikut ini adalah gambar yang menunjukkan saran yang diberikan responden terhadap layanan kesehatan yang ada, dalam hal ini adalah rumah sakit umum milik pemerintah.

Gambar 4.12
Saran Bagi Layanan Kesehatan (RSU Pemerintah)



Sumber : data primer diolah,2010

4.3 Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis regresi berganda yaitu persamaan regresi yang melibatkan 2 (dua) variabel atau lebih (Gujarati, 2003). Regresi linier berganda digunakan untuk mengetahui besarnya pengaruh perubahan dari suatu variabel dependen terhadap variabel independen. Perhitungan data dalam penelitian ini menggunakan program komputer Eviews-6. Program Eviews-6 membantu dalam melakukan pengujian model yang telah ditentukan, mencari nilai koefisien dari tiap-tiap variabel,

pengujian hipotesis secara parsial maupun bersama-sama, dan pengujian asumsi klasik.

4.3.1 Estimasi Model

Model yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan bentuk model regresi linier berganda, artinya model tersebut menggunakan lebih dari satu variabel independen dengan satu variabel dependen.

Hubungan antar variabel penelitian terlihat pada persamaan berikut ini :

$$Y = \beta_0 + \beta_1 INC_i + \beta_2 COST_i + \beta_3 EDUC_i + \beta_4 QUAL_i + \beta_5 DIST_i + e$$

Dimana :

β_0 : Konstanta / intersep

$\beta_1 - \beta_5$: Koefisien regresi

Y : Permintaan terhadap layanan kesehatan

INC : Pendapatan Keluarga

COST : Biaya atau harga kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan

EDUC : Tingkat Pendidikan

QUAL : Penilaian terhadap layanan kesehatan

DIST : Jarak tempat tinggal dengan fasilitas kesehatan.

e : variabel stokastik

i : data *cross-section* 100 responden

Karena terdapat perbedaan dalam satuan dan besaran variabel bebas maka persamaan regresi harus dibuat model logaritma natural. Alasan pemilihan model logaritma natural (Imam Ghozali, 2005) adalah sebagai berikut :

4. Menghindari adanya heteroskedastisitas
5. Mengetahui koefisien yang menunjukkan elastisitas
6. Mendekatkan skala data

Berkaitan dengan hal tersebut maka model penelitian dengan menggunakan logaritma adalah sebagai berikut :

$$\text{LOG}Y_i = \beta_0 + \beta_1 \text{LOGINC}_i + \beta_2 \text{LOGCOST}_i + \beta_3 \text{LOGEDU}_i + \beta_4 \text{LOGQUAL}_i + \beta_5 \text{LOGDIST}_i + e$$

Dimana :

β_0 : Konstanta / intersep

$\beta_1 - \beta_5$: Koefisien regresi

LOGY : Permintaan terhadap layanan kesehatan

LOGINC : Pendapatan Keluarga

LOGCOST : Biaya atau harga kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan

LOGEDU : Tingkat Pendidikan

LOGQUAL : Penilaian terhadap layanan kesehatan

LOGDIST : Jarak tempat tinggal dengan fasilitas kesehatan.

e : variabel stokastik

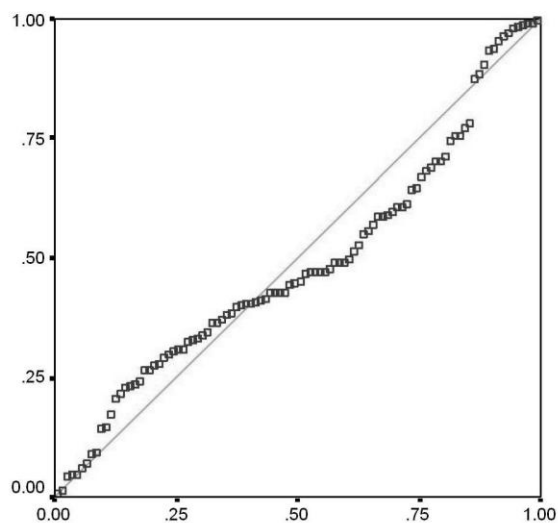
i : data *cross-section* 100 responden

4.3.2 Deteksi Asumsi Klasik

4.3.2.1 Deteksi Normalitas

Gambaran mengenai deteksi normalitas dalam penelitian ini, dapat dilihat pada gambar *Normal P-Plot* berikut ini dan nilai *Jarque-Bera*.

Gambar 4.13
Uji Normalitas dengan Normal P-Plot



Sumber : Lampiran C, data diolah,2010

Dari gambar Normal P-Plot diatas data terlihat mengikuti garis diagonal dan asumsi diterimanya deteksi normalitas adalah nilai Jarque-Bera < Chi Square Tabel (X^2), nilai Jarque-Bera dalam pengujian ini sebesar 5.669812 (lampiran C) dan Chi Square Tabel sebesar 123,86. Dari hasil ini dapat ditarik kesimpulan bahwa data memenuhi asumsi uji normalitas.

4.3.2.2 Deteksi Multikolinearitas

Multikolinearitas merupakan keadaan dimana terdapat hubungan linear atau terdapat korelasi antar variabel independen. Dalam penelitian ini untuk menguji ada tidaknya multikolinearitas dilihat dari perbandingan antara nilai R^2

regresi parsial (*auxiliary regression*) dengan nilai R^2 regresi utama. Apabila nilai R^2 regresi parsial (*auxiliary regression*) lebih besar dibandingkan nilai R^2 regresi utama, maka dapat disimpulkan bahwa dalam persamaan tersebut terjadi multikolinearitas. Tabel 4.7 menunjukkan perbandingan antara nilai R^2 regresi parsial (*auxiliary regression*) dengan nilai R^2 regresi utama.

Tabel 4.5
 R^2 Auxiliary Regression Pengaruh Variabel Independen
(INC, COST, EDU, DIST, QUAL) Terhadap Variabel Dependen (Y)

Variabel Dependen	R^2	R^2 Utama
INC	0.909932	0.968900
COST	0.180362	0.968900
EDU	0.885805	0.968900
DIST	0.739946	0.968900
QUAL	0.855611	0.968900

Sumber : Lampiran C, data diolah, 2010

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa model persamaan pengaruh variabel independen (INC, COST, EDU, DIST, QUAL) terhadap variabel dependen (Y) atau frekuensi kunjungan tidak mengandung multikolinearitas karena tidak ada nilai R^2 regresi parsial (*auxiliary regression*) yang lebih besar dibandingkan nilai R^2 regresi utama.

4.3.2.3 Deteksi Heteroskedastisitas

Heteroskedastisitas muncul apabila kesalahan atau residual dari model yang diamati tidak memiliki varians yang konstan dari satu observasi ke observasi lainnya. Artinya, setiap observasi mempunyai reliabilitas yang berbeda akibat perubahan dalam kondisi yang melatarbelakangi tidak terangkum dalam spesifikasi model (Imam Ghazali, 2005).

Dalam penelitian ini digunakan uji White untuk mengetahui ada tidaknya heteroskedastisitas yang dapat dilihat pada Tabel 4.8

Tabel 4.6
Hasil Uji White Pengaruh Variabel Independen
(INC, COST, EDU, DIST, QUAL) Terhadap Variabel Dependen (Y)

White Heteroskedasticity Test	
F-statistic	11.44427
Obs*R-squared	74.34110
Sumber : Lampiran C, data diolah, 2010	

Pada model persamaan pengaruh variabel independen (INC, COST, EDU, DIST, QUAL) terhadap variabel dependen (Y) dengan $n = 100$ dan $k = 5$, maka diperoleh *degree of freedom* (df) = 95 ($n-k$), dan menggunakan $\alpha = 5$ persen diperoleh nilai χ^2 tabel sebesar 123.86. Dibandingkan dengan nilai Obs*R-squared hasil regresi pengaruh pendapatan keluarga, biaya kunjungan, tingkat pendidikan, jarak tempat tinggal dan kualitas layanan kesehatan terhadap frekuensi kunjungan di rumah sakit umum milik pemerintah Kab. Semarang, yaitu sebesar 74.34110 maka nilai Obs*R-squared Uji White lebih kecil dibandingkan nilai χ^2 tabel, sehingga dapat disimpulkan bahwa model regresi persamaan tersebut bebas dari gejala heteroskedastisitas.

4.3.2.4 Deteksi Autokorelasi

Dalam penelitian ini digunakan uji Breusch-Godfrey untuk mengetahui ada tidaknya autokorelasi yang dapat dilihat pada Tabel 4.9

Tabel 4.7
Hasil Uji Breusch-Godfrey Pengaruh Variabel Independen
(INC, COST, EDU, DIST, QUAL) Terhadap Variabel Dependen (Y)

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test	
F-statistic	0.853603
Obs*R-squared	5.499921
Sumber : Lampiran C, data diolah,2010	

Pada model persamaan pengaruh pendapatan keluarga, biaya kunjungan, tingkat pendidikan, jarak tempat tinggal dan kualitas layanan kesehatan terhadap frekuensi kunjungan di rumah sakit umum milik pemerintah Kab. Semarang dengan $n = 100$ dan $k = 5$, maka diperoleh *degree of freedom* (df) = 95 ($n-k$), dan menggunakan $\alpha = 5$ persen diperoleh nilai χ^2 tabel sebesar 123.86. Dibandingkan dengan nilai Obs*R-squared hasil regresi pengaruh pendapatan keluarga, biaya kunjungan, tingkat pendidikan, jarak tempat tinggal dan kualitas layanan kesehatan terhadap frekuensi kunjungan di rumah sakit umum milik pemerintah Kab. Semarang, yaitu sebesar 5.499921, maka nilai Obs*R-squared uji Breusch-Godfrey lebih kecil dibandingkan nilai χ^2 tabel, sehingga dapat disimpulkan bahwa model regresi persamaan tersebut bebas dari gejala autokorelasi.

4.3.3 Pengujian Hipotesis

4.3.3.1 Koefisien Determinasi (Interpretasi R^2)

Koefisien determinasi (R^2) pada intinya mengukur seberapa jauh kemampuan model dalam menerangkan variasi variabel dependen. Nilai koefisien determinasi adalah nol dan satu. Nilai R^2 yang kecil berarti kemampuan variabel-variabel independen dalam menjelaskan variasi variabel dependen amat terbatas. Nilai yang mendekati satu berarti variabel-variabel independen memberikan hampir semua informasi yang dibutuhkan untuk memprediksi variasi variabel dependen.

Dari hasil regresi pengaruh variabel pendapatan keluarga (*inc*), biaya kunjungan (*cost*), tingkat pendidikan (*edu*), jarak tempat tinggal (*dist*), dan

kualitas layanan (*qual*) terhadap permintaan penggunaan layanan kesehatan (*y*) diperoleh nilai R^2 sebesar 0.968900. Hal ini berarti sebesar 96.89 persen variasi permintaan penggunaan layanan kesehatan di rumah sakit umum milik pemerintah di Kabupaten Semarang dapat dijelaskan oleh model. Secara terperinci hasil regresi dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.8
Hasil Regresi Utama

Variabel	Koefisien	Sig.
Konstanta (<i>c</i>)*	-2.273886	0.0001
Pendapatan Keluarga (<i>inc</i>)*	0.154581	0.0018
Biaya Kunjungan (<i>cost</i>)	0.008625	0.5359
Tingkat Pendidikan (<i>edu</i>)*	0.491245	0.0000
Jarak Tempat Tinggal (<i>dist</i>)*	-0.114385	0.0002
Kualitas Layanan (<i>qual</i>)*	0.145059	0.0123
R^2 (<i>R-Squared</i>) = 0.968900		

Sumber : lampiran B, data diolah, 2010

* = Signifikan pada α : 5%

4.3.3.2 Deteksi Signifikansi Parameter Individual (Uji t)

Uji statistik t pada dasarnya menunjukkan seberapa jauh pengaruh masing-masing variabel independen secara individual dalam menerangkan variasi variabel dependen. Dalam regresi pengaruh pendapatan keluarga, biaya kunjungan, tingkat pendidikan, jarak tempat tinggal dan kualitas layanan kesehatan terhadap frekuensi kunjungan di rumah sakit umum milik pemerintah Kab. Semarang,

dengan $\alpha:5\%$ dan $df = 95$ ($n-k = 100-5$), maka diperoleh nilai t-tabel sebesar 1,6611.

Berdasarkan nilai t-tabel tersebut dan dengan asumsi t-statistik / t-hitung > t-tabel, variabel independen yang signifikan terhadap variabel frekuensi kunjungan adalah variabel pendapatan keluarga (t-hitung = 3.221200), tingkat pendidikan (t-hitung=6.038752), jarak (t-hitung=3.915569) dan kualitas layanan (t-hitung=2.553882).

Tabel 4.9
Nilai t-statistik Tiap Variabel

Variabel	t-statistik	t-tabel ($\alpha:5\%$ dan $df = 95$)
INC (Pendapatan Keluarga)	3.221200	1.6611
COST (Biaya Kunjungan)	0.621258	1.6611
EDU (Tingkat pendidikan)	6.038752	1.6611
DIST (Jarak Tempat Tinggal)	3.915569	1.6611
QUAL (Kualitas Layanan)	2.553882	1.6611

Sumber : lampiran B, data diolah, 2010

4.3.3.3 Deteksi Signifikansi Simultan (Uji F)

Pengujian terhadap pengaruh semua variabel independen di dalam model dapat dilakukan dengan uji simultan (uji F). Uji statistik F pada dasarnya menunjukkan apakah semua variabel independen yang dimasukkan dalam model mempunyai pengaruh secara bersama-sama terhadap variabel dependen.

Dari regresi pengaruh pendapatan keluarga, biaya kunjungan, tingkat pendidikan, jarak tempat tinggal dan kualitas layanan kesehatan terhadap frekuensi kunjungan di rumah sakit umum milik pemerintah Kab. Semarang,

maka diperoleh F-tabel sebesar 2,47 (α :5% dan df :100-5=95) sedangkan F-statistik / F-hitung sebesar 585,7056 dan nilai probabilitas F-statistik 0,000000. Maka dapat disimpulkan bahwa variabel independen secara bersama-sama berpengaruh terhadap variabel dependen (F- hitung > F-tabel).

4.4 Interpretasi Hasil

Dalam regresi pengaruh pendapatan keluarga, biaya kunjungan, tingkat pendidikan, jarak tempat tinggal dan kualitas layanan kesehatan terhadap frekuensi kunjungan di rumah sakit umum milik pemerintah Kab. Semarang, dengan menggunakan metode *Ordinary Least Square (OLS)*, diperoleh nilai koefisien regresi untuk setiap variabel dalam penelitian dengan persamaan sebagai berikut :

$$\text{LOG}(Y) = -2.27 + 0.15\text{LOG}(\text{INC})^* + 0.01 \text{LOG}(\text{COST}) + 0.49\text{LOG}(\text{EDU})^* - \\ 0.11\text{LOG}(\text{DIST})^* + 0.14\text{LOG}(\text{QUAL})^*$$

* = Signifikan pada α : 5%

R-Squared = 0.968600 (96,86 % variabel dependen dapat diterangkan oleh model)

Interpretasi hasil regresi pengaruh pendapatan keluarga, biaya kunjungan, tingkat pendidikan, jarak tempat tinggal dan kualitas layanan kesehatan terhadap frekuensi kunjungan di rumah sakit umum milik pemerintah Kab. Semarang adalah sebagai berikut :

1. Pendapatan Keluarga

Dari hasil regresi ditemukan bahwa besarnya pendapatan keluarga berpengaruh signifikan dan positif terhadap frekuensi kunjungan dalam

menggunakan layanan kesehatan. Jika diasumsikan dengan fungsi log maka kenaikan 1% pendapatan keluarga akan meningkatkan 0.15 % frekuensi kunjungan yang telah dilakukan selama satu tahun terakhir.

Hal ini sejalan dengan teori Andersen et al (1975), Fuchs et al (1998) dan Zubkoff (1981) dalam Laksono (2005), Santerre & Neun (2000) serta Mills & Gilson (1990) yang menyebutkan bahwa semakin meningkatnya pendapatan keluarga akan meningkatkan permintaan dalam penggunaan layanan kesehatan, sehingga dalam hal ini hipotesis penelitian dapat diterima. Pendapatan keluarga sangat berhubungan dengan kemiskinan, karena berdasarkan data BPS tahun 2009 kemiskinan di Kabupaten Semarang mencapai 30.2 % dari total penduduk, hal itu yang menyebabkan penggunaan layanan kesehatan di Kabupaten Semarang relatif kecil.

2. Biaya Kunjungan

Berdasarkan hasil regresi diperoleh hasil bahwa biaya kunjungan berpengaruh positif tetapi tidak signifikan terhadap frekuensi kunjungan dalam menggunakan layanan kesehatan. Samuelson & Nordhaus (1992) menyebutkan bahwa seseorang dalam usaha memenuhi kebutuhannya, pertama kali yang akan dilakukan adalah pemilihan atas berbagai barang dan jasa yang dibutuhkan, selain itu juga dilihat apakah harganya sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Jika harganya tidak sesuai, maka ia akan memilih barang dan jasa yang sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Konsep *choice* dan *opportunity cost* (Mills & Gilson 1990)

berkaitan dengan beberapa pilihan atas layanan kesehatan yang ada, yang berakibat pada biaya yang dikeluarkan untuk masing-masing pilihan dengan tingkat kepuasan tertentu pula di masing-masing pilihan. Karena menurut Grossman (1972) permintaan kesehatan yang efektif akan terjadi ketika konsumen memiliki kesediaan (*willingness*) dan kemampuan (*ability*) untuk membeli atau membayar sejumlah jenis pelayanan kesehatan yang diperlukan. Berdasarkan hasil penelitian mengenai biaya kunjungan yang tidak signifikan terhadap frekuensi kunjungan, dapat dijelaskan bahwa kesediaan (*willingness*) tidak pada kondisi yang sama. Kurang spesifiknya variabel biaya kunjungan menjadi kelemahan dalam proses pengukuran variabel ini.

3. Tingkat Pendidikan*

Dari hasil regresi ditemukan bahwa tinggi atau rendahnya tingkat pendidikan berpengaruh signifikan dan positif terhadap frekuensi kunjungan dalam menggunakan layanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu Emy Poerbandari (2003) dan Sugiarti (2005) yang menyebutkan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh positif terhadap penggunaan layanan kesehatan, sesuai dengan hipotesis penelitian yang diajukan, sehingga hipotesis penelitian dapat diterima.

4. Jarak Tempat Tinggal

Berdasarkan hipotesis penelitian jarak tempat tinggal berpengaruh negatif terhadap frekuensi penggunaan layanan kesehatan, hal itu sejalan dengan hasil regresi yang menunjukkan bahwa jarak tempat tinggal berpengaruh

signifikan dan negatif terhadap frekuensi kunjungan dalam menggunakan layanan kesehatan. Jika diasumsikan dengan fungsi log maka kenaikan 1% jarak tempat tinggal seseorang terhadap lokasi layanan kesehatan akan menurunkan 0.11 % frekuensi kunjungan yang telah dilakukan selama satu tahun terakhir. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh I Dewa Gede Karma (2003) yang menyebutkan bahwa permintaan penggunaan layanan kesehatan dipengaruhi oleh variabel jarak tempat tinggal terhadap lokasi daripada layanan kesehatan.

5. Kualitas Layanan Kesehatan*

Berdasarkan hasil regresi menyebutkan bahwa kualitas layanan berpengaruh signifikan dan positif terhadap frekuensi penggunaan layanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu Emy Poerbandari (2003) dan Sugiarti (2005) yang menyebutkan bahwa kualitas layanan kesehatan berpengaruh positif terhadap penggunaan layanan kesehatan, sesuai dengan hipotesis penelitian yang diajukan, sehingga hipotesis penelitian dapat diterima.

Keterangan :

(*) Variabel tingkat pendidikan (EDU) dan kualitas layanan kesehatan (QUAL) menggunakan data kualitatif yang dikuantitatifkan maka interpretasi hanya sebatas pengaruhnya saja, karena koefisien variabel tidak bisa dijelaskan

BAB V

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasar analisis yang telah dilakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pola permintaan yang terjadi di Kabupaten Semarang terhadap layanan kesehatan, khususnya layanan kesehatan formal pada dasarnya berjalan kurang optimal. Ada beberapa aspek yang menyangkut hal tersebut seperti masih banyaknya penduduk yang bekerja di sektor pertanian (48.28%) atau dengan kata lain Kabupaten Semarang merupakan kawasan pedesaan, mayoritas penduduk tersebut memiliki pendapatan yang rendah dan tingkat pendidikan yang rendah pula. Hal itu berimbas pada pengetahuan terhadap penggunaan layanan kesehatan dan kesadaran atas kondisi kesehatan, diperkuat dengan pengukuran mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan layanan kesehatan yakni pendapatan dan tingkat pendidikan yang signifikan berpengaruh terhadap permintaan penggunaan layanan kesehatan. Aspek lain yang menjadikan tidak optimalnya permintaan penggunaan layanan kesehatan di Kabupaten Semarang adalah letak geografis yang dikelilingi pegunungan, yang berakibat pada sulitnya mengakses layanan kesehatan yang ada ditunjukkan variabel jarak yang signifikan terhadap penggunaan layanan

kesehatan dan ditambah kualitas layanan kesehatan yang masih dinilai belum cukup baik.

2. Penggunaan layanan kesehatan di Kabupaten Semarang dipengaruhi oleh beberapa variabel diantaranya pendapatan keluarga, tingkat pendidikan masyarakat, jarak layanan kesehatan ataupun aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan, sedangkan biaya kunjungan tidak mempengaruhi secara signifikan terhadap penggunaan layanan kesehatan berdasarkan tingkat signifikansi variabel dan uji t yang diukur pada $\alpha=5\%$.
3. Jika diasumsikan dengan fungsi log maka kenaikan 1% pendapatan keluarga akan meningkatkan 0.15 % frekuensi kunjungan yang telah dilakukan selama satu tahun terakhir, kenaikan 1% jarak tempat tinggal seseorang terhadap lokasi layanan kesehatan akan menurunkan 0.11 % frekuensi kunjungan yang telah dilakukan selama satu tahun terakhir, sedangkan untuk variabel tingkat pendidikan dan kualitas layanan koefisien regresi tidak bisa dijelaskan karena berupa data kualitatif yang dikuantitatifkan, tetapi dapat dijelaskan bahwa kedua variabel tersebut berpengaruh signifikan dan positif terhadap penggunaan layanan kesehatan di Kab. Semarang.
4. Hasil uji koefisien determinasi (R^2) pengaruh pendapatan keluarga, biaya kunjungan, tingkat pendidikan, jarak tempat tinggal dan kualitas layanan kesehatan terhadap frekuensi kunjungan di rumah sakit umum milik pemerintah Kab. Semarang menunjukkan bahwa besarnya nilai *R-squared*

cukup tinggi yaitu 0,968900. Nilai ini berarti bahwa 96.89 % variabel independen dapat dijelaskan oleh model.

5. Uji F-statistik menunjukkan bahwa semua variabel independen dalam model regresi pengaruh pendapatan keluarga, biaya kunjungan, tingkat pendidikan, jarak tempat tinggal dan kualitas layanan kesehatan berpengaruh secara bersama-sama mempengaruhi variabel penggunaan layanan kesehatan di rumah sakit umum milik pemerintah Kab. Semarang.

5.2 Keterbatasan

Kelemahan dalam analisis penelitian ini adalah tidak signifikannya pengaruh biaya kunjungan terhadap penggunaan layanan kesehatan padahal beberapa teori menyebutkan bahwa variabel tersebut berpengaruh terhadap penggunaan layanan kesehatan, di sisi lain ada teori yang menyebutkan bahwa permintaan harus berdasarkan kesediaan (*willingness*) dan kemampuan (*ability*) untuk membeli atau membayar sejumlah jenis pelayanan kesehatan yang diperlukan, tidak samanya kesediaan dari semua responden menjadikan variabel ini tidak signifikan dan seharusnya lebih spesifik lagi dalam proses pengukurannya.

5.3 Saran

Berdasarkan interpretasi hasil dan simpulan yang diperoleh, maka disusunlah saran sebagai berikut :

- a. Implikasi kebijakan berdasarkan interpretasi hasil dari penelitian adalah pemerintah dapat berupaya mengurangi beban pendapatan keluarga kalangan bawah terhadap biaya yang dikeluarkan untuk

mendapatkan layanan kesehatan, berkaitan dengan adanya pengaruh yang signifikan tingkat pendidikan terhadap penggunaan layanan kesehatan yang berarti perlu dilakukannya upaya peningkatan kesadaran terhadap status kesehatan yang dimiliki terutama masyarakat yang berpendidikan rendah yang mayoritas berada di daerah pedesaan, sedangkan implikasi kebijakan yang berkaitan dengan pengaruh jarak terhadap penggunaan layanan kesehatan adalah dengan cara mendirikan atau merencanakan program kesehatan oleh pemerintah daerah setempat yang bertujuan pemeratakan dan memudahkan masyarakat terutama bagi masyarakat yang sulit mengakses layanan kesehatan dengan kualitas yang sama di setiap fasilitas layanan kesehatan. Oleh karena itu, peningkatan kualitas layanan kesehatan sudah seharusnya ditingkatkan kaitannya dengan pengaruh kualitas layanan kesehatan dengan tingkat penggunaannya / permintaannya.

- b. Dilihat dari sisi permintaan, maka rekomendasi yang diberikan adalah dengan meningkatkan permintaan masyarakat terhadap layanan kesehatan khususnya rumah sakit umum pemerintah dengan peran serta masyarakat yang kooperatif terhadap kebijakan pemerintah yang dilakukan, sehingga kedepannya bisa tercipta penawaran dan permintaan yang seimbang supaya tercipta kondisi tingkat kesehatan yang lebih baik. Tingkat kesehatan yang baik bisa menjadi tolak ukur kualitas SDM dan daya saing tiap-tiap daerah.

- c. Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini masih terbatas pada lingkup layanan kesehatan yang berupa rumah sakit umum pemerintah. Oleh karena itu, lingkup penelitian bisa diperluas lagi untuk mendapatkan analisis yang lebih menyeluruh. Berkaitan dengan variabel dan metode penelitian yang digunakan perlu dikaji lagi pengukurannya terutama variabel biaya penggunaan layanan kesehatan. Oleh karena itu, studi lanjutan perlu dilakukan sehubungan dengan saran tersebut sehingga hasilnya bisa lebih baik lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ananta dan Hatmadi. 1985. *Mutu Modal Manusia : Suatu Analisis Pendahuluan*, Jakarta: LPFE UI.
- Andersen, Ronald et al.. 1975. *Equity In Health : Empirical Analysis in Social Policy*. London : Cambridge Mall Bailinger Publishing.
- Arikunto Suharsimi. 2002. *Prosedur Penelitian : Suatu pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ari Sudarman. 2004. *Teori Ekonomi Mikro*. Yogyakarta : BPFE Yogyakarta.
- Azrul Anwar. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Badan Pusat Statistik, 2008, *Statistik Kesehatan 2004-2008*, Semarang
- Bhisma Murti. 2000. *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan*. Yogyakarta : Penerbit Kanisius.
- Boediono. 1989. *Ekonomi Mikro*. Yogyakarta : BPFE UGM.
- Emy Poerbandari.2003."Analisis Faktor yang Mempengaruhi Intensitas Penggunaan jaminan pemeliharaan Kesehatan oleh PT. Persero Jamsostek di Kota Semarang (Studi Kasus pada Perusahaan Bitratex, Perusahaan Sandratex dan Perusahaan Sinar Pantja Djaya)", Tesis Tidak Dipublikasikan, Fakultas Ekonomi, Universitas Diponegoro
- Grossman, Michael. 1972. *On The Concept of Health Capital and Demand for Health*. Journal of Political Economic. Vol. 80.
- Gujarati, Damodar. 2003. *Ekonometrika Dasar*. Jakarta : Penerbit Erlangga. Terjemahan : Sumarno Zain

- Husein Umar. 1999. *Metode Penelitian Untuk Skripsi dan Data Tesis Bisnis*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.
- I Dewa Gede Karma. 2003. “*Studi Determinan Permintaan Pelayanan Kesehatan di Indonesia : Analisis data Survey Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS 1998)*”. *Skripsi Tidak Dipublikasikan*. Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia Jakarta.
- Imam Ghozali. 2005. *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program SPSS*. Semarang : BPFE UNDIP.
- Indah Susilowati. 1999. “*The Economics of Violation Behaviour of Fisher In Indonesia, Malaysia and The Philipines*”. *Journal of Coastal Development*. Vol. 3, No.1. Oktober 1999
- Iridiantoro dan Supomo. 1999. *Metodologi Untuk Aplikasi dan Bisnis*. Yogyakarta : BPFE.
- Joko Mariyono et al. 2005. “*Ketimpangan Jender dalam akses Pelayanan Kesehatan Rumah Tangga Petani Pedesaan : Kasus Dua Desa di Kabupaten Tegal, Jawa Tengah*”. *Penelitian Sosio-Ekonomi*
- J. Supranto. 2001. *Statistik : Teori dan Aplikasi Jilid 2*. Jakarta : Erlangga.
- Djunaidi, Lababa. 2009. “Uji t dan Metode Sensus”. *Forum Statistik Pendidikan*
<http://statistikpendidikanii.blogspot.com/2008/08/uji-t-dan-metode-sensus.html>. *accesses September 2010*
- Laksono Trisnantoro. 2005. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press.
- Maslow, A. 1970. *Motivation and Personality 2nd Edition*. New York : Harper and Row.
- Mills, Anne and Lucy Gilson. 1990. *Ekonomi Kesehatan untuk Negara-Negara Berkembang (Terjemahan)*. Jakarta : Dian Rakyat.

- Sadono Sukirno. 2003. *Pengantar Teori Makroekonomi*. Jakarta : Raja Grafindo Persada.
- Salma, J. 1962. *Health as An Investment*. Journal of Political Economy. Vol.70
- Samuelson, Paul A. 1997. *Economics 11th Edition*. New York : Mc Graw Hill.
- Santere, Rexford E and Neun Stephen P. 2000. *Health Economics (Theories, Insight, and Indistry Studies) Revised Edition*. USA : Harcourt College Publisher.
- Singgih, Santoso. 2003. *Statistik Deskriptif*. Yogyakarta : Penerbit Andi.
- Soeratno dan Arsyad. 2003. *Metode Penelitian untuk Ekonomi dan Bisnis*. Yogyakarta : UPP AMP YKPN.
- Sri Retno, Miranti. 2009. *Analisis Intensitas Layanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang, Skripsi Tidak Dipublikasikan*. Fakultas Ekonomi. Universitas Diponegoro.
- Sugiyarti. 2005. *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Intensitas Penggunaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan pada Karyawan Pabrik Rokok Kudus. Tesis Tidak Dipublikasikan*. Fakultas Ekonomi. Unisula Semarang
- Tjiptoherijanto. 1990. *Ekonomi Kesehatan*. Jakarta : Pusat Antar Universitas Indonesia.
- Todaro P Michael. 2000. *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ke-3 Jilid 1*. Jakarta Penerbit Erlangga.
- _____, 2005-2009, *Data Kegiatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Semarang*, Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang.
- _____, 2010, *Rekam Medik, RSUD Ungaran*, Kab. Semarang.
- _____, 2010, *Rekam Medik, RSUD Ambarawa*, Kab. Semarang.

LAMPIRAN A KUESIONER

DAFTAR PERTANYAAN

ANALISIS PERMINTAAN PENGGUNAAN LAYANAN KESEHATAN

PADA RUMAH SAKIT UMUM MILIK PEMERINTAH DI KABUPATEN SEMARANG

Responden yang terhormat,

Dalam rangka penyusunan skripsi yang menjadi salah satu syarat untuk menyelesaikan program sarjana (S1) pada Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro. Maka saya meminta bantuan bapak/ibu/saudara/i untuk berkenan menjawab pertanyaan pada kuesioner berikut :

Petunjuk pengisian :

- Titik-titik dijawab dengan cara mengisi
- Pilihlah jawaban sesuai dengan pendapat Anda dengan melingkari (O) jawaban yang disediakan.

1. Identitas responden

1.Nama :

2.Alamat Tempat Tinggal :

.....

.....

3.Jenis Kelamin : 1.Laki-laki 2.Perempuan

4.Status : 1.Kawin 2.Belum kawin

5.Umur : Tahun

6.Jumlah Anggota Keluarga Inti :Orang

7.Pendidikan terakhir :

- SD/MI/Sederajat, kelas
- SLTP/MTs/Sederajat, kelas
- SLTA/SMA/Sederajat, kelas
- Perguruan Tinggi, program studi
- Lainnya, sebutkan

8.Pekerjaan

- Pegawai Negeri Sipil (PNS)
- Swasta

- Wiraswasta (Usaha Sendiri)
- Pelajar/Mahasiswa
- Lainnya,sebutkan.....

9.Pendapatan Keluarga dalam 1 bulan

- Pendapatan dari gaji/upah Rp.....
- Pendapatan Istri/Suami * Rp.....
- Pendapatan sampingan (jika ada) Rp.....+
- Jumlah Rp.....

*coret yang tidak perlu

10.Berapa kira-kira alokasi dana yang dikeluarkan untuk kebutuhan Anda dalam sebulan ?

Kebutuhan	Alokasi dana
1.Pangan	Rp.....
2.Sandang /pakaian	Rp.....
3.Papan / rumah	Rp.....
4.Pendidikan	Rp.....
5.Kesehatan	Rp.....
6.Rekreasi	Rp.....
7.Transportasi	Rp.....
8.Lainnya,sebutkan	Rp.....
.....	

11.Berapa jauh jarak tempat tinggal dengan rumah sakitKm

B.LAYANAN KESEHATAN

12.Sudah berapa kali Anda datang ke rumah sakit ini dalam 12 bulan terakhir?.....kali

13.Apakah Tujuan/Motivasi Anda datang ke sini ?

- Rawat Inap
- Rawat jalan
- Konsultasi kesehatan
- Pemeriksaan kesehatan
- Pemeriksaan kehamilan
- Lainnya,sebutkan

14. Berapa lama waktu yang anda butuhkan untuk mencapai rumah sakit ?

- Kurang dari 30 menit
- Antara 30 menit hingga 59 menit
- Antara 60 menit hingga 119 menit
- Lebih dari 120 menit

15. Berapa lama waktu yang anda butuhkan untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit ?

- Kurang dari 30 menit
- Antara 30 menit hingga 59 menit
- Antara 60 menit hingga 119 menit
- Lebih dari 120 menit

16. Berapa jumlah biaya (pengeluaran) yang Anda keluarkan untuk mendapatkan layanan kesehatan di rumah sakit?

Jenis pengeluaran	Jumlah
a. Biaya rawat jalan	Rp
b. Biaya rawat inap	Rp
c. Biaya transportasi	Rp
• Naik kendaraan sendiri	Rp
• Angkutan umum	Rp
• Parkir	Rp
d. Biaya konsumsi (makan&minum)	Rp
e. Biaya lainnya	Rp

17. Bagaimana menurut anda tarif yang ditetapkan oleh rumah sakit? ringan/normal/berat

18. Selain berkunjung ke rumah sakit ini, kemanakah alternatif lain untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ?

- RS pemerintah lainnya,sebutkan.....
- RS Swasta,sebutkan.....
- Praktek Dokter
- Puskesmas
- Klinik
- Beli di Apotik atau toko obat secara langsung
- Bidan
- Diobati sendiri secara tradisional (Jamu)
- Pengobatan Tradisional
- Lainnya,sebutkan

19. Apa yang membuat anda tertarik untuk datang ke rumah sakit ini ?

.....
.....

20. Apa kesan Anda terhadap rumah sakit ini, terutama pelayanannya?

.....
.....

21. Pada saat kunjungan ke rumah sakit ini, bagaimana petugas memberikan penjelasan terhadap penyakit, pengobatan dan tindakan? Berilah skor yang Anda anggap tepat dengan melingkari angka yang disediakan.

Sangat tidak Puas 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sangat Puas

22. Apakah Anda bersedia untuk berkunjung lagi ke rumah sakit ini untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di lain waktu?

- 1. Ya
- 2. Tidak

23. Apa saran Anda terhadap rumah sakit ini ?

.....
.....

TERIMA KASIH

LAMPIRAN B REKAP DATA RESPONDEN

No	Y	INC	COST	EDU	DIST	QUAL
1	4	1810000	154000	12	5	8
2	2	560000	76000	6	8	4
3	5	2650000	100800	15	4	8
4	2	750000	165900	6	11	4
5	4	1900000	97000	12	5	8
6	5	2950000	175000	15	5	9
7	3	1540000	89000	9	9	6
8	5	2900000	110000	17	5	8
9	3	1710000	45000	9	10	6
10	5	2860000	110000	17	5	9
11	4	2180000	96000	12	6	8
12	5	2675000	101500	15	5	10
13	5	2750000	123000	16	6	9
14	4	1960000	125000	12	6	8
15	4	1980000	155000	12	6	8
16	3	1460000	156500	9	10	7
17	2	850000	45000	6	9	5
18	3	1450000	110000	9	9	6
19	5	2650000	165000	15	5	8
20	2	886000	135000	6	10	4
21	2	925000	44000	6	9	5
22	5	2915000	104500	15	5	9
23	2	550000	97000	6	9	4
24	5	2650000	105000	15	5	9
25	2	680000	41000	6	16	4
26	3	1340000	31000	9	9	6
27	2	340000	52000	6	11	3
28	2	525000	42000	6	9	4
29	4	2270000	125000	12	5	8
30	5	2850000	98000	15	4	9
31	2	730000	45000	6	12	4
32	3	1200000	125000	9	8	7
33	2	825000	34000	6	10	3
34	5	2570000	43000	17	9	10
35	4	2250000	89000	12	6	8
36	5	2860000	107600	15	4	9
37	5	2740000	98000	17	5	9
38	2	900000	154000	6	12	4

39	2	750000	125000	6	9	5
40	5	2800000	105000	15	4	9
41	5	2900000	98000	16	5	8
42	4	2320000	175000	12	5	8
43	2	660000	34000	6	10	4
44	2	530000	43000	6	11	5
45	4	2170000	89000	12	6	7
46	5	2670000	107600	15	3	9
47	3	1460000	76000	9	8	6
48	5	2910000	154000	12	5	9
49	5	2870000	125000	15	3	8
50	4	1965000	54000	12	7	7
51	2	760000	45000	6	9	4
52	5	2750000	175000	15	3	9
53	5	2600000	154000	17	3	10
54	3	1650000	76000	9	7	6
55	4	1950000	100800	9	6	8
56	5	2650000	165900	15	3	9
57	3	1350000	65000	9	7	6
58	5	2560000	175000	12	4	9
59	4	2350000	89000	12	7	8
60	4	1900000	76000	12	7	8
61	3	1478000	45000	9	8	7
62	3	1650000	525000	9	6	7
63	2	915000	265000	6	10	5
64	3	1315000	235000	9	7	6
65	2	530000	134000	6	10	3
66	3	1650000	525000	9	7	6
67	2	470000	253000	6	12	4
68	3	1700000	470000	9	8	4
69	2	715000	215000	6	11	4
70	2	370000	51000	6	12	3
71	2	420000	98000	6	11	3
72	5	2800000	156000	15	4	9
73	5	2915000	105000	12	3	8
74	2	850000	32500	6	12	5
75	5	2750000	134000	15	5	9
76	5	2870000	106500	12	6	9
77	2	540000	34000	6	13	4
78	4	1960000	98000	12	8	8
79	2	550000	45000	6	12	3

80	2	754000	51000	6	12	4
81	4	2260000	98000	12	7	9
82	3	1200000	76000	9	8	3
83	4	2380000	155000	12	7	8
84	4	2250000	156500	9	7	7
85	2	860000	37000	6	12	4
86	3	1450000	67000	9	7	6
87	5	2610000	165000	17	3	9
88	3	1570000	13500	12	7	5
89	4	1870000	44000	12	7	9
90	5	2878000	104500	15	3	9
91	4	1870000	97000	9	7	8
92	2	825000	105000	6	10	3
93	3	1550000	41000	9	8	7
94	3	1700000	31000	12	9	6
95	3	1560000	52000	9	8	7
96	4	2470000	42000	9	6	9
97	5	2890000	125000	15	5	9
98	4	1890000	62000	12	7	8
99	3	1200000	45000	9	8	6
100	5	2700000	125000	12	3	9

LAMPIRAN C HASIL REGRESI UTAMA

Dependent Variable: LOG(Y)				
Method: Least Squares				
Date: 08/06/10 Time: 07:30				
Sample: 1 100				
Included observations: 100				
White Heteroskedasticity-Consistent Standard Errors & Covariance				
	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-2.273886	0.554473	-4.100983	0.0001
LOG(INC)	0.154581	0.047989	3.221200	0.0018
LOG(COST)	0.008625	0.013883	0.621258	0.5359
LOG(EDU)	0.491245	0.081349	6.038752	0.0000
LOG(DIST)	-0.114385	0.029213	-3.915569	0.0002
LOG(QUAL)	0.145059	0.056799	2.553882	0.0123
R-squared	0.968900	Mean dependent var		1.198743
Adjusted R-squared	0.967246	S.D. dependent var		0.364690
S.E. of regression	0.066002	Akaike info criterion		-2.540141
Sum squared resid	0.409488	Schwarz criterion		-2.383831
Log likelihood	133.0070	Hannan-Quinn criter.		-2.476879
F-statistic	585.7056	Durbin-Watson stat		1.779366
Prob(F-statistic)	0.000000			

LAMPIRAN D DETEKSI ASUMSI KLASIK

1. DETEKSI MULTIKOLINEARITAS (*Auxiliary Regression*)

- Pendapatan keluarga dijadikan variabel dependen

Dependent Variable: LOG(INC)				
Method: Least Squares				
Date: 08/06/10 Time: 09:49				
Sample: 1 100				
Included observations: 100				
	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	10.80674	0.560932	19.26570	0.0000
LOG(COST)	0.042640	0.031324	1.361277	0.1766
LOG(EDU)	0.775439	0.125795	6.164287	0.0000
LOG(DIST)	-0.087556	0.087704	-0.998311	0.3207
LOG(QUAL)	0.724556	0.110559	6.553586	0.0000
R-squared	0.909932	Mean dependent var		14.23852
Adjusted R-squared	0.906140	S.D. dependent var		0.598009
S.E. of regression	0.183210	Akaike info criterion		-0.507663
Sum squared resid	3.188755	Schwarz criterion		-0.377404
Log likelihood	30.38313	Hannan-Quinn criter.		-0.454945
F-statistic	239.9398	Durbin-Watson stat		2.024459
Prob(F-statistic)	0.000000			

- **Biaya kunjungan dijadikan variabel dependen**

Dependent Variable: LOG(COST)

Method: Least Squares

Date: 08/06/10 Time: 09:50

Sample: 1 100

Included observations: 100

	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	8.713818	3.930398	2.217032	0.0290
LOG(INC)	0.448705	0.329621	1.361277	0.1766
LOG(EDU)	-0.755946	0.476564	-1.586244	0.1160
LOG(DIST)	-0.798746	0.274001	-2.915120	0.0044
LOG(QUAL)	-0.225423	0.431559	-0.522347	0.6026
R-squared	0.180362	Mean dependent var		11.42531
Adjusted R-squared	0.145851	S.D. dependent var		0.643063
S.E. of regression	0.594320	Akaike info criterion		1.845909
Sum squared resid	33.55554	Schwarz criterion		1.976167
Log likelihood	-87.29544	Hannan-Quinn criter.		1.898627
F-statistic	5.226211	Durbin-Watson stat		1.243047
Prob(F-statistic)	0.000755			

- **Tingkat pendidikan dijadikan variabel dependen**

Dependent Variable: LOG(EDU)				
Method: Least Squares				
Date: 08/06/10 Time: 09:51				
Sample: 1 100				
Included observations: 100				
	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-2.435861	0.819236	-2.973331	0.0037
LOG(INC)	0.368444	0.059771	6.164287	0.0000
LOG(COST)	-0.034133	0.021518	-1.586244	0.1160
LOG(DIST)	-0.219358	0.056450	-3.885866	0.0002
LOG(QUAL)	0.156801	0.090414	1.734253	0.0861
R-squared	0.885805	Mean dependent var		2.289245
Adjusted R-squared	0.880997	S.D. dependent var		0.366084
S.E. of regression	0.126288	Akaike info criterion		-1.251802
Sum squared resid	1.515114	Schwarz criterion		-1.121544
Log likelihood	67.59012	Hannan-Quinn criter.		-1.199084
F-statistic	184.2271	Durbin-Watson stat		1.848785
Prob(F-statistic)	0.000000			

- **Jarak tempat tinggal dijadikan variabel dependen**

Dependent Variable: LOG(DIST)				
Method: Least Squares				
Date: 08/06/10 Time: 09:53				
Sample: 1 100				
Included observations: 100				
	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	6.386672	1.289028	4.954643	0.0000
LOG(INC)	-0.118575	0.118775	-0.998311	0.3207
LOG(COST)	-0.102795	0.035263	-2.915120	0.0044
LOG(EDU)	-0.625224	0.160897	-3.885866	0.0002
LOG(QUAL)	-0.095393	0.154731	-0.616506	0.5390
R-squared	0.739946	Mean dependent var		1.916534
Adjusted R-squared	0.728996	S.D. dependent var		0.409557
S.E. of regression	0.213207	Akaike info criterion		-0.204396
Sum squared resid	4.318451	Schwarz criterion		-0.074138
Log likelihood	15.21982	Hannan-Quinn criter.		-0.151678
F-statistic	67.57716	Durbin-Watson stat		1.677757
Prob(F-statistic)	0.000000			

- **Kualitas Layanan dijadikan variabel dependen**

Dependent Variable: LOG(QUAL)

Method: Least Squares

Date: 08/06/10 Time: 09:54

Sample: 1 100

Included observations: 100

	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-4.495526	0.838403	-5.362008	0.0000
LOG(INC)	0.429700	0.065567	6.553586	0.0000
LOG(COST)	-0.012704	0.024322	-0.522347	0.6026
LOG(EDU)	0.195712	0.112851	1.734253	0.0861
LOG(DIST)	-0.041774	0.067759	-0.616506	0.5390
R-squared	0.855611	Mean dependent var		1.845594
Adjusted R-squared	0.849531	S.D. dependent var		0.363724
S.E. of regression	0.141090	Akaike info criterion		-1.030134
Sum squared resid	1.891101	Schwarz criterion		-0.899875
Log likelihood	56.50670	Hannan-Quinn criter.		-0.977416
F-statistic	140.7360	Durbin-Watson stat		2.490929
Prob(F-statistic)	0.000000			

2. DETEKSI AUTOKORELASI (*Breusch-Godfrey Test*)

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:

F-statistic	0.853603	Prob. F(6,88)	0.5323
Obs*R-squared	5.499921	Prob. Chi-Square(6)	0.4815

Test Equation:

Dependent Variable: RESID

Method: Least Squares

Date: 08/06/10 Time: 10:09

Sample: 1 100

Included observations: 100

Presample missing value lagged residuals set to zero.

	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-0.003018	0.453025	-0.006661	0.9947
LOG(INC)	0.003221	0.038030	0.084696	0.9327
LOG(COST)	-0.002632	0.012091	-0.217703	0.8282
LOG(EDU)	-0.008761	0.054062	-0.162048	0.8716
LOG(DIST)	-0.000225	0.032175	-0.006990	0.9944
LOG(QUAL)	0.004203	0.051494	0.081625	0.9351
RESID(-1)	0.118457	0.110321	1.073748	0.2859
RESID(-2)	0.011542	0.109651	0.105260	0.9164
RESID(-3)	-0.005615	0.110012	-0.051039	0.9594
RESID(-4)	-0.203245	0.106393	-1.910320	0.0593
RESID(-5)	0.085254	0.112714	0.756372	0.4514
RESID(-6)	0.014053	0.115030	0.122165	0.9030

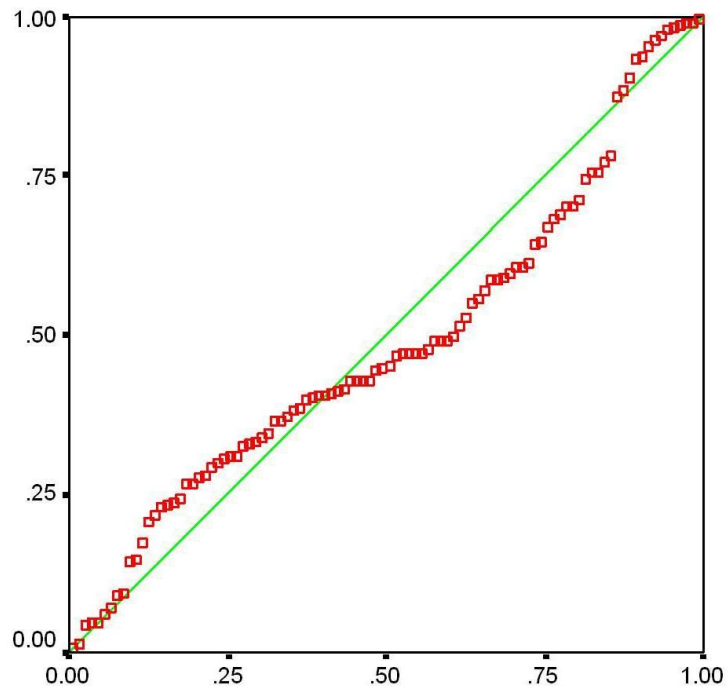
R-squared	0.054999	Mean dependent var	8.94E-17
Adjusted R-squared	-0.063126	S.D. dependent var	0.064314
S.E. of regression	0.066312	Akaike info criterion	-2.476710
Sum squared resid	0.386966	Schwarz criterion	-2.164090
Log likelihood	135.8355	Hannan-Quinn criter.	-2.350187
F-statistic	0.465601	Durbin-Watson stat	1.981587
Prob(F-statistic)	0.919597		

3. DETEKSI HETEROKEDASTISITAS (*White Test*)

Heteroskedasticity Test: White				
F-statistic	11.44427	Prob. F(20,79)		0.0000
Obs*R-squared	74.34110	Prob. Chi-Square(20)		0.0000
Scaled explained SS	88.08422	Prob. Chi-Square(20)		0.0000
Test Equation:				
Dependent Variable: RESID^2				
Method: Least Squares				
Date: 08/06/10 Time: 10:10				
Sample: 1 100				
Included observations: 100				
White Heteroskedasticity-Consistent Standard Errors & Covariance				
	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	4.676765	1.479766	3.160476	0.0022
LOG(INC)	-0.899573	0.236673	-3.800917	0.0003
(LOG(INC))^2	0.034680	0.010209	3.397100	0.0011
(LOG(INC))*(LOG(COST))	0.008453	0.005548	1.523520	0.1316
(LOG(INC))*(LOG(EDU))	-0.111058	0.028070	-3.956464	0.0002
(LOG(INC))*(LOG(DIST))	0.020522	0.018034	1.137967	0.2586
(LOG(INC))*(LOG(QUAL))	0.019884	0.020051	0.991663	0.3244
LOG(COST)	0.009706	0.060135	0.161397	0.8722
(LOG(COST))^2	-0.001662	0.001029	-1.614560	0.1104
(LOG(COST))*(LOG(EDU))	-0.037140	0.010353	-3.587350	0.0006
(LOG(COST))*(LOG(DIST))	-0.014826	0.005967	-2.484814	0.0151
(LOG(COST))*(LOG(QUAL))	0.011898	0.003905	3.046823	0.0031
LOG(EDU)	1.537213	0.254372	6.043165	0.0000
(LOG(EDU))^2	0.154930	0.035813	4.326058	0.0000
(LOG(EDU))*(LOG(DIST))	-0.004770	0.027476	-0.173610	0.8626
(LOG(EDU))*(LOG(QUAL))	-0.134421	0.036388	-3.694137	0.0004
LOG(DIST)	-0.003328	0.201540	-0.016513	0.9869
(LOG(DIST))^2	-0.007616	0.005086	-1.497269	0.1383
(LOG(DIST))*(LOG(QUAL))	-0.043721	0.034349	-1.272829	0.2068
LOG(QUAL)	-0.126750	0.265435	-0.477517	0.6343
(LOG(QUAL))^2	0.028323	0.011679	2.425055	0.0176
R-squared	0.743411	Mean dependent var		0.004095
Adjusted R-squared	0.678452	S.D. dependent var		0.006740
S.E. of regression	0.003822	Akaike info criterion		-8.111911
Sum squared resid	0.001154	Schwarz criterion		-7.564825
Log likelihood	426.5955	Hannan-Quinn criter.		-7.890495
F-statistic	11.44427	Durbin-Watson stat		1.902298
Prob(F-statistic)	0.000000			

4. DETEKSI NORMALITAS (*Normal P Plot*)

Dependent variabel : $LOG(Y)$



Histogram

