

Beban Ekonomi Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Akibat Sakit Berdasarkan Perspektif Pasien: Analisa Data Sekunder

The Health Economic Burden of Hospitalization Patient from Patients' Perspective: Secondary Data Analysis

Harnita¹, Dwi Endarti^{2*}, Chairun Wiedyaningsih², Susi Ari Kristina²

¹ Magister Farmasi Klinik, Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada

² Departemen Farmasetika, Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada

Corresponding author: Dwi Endarti; Email: endarti_apt@ugm.ac.id

Submitted: 08-03-2022

Revised: 23-05-2022

Accepted: 27-05-2022

ABSTRAK

Jaminan kesehatan nasional menjamin pelayanan kesehatan secara menyeluruh, mulai dari peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan sakit (preventif), pengobatan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), termasuk obat-obatan dan bahan medis habis pakai. Khusus untuk pelayanan rawat inap, terdapat perbedaan manfaat akomodasi, akomodasi dibedakan atas 3 kelas perawatan (kelas 1, kelas 2, dan kelas 3) sesuai dengan besar iuran JKN yang dibayarkan, oleh karena itu pelayanan kesehatan pada pasien rawat inap dapat memberikan beban ekonomi meliputi biaya langsung dan tidak langsung kepada pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui besaran biaya langsung dan tidak langsung yang harus dikeluarkan oleh pasien untuk mendapatkan perawatan rawat inap, sebelum dan setelah penerapan JKN. Desain penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diperoleh dari *Indonesia Family Life Survey (IFLS)* gelombang 4 tahun 2007. Data dianalisis dan disajikan secara deskriptif untuk mengetahui gambaran biaya langsung dan tak langsung, serta dilakukan analisis statistik inferensial untuk menguji hubungan antara karakteristik pasien dengan besarnya biaya. Berdasarkan hasil analisis pada IFLS 4, biaya out-of-pocket (OOP) sebesar Rp11.804,07. Biaya OOP rawat inap dipengaruhi oleh tujuh variabel sosiodemografi-kesehatan yaitu pendidikan, status pekerjaan, latar belakang ekonomi, provinsi, pelayanan kesehatan yang digunakan, lama rawat inap, dan penggunaan asuransi.

Kata kunci: Rawat Inap; IFLS-4 2007; Biaya langsung; Biaya tidak langsung

ABSTRACT

National health insurance guarantees comprehensive health services, starting from health promotion (promotional), Disease prevention (preventive). disease treatment (curative), and health restoration (rehabilitative), including medicines and medical consumables. Especially for inpatient services, there are differences in accommodation benefits, accommodation is divided into 3 classes of treatment (class 1, class 2, and class 3) according to the amount of JKN contributions paid, therefore health services for inpatients can provide an economic burden including direct and indirect costs to patients. This study aims to determine the amount of direct and indirect costs that must be incurred by patients to get inpatient care, before and after the implementation of JKN. The research design used was analytic observational with a cross-sectional approach. This study used secondary data obtained from Indonesia Family Life Survey (IFLS) 4th wave year 2007. Data were analyzed and presented descriptively to describe the direct and indirect costs, as well as inferential statistical analysis to examine the relationship between patient characteristics and the amount of costs. Based on the results of the analysis in of IFLS 2007, the out-of-pocket (OOP) payment for inpatient service was IDR11,804.07. The cost of inpatient OOP was influenced by seven sociodemographic namely health variables, namely education, employment status, economic background, province, health services used, length of hospitalization, and use of insurance.

Keywords: hospitalization; IFLS-4 2007; direct costs; indirect costs

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk hidup layak dan produktif, untuk itu diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan kualitasnya. Dalam rangka pemenuhan kebutuhan pokok dibutuhkan adanya penyelenggara pelayanan sebagai penyambung tangan pemerintah yang dapat memenuhi kebutuhan pokok masyarakat. Penyelenggaraan pelayanan publik merupakan kewajiban pemerintah sebagai penyelenggara negara yang harus memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat sesuai dengan standar tertentu sesuai dengan kebutuhan, “kekinian” masyarakat (Yuniar dan Handayani, 2016; Gultom, 2015).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Tujuan penerapan SJSN adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Tarigan dan Suryati, 2017).

Seperti yang kita ketahui bahwa jaminan kesehatan nasional menjamin pelayanan kesehatan secara menyeluruh, mulai dari peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan sakit (preventif), pengobatan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), termasuk obat-obatan dan bahan medis habis pakai, khusus untuk pelayanan rawat inap, terdapat perbedaan manfaat akomodasi, akomodasi dibedakan atas 3 kelas perawatan (kelas 1, kelas 2, dan kelas 3) sesuai dengan besar iuran JKN yang dibayarkan, oleh karena itu pelayanan kesehatan pada pasien rawat inap dapat memberikan beban ekonomi meliputi biaya langsung dan tidak langsung kepada pasien (Nugraheni dan Hartono, 2017; Tarigan dan Suryati, 2017).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 membuktikan 50,5% penduduk Indonesia belum memiliki jaminan kesehatan (*coverage* jaminan kesehatan baru mencapai 49,5%). Kepemilikan jaminan kesehatan didominasi oleh Jamkesmas (28,9%), Jamkesda (9,6%), Askes/Asabri (6%), Jamsostek (4,4%) dan 1,7% Askes swasta serta tunjangan kesehatan

perusahaan. Provinsi Aceh menempati ranking tertinggi dalam *coverage* jaminan kesehatan (96,6%), sedangkan provinsi DKI Jakarta berada di posisi buntut dengan *coverage* jaminan kesehatan baru mencapai 30,9% (Depkes RI, 2013).

Pengeluaran biaya out-of-pocket (OOP) dalam pelayanan kesehatan banyak terjadi di berbagai negara, termasuk sebagian besar negara-negara Asia. Adanya pengeluaran biaya ini menyerap sebagian besar sumber daya rumah tangga, dan berdampak pada kemiskinan (Doorslaer E Van dkk, 2007).

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui besaran biaya langsung dan tidak langsung yang harus dikeluarkan oleh pasien untuk mendapatkan perawatan sebelum dan saat penerapan JKN, serta faktor-faktor sosiodemografi dan kesehatan yang dapat berpengaruh pada beban ekonomi akibat pelayanan kesehatan rawat inap berdasarkan perspektif pasien sebelum dan saat penerapan JKN.

METODE

Data penelitian yang digunakan merupakan data sekunder yang diperoleh dari IFLS4 tahun 2007, dengan mengikuti rancangan penelitian deskriptif inferensia dengan pendekatan *cross sectional*. Secara nasional data IFLS mewakili sekitar 83% dari populasi Indonesia dan tiga belas provinsi dari Indonesia. Lokasi pengambilan data IFLS4 tahun 2007 meliputi tiga belas provinsi di Indonesia yaitu Sumatera Selatan, Sumatera Barat, Sumatera Utara, Lampung, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, NTB, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, dengan data mencakup jumlah responden 797 subjek.

Data yang diunduh meliputi data karakteristik sosiodemografi-kesehatan sebagai variabel bebas dan biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan rawat inap. Analisis data dengan statistik deskriptif untuk penyajian deskriptif dan analisis inferensial menggunakan analisis regresi linier berganda untuk membuktikan hipotesis pengaruh faktor sosiodemografi dan kesehatan terhadap pengeluaran biaya langsung dan tidak langsung untuk pelayanan rawat inap menggunakan Stata 16.0.

Tabel I. Karakteristik sosiodemografi

Karakteristik	n	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	230	28,86
Perempuan	567	71,14
Usia		
15-30 tahun	414	51,94
31-45 tahun	219	27,48
46-60 tahun	92	11,54
>60 tahun	72	9,03
Status pernikahan		
Belum/tidak menikah	157	19,70
Menikah	640	80,30
Lainnya	42	5,27
Pendidikan		
SD/ sederajat	159	19,95
SMP/ sederajat	153	19,20
SMA/ sederajat	277	34,76
Perguruan Tinggi	166	20,83
Status Pekerjaan		
Tidak bekerja/ lainnya	460	57,72
Bekerja	337	42,28
Pendapatan per bulan (Rp)		
≤Rp.500.000	584	73,27
>Rp.500.000-Rp.1.000.000	100	12,55
>Rp.1.000.000-Rp.3.000.000	99	12,42
>Rp.3.000.000	14	1,76
Status ekonomi		
Miskin	176	22,08
Menengah	608	76,29
Kaya	13	1,63
Domisili		
Luar Jawa	315	39,52
Jawa	482	60,48

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah responden untuk pasien rawat inap dalam penelitian ini adalah 797, pada Tabel I menunjukkan karakteristik sosiodemografi IFLS-4 tahun 2007. Untuk jenis kelamin perempuan lebih besar daripada laki-laki. Kategori usia responden mayoritas berada pada usia produktif yaitu 15-30 sebesar 51,94%, sedangkan kategori umur yang paling sedikit adalah diatas 60 tahun sebesar 9,03%. Status pernikahan responden yang sudah menikah memiliki nilai yang lebih besar daripada status belum/tidak menikah yaitu sebesar 80,30%. Untuk pendidikan mayoritas responden yaitu SMA/ sederajat sebesar 34,76%. Status pekerjaan untuk yang tidak bekerja lebih besar

dari pada yang bekerja dengan porsi 57,72%. Nominal pendapatan didominasi pada level kurang dari Rp. 500.000 per bulan dengan porsi 73,27%. Latar belakang ekonomi subjektif menurut responden paling banyak adalah menengah dengan porsi 76,29%. Wilayah tempat tinggal menurut responden mayoritas berada di perkotaan daripada pedesaan dengan 64,74%. Provinsi tempat tinggal responden paling banyak berada provinsi di pulau jawa dari pada pulau lainnya sebesar 60,48%.

Karakteristik kesehatan pasien rawat inap dalam penelitian ini digambarkan pada Tabel II, pelayanan kesehatan yang digunakan terakhir kali yaitu faskes tingkat lanjutan meliputi rumah sakit pemerintah/swasta

Tabel II. Karakteristik layanan kesehatan

Variabel	IFLS4 (2007)	
	N	%
Pelayanan kesehatan yang digunakan terakhir		
Faskes tingkat pertama (Puskesmas, Klinik)	215	26,98
Faskes tingkat lanjutan (Rumah Sakit Pemerintah/Swasta)	582	73,02
Kepuasan pelayanan		
Tidak memuaskan	42	5,27
Memuaskan	755	94,73
Kondisi Kronis		
Tidak memiliki penyakit kronis	680	85,32
Memiliki penyakit kronis	117	14,68
Jenis Asuransi		
Pembayaran tidak menggunakan asuransi	596	74,78
Menggunakan Asuransi Kesehatan lainnya	36	4,52
Menggunakan Asuransi Kesehatan (2014 menjadi JKN)	165	20,70
Alasan Rawat Inap		
Sakit		
	350	43,91
Kecelakaan	66	8,28
Melahirkan	276	34,63
Operasi	80	10,04
Lainnya	25	3,14
Lama Rawat Inap		
1-5 hari	614	77,04
>5 hari	183	22,96

sebesar 73,02%. Kepuasan pelayanan paling besar berada pada mayoritas responden memuaskan sebesar 94,73%. Responden pada penelitian ini mayoritas tidak memiliki penyakit kronis dengan porsi 85,32%. Pasien rawat inap mayoritas tidak menggunakan asuransi untuk pembayaran biaya pelayanan kesehatan sebesar 74,78%. Alasan Rawat inap berada pada mayoritas responden sakit sebesar 43,91% dan untuk lama rawat inap berada pada mayoritas responden 1-5 hari sebesar 77,04%.

Rata-rata biaya OOP medis langsung pada pasien rawat inap dapat dilihat pada Tabel III, diketahui biaya OOP secara keseluruhan pada IFLS 4 yaitu 797 responden adalah Rp. 11.804,07. OOP yang pembayarannya tidak menggunakan asuransi sebesar Rp. 11.989,13 sebanyak 596 responden, sementara yang menggunakan asuransi kesehatan lain sebanyak 165 responden dengan OOP sebesar Rp. 89.525,08 dan menggunakan asuransi kesehatan (pada tahun 2014 menjadi JKN) sebesar Rp. 32.402,91 sebanyak 36 responden. Jumlah responden yang menggunakan asuransi kesehatan untuk melakukan pengobatan rawat inap masih sangat sedikit dibandingkan jumlah

pasien rawat inap yang pembayarannya tidak menggunakan asuransi. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang menjadi kendala salah satunya adalah belum tersedianya asuransi kesehatan yang bersifat universal pada tahun 2007.

Analisis dengan regresi linier berganda dilakukan setelah pengujian asumsi klasik yang terdiri atas uji normalitas, uji homoskedastisitas, dan uji multikolinieritas. Hal ini dilakukan agar dapat dilakukan perbaikan apabila terjadi penyimpangan dalam pengujian asumsi klasik. Hasil uji asumsi klasik diperoleh bahwa data set yang akan diproses masih belum memenuhi asumsi *normality* dan *heteroscedasticity test*. Gujarati (2009) menyarankan beberapa teknik atau perlakuan untuk mengatasi masalah normalitas dan heterokedastisitas, diantaranya dengan melakukan penambahan data sampel, melakukan transformasi pada variabel dependen yang dimiliki, misalnya transformasi menjadi bentuk logaritma, rasio dan sebagainya. Selain itu dapat juga dengan menambahkan opsi robust ketika menggunakan pengujian regresi menggunakan model estimasi lain atau menggunakan model regresi dengan ARCH

Tabel III. Rata-rata biaya OOP medis pasien rawat inap akibat sakit IFLS4

Biaya OOP dan penggunaan asuransi	IFLS4 (2007)		
	Rata-rata biaya OOP (Rp)	95% CI	N
Pembayaran tidak menggunakan asuransi	1.198.913,00	(1.090.878,00;1.317.646,00)	596
Menggunakan Asuransi Kesehatan (2014 menjadi JKN)	895.250,8	(685.123,05, 1.169.824,00)	7165
Menggunakan Asuransi Kesehatan lainnya	3.240.291,00	(2.238.146,00;4.691.154,00)	236
Biaya OOP (Rp) secara keseluruhan	1.180.407,00	(1.076.149,00;1.294.765,00)	797

Tabel IV. Komponen Biaya OOP

Komponen biaya OOP Pengobatan	IFLS4 (2007)	
	Rata-rata	95% (CI)
Biaya medis langsung		
Biaya OOP pengobatan (Rp)	1.180.407,00	(1.076.149,00; 1.294.765,00)
Biaya OOP resep (Rp)	354.345,50	(302.840,70; 414.609,90)
Biaya non-medis langsung	206.461,58	
Total Komponen Biaya OOP	1.741.214,08	-

orde 1. Namun melihat spesifikasi permasalahan data set yang ada pada penelitian ini, penggunaan metode transformasi log linear dinilai sudah cukup efektif dan mudah diselaraskan dalam melakukan interpretasi baik pada tahap data set processing samai pada tahap interpretasi hasil penelitian.

Analisis pengaruh karakteristik sosiodemografi dan kesehatan yang terhadap biaya OOP pasien rawat inap IFLS4 dapat dilihat pada Tabel V. Nilai *R-square* pada tabel no V. diketahui sebesar 27.580 artinya variabel independen yang meliputi sosiodemografi dan kesehatan dapat menjelaskan log biaya OOP pasien rawat inap sebesar 27.580 %, sedangkan 72.420 % sisanya dijelaskan oleh peubah lain yang tidak ada dalam model.

Hasil analisis regresi linier berganda pada Tabel V. dapat dijabarkan dalam bentuk model matematika dengan persamaan sebagai berikut:

$$\text{Log biaya OOP (IFLS4)} = 9.480 + 0,131 X_4 - 0,329 X_5 + 0,348 X_7 + 0.427 X_9 + 0.850 X_{10} + 0.885 X_{11} - 0.330 X_{15}$$

Berdasarkan penjabaran hasil diatas, diketahui faktor yang berpengaruh terhadap biaya OOP yang dikeluarkan pasien rawat inap

pada IFLS4 meliputi faktor pendidikan, status pekerjaan, latar belakang ekonomi (subjektif pasien), provinsi, pelayanan kesehatan yang digunakan, lama rawat inap dan penggunaan asuransi.

Nilai *p-value* faktor jenis kelamin (X_1) adalah 0.227 lebih besar dari 0.05 artinya tidak signifikan, dimana tidak ada pengaruh jenis kelamin terhadap biaya OOP yang dikeluarkan oleh pasien rawat inap. Nilai *p-value* faktor usia (X_2) diketahui sebesar 0.849 lebih besar dari 0.05 artinya tidak signifikan, dimana tidak ada pengaruh usia terhadap biaya OOP yang dikeluarkan oleh pasien rawat inap. Nilai *p-value* faktor status pernikahan (X_3) sebesar 0.238 lebih besar dari 0.05 artinya tidak signifikan, dimana tidak ada pengaruh status pernikahan terhadap biaya OOP yang dikeluarkan oleh pasien rawat inap. Nilai *p-value* faktor pendidikan (X_4) menunjukkan nilai 0.002 kurang dari 0.05 artinya signifikan, dimana ada pengaruh pendidikan terhadap biaya OOP yang dikeluarkan oleh pasien rawat inap. Nilai *p-value* faktor status pekerjaan (X_5) sebesar 0.001 kurang dari 0.05 artinya signifikan, dimana ada pengaruh status pekerjaan terhadap biaya OOP yang dikeluarkan

Tabel V. Faktor yang berpengaruh pada biaya OOP

Variabel	Koefisien	P> t	95% CI
Sosiodemografi			
Jenis kelamin (X1)	0.122	0,227	-0.076, 0.321
Usia (X2)	-0.010	0,849	-0.123, 0.101
Status pernikahan (X3)	0,125	0,238	-0.083, 0.334
Pendidikan (X4)	0,131	0,002	0.048, 0.214
Status pekerjaan (X5)	-0.329	0.001	-0.517, -0.141
Pendapatan (X6)	0.097	0,128	-0.028, 0.224
Latar belakang ekonomi (subjektif) (X7)	0.348	0,000	0.162, 0.535
Wilayah tempat tinggal (X8)	-0.111	0,223	-0.291, 0.068
Provinsi (X9)	0,427	0.000	0.262, 0.592
Kesehatan			
Pelayanan kesehatan yang digunakan (X10)	0,850	0,000	0.653, 1.047
Lama Rawat Inap (X11)	0,885	0,000	0.683, 1.087
Alasan Rawat Inap (X12)	-0.001	0,640	-0.006, 0.003
Kepuasan pelayanan (X13)	0,142	0,438	-0.218, 0.503
Penyakit kronis (X14)	0,269	0,067	-0.019, 0.557
Penggunaan asuransi (X15)	-0.330	0,000	-0.434, -0.227
Konstanta	9,490	0,000	8.577, 10.418
N		797	
R-square		27,580	
F-value		19,830	
Root MSE		1,142	
Mean VIF		1,270	
Breusch-Pagan/Cook-Weisberg test		0,160	

oleh pasien rawat inap. Nilai *p-value* faktor pendapatan (X₆) bernilai 0.128 lebih besar dari 0.05 artinya tidak signifikan, dimana tidak ada pengaruh pendapatan terhadap biaya OOP yang dikeluarkan oleh pasien rawat inap. Latar belakang ekonomi menurut subjektifitas pasien (X₇) memiliki nilai *p-value* sebesar 0.000 keduanya kurang dari 0.05 artinya signifikan, dimana ada pengaruh latar belakang ekonomi berpengaruh terhadap biaya OOP yang dikeluarkan oleh pasien rawat inap. Wilayah tempat tinggal (X₈) meliputi urban dan rural memiliki nilai *p-value* 0.223 lebih besar dari 0.05 yang artinya tidak signifikan, dimana tidak ada pengaruh wilayah tempat tinggal terhadap biaya OOP yang dikeluarkan oleh pasien rawat inap. Nilai *p-value* dari faktor provinsi (X₉) adalah 0.000 kurang dari 0.05 artinya signifikan, dimana ada pengaruh provinsi terhadap biaya OOP yang dikeluarkan oleh pasien rawat inap. Pelayanan kesehatan yang digunakan (X₁₀) nilai *p-value* 0.000 kurang dari 0.05 artinya signifikan, dimana ada pengaruh pelayanan kesehatan

yang digunakan terhadap biaya OOP pasien rawat inap. Lama rawat inap (X₁₁) memiliki nilai *p-value* 0.000 kurang dari 0.05 artinya signifikan, dimana ada pengaruh lama rawat inap terhadap biaya OOP pada pasien rawat inap. Nilai *p-value* untuk alasan rawat inap (X₁₂) 0.640 lebih besar dari 0.05 artinya tidak signifikan, dimana tidak ada pengaruh alasan rawat inap terhadap biaya OOP pada pasien rawat inap. Nilai *p-value* untuk kepuasan pelayanan (X₁₃) diketahui sebesar 0.438 lebih besar dari 0.05 artinya tidak signifikan, dimana tidak ada pengaruh kepuasan pelayanan terhadap biaya OOP yang dikeluarkan oleh pasien rawat inap. Nilai *p-value* dari penyakit kronis (X₁₄) yaitu 0.067 lebih besar dari 0.05 artinya tidak signifikan, dimana tidak ada pengaruh penyakit kronis terhadap biaya OOP yang dikeluarkan pasien rawat inap. Penggunaan asuransi (X₁₅), memiliki nilai sebesar 0.000 kurang dari 0.05 artinya signifikan, dimana ada pengaruh penggunaan asuransi terhadap biaya OOP yang dikeluarkan.

KESIMPULAN

Berdasarkan perspektif pasien, biaya medis langsung untuk pelayanan kesehatan rawat inap secara keseluruhan sebesar Rp.11.804,07 per kunjungan. Biaya OOP rawat inap dipengaruhi oleh tujuh variabel sosiodemografi-kesehatan yaitu pendidikan, status pekerjaan, latar belakang ekonomi, provinsi, pelayanan kesehatan yang digunakan, lama rawat inap, dan penggunaan asuransi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti menyampaikan terima kasih terhadap pihak yang telah menyediakan data sekunder yang dapat digunakan sebagai bahan penelitian ini yaitu *Indonesia Family Life Survey (IFLS)* oleh RAND Corporation.

DAFTAR PUSTAKA

- Chu, T. Bin, Liu, T.C., Chen, C.S., Tsai, Y.W., dan Chiu, W.T., 2005. Household out-of-pocket medical expenditures and national health insurance in Taiwan: Income and regional inequality. *BMC Health Services Research*, 5: 1–9.
- Dilokthornsakul, P., Thomas, D., Brown, L., dan Chaiyakunapruk, N., 2019. Interpreting Pharmacoeconomic Findings, dalam: *Clinical Pharmacy Education, Practice and Research*. Elsevier, hal. 277–287.
- Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Claxton, K., Stoddart, G.L., dan Torrance, G.W., 2015. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes (4th Edition)*. Oxford.
- Gujarati, D., 2009. *Basic Econometrics*. McGraw-Hill Irwin, Singapore.
- Gultom, N. B., & Jaya, C. (2015). SurveiPendahuluanBiayaTambahan* PesertaBpjs Kesehatan PadaRumahSakitFaskesBpjs Kesehatan Di Jabodetabek. *JurnalKebijakan Kesehatan Indonesia*, 04(01),3–10.
- Kemendes RI (2012). Presentasi Menteri Kesehatan dalam Pertemuan Pembahasan Progress Persiapan Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional, Jakarta 12 Desember 2013.
- Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (MENPAN) Nomor 63/KEP/M.AP/7/2003.
- Moenir, 2006. "Manajemen Pelayanan Umum Di Indonesia". Jakarta : Bumi Aksara.
- Nugraheni, W. P., & Hartono, R. K. (2017). DeterminanPengeluaran Kesehatan KatastropikRumahTangga Indonesia Pada TahunPertamaImplementasi Program JKN. *BuletinPenelitian Kesehatan*,45(1), 27–36.
- Onwujekwe, O., Hanson, K., dan Uzochukwu, B., 2012. Examining inequities in incidence of catastrophic health expenditures on different healthcare services and health facilities in Nigeria. *PLoS ONE*, 7: 1–6.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 28 tahun 2014, hak dan kewajiban pasien
- Perpres No. 12 tahun 2013 pasal 1 ayat 1 tentang Jaminan Kesehatan Nasional
- Perpres No. 12 tahun 2013 pasal 20 ayat 1 Tentang Manfaat Jaminan Kesehatan
- Ruminta, 2009. *Matriks Persamaan Linier Dan Pemrograman Linier*. Rekayasa Sains, Bandung.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2015. "JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional". Jakarta Pusat
- Undang-undang No. 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
- Strauss, J., Witoelar, F., dan Sikoki, B., 2016. The Fifth Wave of the Indonesia Family Life Survey: Overview and Field Report: Volume 1. *The Fifth Wave of the Indonesia Family Life Survey: Overview and Field Report: Volume 1*, .
- Sugiyono, 2011. *Statistika Untuk Penelitian*, 19th ed. CV.Alfabeta, Bandung.
- Radja, I., Kusnanto, H., Hasanbasri, M., 2015. Asuransi kesehatan sosial dan biaya *out of pocket* di Indonesia Timur. Yogyakarta. 04:50-56
- RAND, 2020. 'RAND Indonesian Family Life Survey (IFLS)', . URL: <https://www.rand.org/well-being/social-and-behavioral-policy/data/FLS/IFLS.html> (diakses tanggal 21/7/2020).
- Royo, M. G & Velazco, J. (2006). Exploring the relationship between happiness, objective and subjective wellbeing: Evidence From Rural Thailand. WeD Working Paper 16.
- Tarigan, I., &Suryati, T. (2017). Gambaran Out of Pocket pada Awal Era JKN di Indonesia Description Out of Pocket in the Early Era

- JKN at Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 1(2), 141–146.
- Van Minh, H., Kim Phuong, N.T., Saksena, P., James, C.D., dan Xu, K., 2013. Financial burden of household out-of-pocket health expenditure in Viet Nam: Findings from the National Living Standard Survey 2002-2010. *Social Science and Medicine*, 96: 258–263.
- Yuniar, Y., & Handayani, R. S. (2016). Kepuasan Pasien Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Pelayanan Kefarmasian di Apotek The Satisfaction of National Health Insurance Program's Patients on Pharmaceutical Services in Pharmacy (JKN) adalah program jaminan berupa bentuk pel. *Jurnal Kefarmasian Indonesia*, 6(1), 39–48.
- Walley, T. dan Haycox, A., 1997. Pharmacoeconomics: Basic concepts and terminology. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 43: 343–348.
- W. Hosmer, D. dan Lemeshow, S., 2000. Applied Logistic Regression Analysis. *John Wiley and Sons*, 45: 53