

Relationship between Health Costs and Family Economic Status: A Cross Sectional Study of Communities in Rokan Hilir Regency

Hubungan Biaya Kesehatan dengan Status Ekonomi Keluarga: Studi Cross Sectional pada Masyarakat di Kabupaten Rokan Hilir

Lina Contesa*

Program Studi DIII Kebidanan STIK Bina Husada Palembang

Corresponding author's e-mail: linacontesa@gmail.com

Abstract

Background: High health costs are often a major barrier for people to obtain optimal health services. Family economic status has a strong correlation with health care seeking behavior, where families with low economic status tend to delay or avoid seeking health care due to financial limitations. *Objectives:* This study aims to analyze the relationship between health costs and family economic status in Rokan Hilir Regency. *Methods:* A cross sectional study with 290 household heads selected through multistage cluster random sampling. Data were collected through structured interviews using a questionnaire. Economic status was measured by the Modified Economic Status Index, while health costs were measured by total health expenditure in the last 12 months. Data were analyzed using Spearman correlation test and multiple linear regression. *Results:* The average family health cost was IDR 6,542,020 per year. The majority of respondents had moderate economic status (46.2%). There was a significant positive relationship between economic status and health costs ($r_s = 0.486$; $p < 0.001$). Families with high economic status spent an average of IDR 9,876,340 on health costs, while those with low economic status spent IDR 4,234,560. The regression model explained 54.2% of the variance in health costs. 23.1% of families experienced catastrophic health expenditure. *Conclusion:* Family economic status is positively associated with health costs. Policies are needed to reduce disparities in access to health services based on economic status.

Keywords: *health expenditure, economic status, cross sectional, catastrophic health expenditure*

Abstrak

Latar Belakang: Biaya kesehatan yang tinggi seringkali menjadi barrier utama bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal. Status ekonomi keluarga memiliki korelasi kuat dengan perilaku pencarian pelayanan kesehatan, dimana keluarga dengan status ekonomi rendah cenderung menunda atau menghindari pencarian pelayanan kesehatan karena keterbatasan finansial. Tujuan: Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan antara biaya kesehatan dengan status ekonomi keluarga di Kabupaten Rokan Hilir. Metode: Penelitian cross sectional dengan 290 kepala keluarga yang dipilih melalui multistage cluster random sampling. Data dikumpulkan melalui wawancara terstruktur menggunakan kuesioner. Status ekonomi diukur dengan Indeks Status Ekonomi termodifikasi, sedangkan biaya kesehatan diukur dari total pengeluaran kesehatan 12 bulan terakhir. Analisis data menggunakan uji korelasi Spearman dan regresi linear berganda. Hasil: Rata-rata biaya kesehatan keluarga adalah Rp 6.542.020 per tahun. Mayoritas responden memiliki status ekonomi sedang (46,2%). Terdapat hubungan positif signifikan antara status ekonomi dengan biaya kesehatan ($r_s = 0,486$; $p < 0,001$). Keluarga dengan status ekonomi tinggi mengeluarkan biaya kesehatan rata-rata Rp 9.876.340, sedangkan status ekonomi rendah Rp 4.234.560. Model regresi menjelaskan 54,2% varians biaya kesehatan. Sebanyak 23,1% keluarga mengalami catastrophic health expenditure. Kesimpulan: Status ekonomi keluarga berhubungan positif dengan biaya kesehatan. Diperlukan kebijakan untuk mengurangi disparitas akses pelayanan kesehatan berdasarkan status ekonomi.

Kata Kunci: *biaya kesehatan, status ekonomi, cross sectional, catastrophic health expenditure*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak dasar setiap manusia dan menjadi salah satu indikator utama kesejahteraan masyarakat. Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Namun dalam praktiknya, akses terhadap pelayanan kesehatan seringkali terkendala oleh faktor ekonomi, dimana biaya kesehatan yang tinggi menjadi barrier utama bagi masyarakat berpendapatan rendah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal.

Biaya kesehatan (*health expenditure*) mencakup seluruh pengeluaran yang dikeluarkan individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan, baik untuk preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Penelitian Wagstaff & Doorslaer (2003) menunjukkan bahwa out-of-pocket health expenditure yang tinggi dapat menyebabkan catastrophic health expenditure, yaitu kondisi dimana pengeluaran kesehatan melebihi 10-40% dari total pengeluaran rumah tangga. Kondisi ini tidak hanya mempengaruhi kemampuan keluarga untuk mengakses layanan kesehatan, tetapi juga dapat mendorong keluarga ke dalam kemiskinan.

Status ekonomi keluarga, yang tercermin dari tingkat pendapatan, kepemilikan aset, dan pola konsumsi, memiliki korelasi kuat dengan perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health-seeking behavior*). Studi oleh (Febria et al, 2020) dalam jurnal The Lancet menunjukkan bahwa keluarga dengan status ekonomi rendah cenderung menunda atau menghindari pencarian pelayanan kesehatan karena keterbatasan finansial. Sebaliknya, keluarga dengan status ekonomi tinggi memiliki akses yang lebih baik terhadap pelayanan kesehatan berkualitas, termasuk layanan kesehatan preventif yang dapat mencegah biaya pengobatan yang lebih besar di masa depan.

Kabupaten Rokan Hilir sebagai salah satu kabupaten di Provinsi Riau memiliki karakteristik demografis dan ekonomi yang heterogen. Berdasarkan data BPS Kabupaten Rokan Hilir (2023), terdapat kesenjangan ekonomi yang cukup signifikan antar wilayah, dengan sebagian masyarakat masih bergantung pada sektor pertanian dan perikanan tradisional, sementara sebagian lainnya bekerja di sektor industri dan jasa. Kondisi geografis yang terdiri dari wilayah pesisir dan daratan juga mempengaruhi akses masyarakat terhadap fasilitas kesehatan dan berdampak pada variasi biaya kesehatan yang harus dikeluarkan.

Implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan sejak tahun 2014 diharapkan dapat mengurangi beban biaya kesehatan masyarakat. Namun, penelitian (Mahendradhata et al (2017) menunjukkan bahwa masih terdapat out-of-pocket payment yang signifikan, terutama untuk layanan yang tidak tercakup dalam paket JKN atau untuk mendapatkan layanan yang lebih cepat dan berkualitas. Hal ini mengindikasikan bahwa hubungan antara biaya kesehatan dan status ekonomi keluarga masih menjadi isu penting yang perlu dikaji lebih mendalam.

Penelitian mengenai hubungan biaya kesehatan dengan status ekonomi keluarga di Kabupaten Rokan Hilir belum banyak dilakukan, padahal pemahaman terhadap pola hubungan ini sangat penting untuk perumusan kebijakan kesehatan dan ekonomi yang tepat sasaran. Studi cross sectional diperlukan untuk memberikan gambaran komprehensif mengenai korelasi antara kedua variabel tersebut pada satu titik waktu tertentu, sehingga dapat menjadi dasar pengambilan keputusan kebijakan yang berbasis evidence untuk meningkatkan akses dan keterjangkauan pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat di Kabupaten Rokan Hilir.

Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana gambaran biaya kesehatan yang dikeluarkan oleh keluarga di Kabupaten Rokan Hilir?
2. Bagaimana gambaran status ekonomi keluarga di Kabupaten Rokan Hilir?
3. Apakah terdapat hubungan yang signifikan antara biaya kesehatan dengan status ekonomi keluarga di Kabupaten Rokan Hilir?
4. Seberapa besar kekuatan hubungan antara biaya kesehatan dengan status ekonomi keluarga di Kabupaten Rokan Hilir?

KAJIAN TEORI

Health Economics Theory

Ekonomi kesehatan (*health economics*) merupakan cabang ilmu ekonomi yang berkaitan dengan isu efisiensi, efektivitas, nilai, dan perilaku dalam produksi dan konsumsi kesehatan serta pelayanan kesehatan (Arrow, 1978). Teori ini menjadi dasar untuk memahami bagaimana sumber daya kesehatan dialokasikan dan bagaimana keputusan ekonomi mempengaruhi hasil kesehatan masyarakat.

Economic Burden of Disease Theory

Economic burden of disease (EBD) atau cost of illness (COI) adalah definisi yang mencakup berbagai aspek dampak penyakit terhadap hasil kesehatan di suatu negara, wilayah tertentu, komunitas, bahkan individu (Rice, 1967). Tujuan fundamental dari studi COI adalah untuk mengevaluasi beban ekonomi yang dibebankan penyakit kepada masyarakat secara keseluruhan.

Catastrophic Health Expenditure Theory

Ketergantungan rumah tangga yang berlebihan pada *out-of-pocket* (OOP) *health expenditure* dan ketidakmampuan mereka untuk mengatasi biaya ekonomi penyakit seringkali mendorong mereka ke dalam kemiskinan (Wagstaff & Doorslaer, 2003). Teori ini menjelaskan bahwa pengeluaran kesehatan yang melebihi 10-40% dari total pengeluaran rumah tangga dapat menyebabkan catastrophic health expenditure.

METODE**Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain cross sectional, yaitu jenis penelitian observasional dimana investigator mengukur *outcome* dan *exposure* pada partisipan penelitian pada waktu yang bersamaan. *Cross sectional* study melibatkan data yang dikumpulkan pada waktu yang telah ditentukan dan sering digunakan untuk menilai prevalensi kondisi akut atau kroni. Lokasi penelitian di Kabupaten Rokan Hilir, Provinsi Riau dengan jadwal pelaksanaan Januari hingga Maret 2025.

Populasi dan Sampel

Populasi Target: Seluruh kepala keluarga di Kabupaten Rokan Hilir

Populasi Terjangkau: Kepala keluarga yang tinggal di wilayah puskesmas terpilih di Kabupaten Rokan Hilir.

Kriteria	Deskripsi
Inklusi	- Kepala keluarga berusia ≥ 18 tahun - Tinggal menetap di Kabupaten Rokan Hilir minimal 1 tahun - Bersedia berpartisipasi dalam penelitian - Mampu berkomunikasi dengan baik - Memiliki anggota keluarga yang pernah menggunakan layanan kesehatan dalam 12 bulan terakhir - Memiliki KTP/identitas resmi sebagai penduduk Kabupaten Rokan Hilir
Eksklusi	- Kepala keluarga yang sedang sakit berat atau mengalami gangguan mental - Keluarga yang tidak memiliki catatan atau ingatan pengeluaran kesehatan dalam 12 bulan terakhir - Menolak untuk berpartisipasi atau tidak dapat diwawancarai sampai selesai - Keluarga yang baru pindah ke Kabupaten Rokan Hilir kurang dari 1 tahun - Kepala keluarga yang tidak dapat berkomunikasi dalam Bahasa Indonesia

Teknik Sampling

Teknik penyampelan menggunakan Multistage cluster random sampling dimulai dari Pemilihan kecamatan secara acak (6 dari 12 kecamatan), dilanjutkan pemilihan desa/kelurahan secara acak (2 desa per kecamatan) dan terakhir, pemilihan kepala keluarga secara systematic random sampling.

Perhitungan Besar Sampel

Menggunakan rumus korelasi dengan:

- $\alpha = 0,05$ ($Z\alpha = 1,96$)
- $\beta = 0,20$ ($Z\beta = 0,84$)
- $r = 0,3$ (korelasi minimal yang bermakna)

$$\text{Rumus: } n = [(Z\alpha + Z\beta)^2 / (0,5 \ln((1+r)/(1-r))^2)] + 3$$

$$n = [(1,96 + 0,84)^2 / (0,5 \ln((1+0,3)/(1-0,3))^2)] + 3$$

$$n = [(2,8)^2 / (0,5 \ln(1,86))^2] + 3$$

$$n = [7,84 / (0,31)^2] + 3$$

$$n = 258 + 3 = 261$$

Dengan mempertimbangkan drop out 10%:

$$n = 261 / (1-0,1) = 290 \text{ responden}$$

Variabel Penelitian

Tabel 1. Variabel Penelitian

Jenis Variabel	Nama Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen	Status Ekonomi Keluarga	Kondisi sosial ekonomi keluarga yang mencerminkan kemampuan finansial dan posisi sosial dalam masyarakat, diukur melalui skor gabungan dari pendapatan bulanan, kepemilikan aset, tingkat pendidikan kepala keluarga, dan jenis pekerjaan	Wawancara terstruktur menggunakan kuesioner	Indeks Status Ekonomi termodifikasi	Skor 5-15 dikategorikan menjadi Rendah (5-8), Sedang (9-12), Tinggi (13-15)	Ordinal
	Biaya Kesehatan	Total pengeluaran yang dikeluarkan keluarga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dalam 12 bulan terakhir, mencakup biaya pengobatan, transportasi, dan akomodasi terkait kesehatan, dinyatakan dalam rupiah	Wawancara terstruktur dan review dokumentasi	Formulir pencatatan biaya kesehatan	Rupiah per tahun, dikategorikan berdasarkan persentil	Rasio

Instrumen Penelitian

Kuesioner Terstruktur terdiri dari data demografi, riwayat pengeluaran kesehatan, status ekonomi keluarga, dan akses pelayanan kesehatan. Uji Validitas menggunakan Content validity oleh expert panel (3 ahli ekonomi kesehatan). Uji

Reliabilitas menggunakan Pilot study pada 30 responden dengan Cronbach's alpha $\geq 0,7$.

Teknik Pengumpulan Data

Data Primer dikumpulkan melalui wawancara terstruktur menggunakan kuesioner oleh enumerator terlatih dengan durasi 45-60 menit per responden.

Data Sekunder diperoleh dari BPS Kabupaten Rokan Hilir, Dinas Kesehatan, dan kantor kecamatan/desa.

Pengolahan dan Analisis Data

Data dianalisis menggunakan SPSS versi 26.0 dengan tahapan analisis univariat (distribusi frekuensi dan deskriptif), bivariat (uji korelasi Pearson/Spearman, chi-square test), dan multivariat (multiple linear regression).

Tabel 2. Rencana Analisis

No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Skala Data	Uji Statistik	Kemaknaan
1	Status ekonomi keluarga (ordinal)	Biaya kesehatan (rasio)	Ordinal vs Rasio	Spearman rank correlation	$p < 0,05$
2	Pendapatan (rasio)	Biaya kesehatan (rasio)	Rasio vs Rasio	Pearson correlation	$p < 0,05$
3	Pendidikan (ordinal)	Biaya kesehatan (rasio)	Ordinal vs Rasio	Spearman rank correlation	$p < 0,05$
4	Kepemilikan aset (ordinal)	Biaya kesehatan (rasio)	Ordinal vs Rasio	Spearman rank correlation	$p < 0,05$
5	Multiple faktor	Biaya kesehatan (rasio)	Mixed	Multiple linear regression	$p < 0,05$

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Karakteristik Responden

Penelitian ini melibatkan 290 kepala keluarga di Kabupaten Rokan Hilir dengan karakteristik demografi yang beragam. Mayoritas responden berusia 35-54 tahun (52,4%), berjenis kelamin laki-laki (71,0%), dan memiliki tingkat pendidikan sekolah menengah (48,6%). Sebagian besar responden bekerja di sektor informal (45,2%) dengan pendapatan rumah tangga rata-rata Rp 3.847.500 per bulan.

Karakteristik Biaya Kesehatan

Tabel 3. Karakteristik Biaya Kesehatan Respondne

Komponen Biaya Kesehatan	Mean (Rp)	Median (Rp)	SD (Rp)	Min-Max (Rp)
Biaya Berobat Jalan	1.847.230	1.200.000	1.234.560	150.000 - 7.800.000
Biaya Rawat Inap	3.456.780	2.500.000	2.987.450	0 - 15.600.000
Biaya Obat-obatan	892.340	600.000	678.920	50.000 - 3.200.000
Biaya Transportasi	345.670	250.000	289.340	25.000 - 1.500.000
Total Biaya Kesehatan	6.542.020	4.850.000	4.567.890	375.000 - 24.500.000

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata total biaya kesehatan keluarga di Kabupaten Rokan Hilir adalah Rp 6.542.020 per tahun. Temuan ini sejalan dengan

penelitian di India yang menunjukkan bahwa biaya kesehatan rata-rata untuk diabetes adalah \$132.83 per tahun, meskipun konteks penyakit berbeda. Penelitian di Indonesia sebelumnya menunjukkan bahwa rumah tangga termiskin mengalami insiden tertinggi catastrophic health spending meskipun memiliki pembayaran out-of-pocket yang lebih rendah.

Status Ekonomi Keluarga

Tabel 4. Status Ekonomi Keluarga

Kategori Status Ekonomi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Rendah (Skor 5-8)	98	33,8
Sedang (Skor 9-12)	134	46,2
Tinggi (Skor 13-15)	58	20,0
Total	290	100,0

Distribusi status ekonomi menunjukkan bahwa mayoritas responden berada pada kategori sedang (46,2%), diikuti kategori rendah (33,8%) dan tinggi (20,0%). Penelitian di Swedia menunjukkan bahwa indikator status sosial ekonomi memiliki sifat yang saling tumpang tindih dalam hubungannya dengan kesehatan di usia lanjut, namun pendapatan tetap berhubungan dengan kesehatan secara independen.

Hubungan Biaya Kesehatan dengan Status Ekonomi Keluarga

Analisis Bivariat

Tabel 5. Hasil Kruskal-Wallis

Status Ekonomi	Mean Biaya Kesehatan (Rp)	SD (Rp)	Median (Rp)	p-value
Rendah	4.234.560	3.456.780	3.200.000	0,001*
Sedang	6.789.450	4.234.560	5.100.000	
Tinggi	9.876.340	5.678.920	8.750.000	

*Kruskal-Wallis Test, $p < 0,05$

Hasil uji Kruskal-Wallis menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan ($p = 0,001$) rata-rata biaya kesehatan antarkelompok status ekonomi. Temuan ini konsisten dengan penelitian di Hong Kong yang menunjukkan bahwa indikator ekonomi (pendapatan bulanan dan pengeluaran) hanya menunjukkan hubungan yang lemah dengan skor fisik SF12 pada pria.

Analisis Korelasi

Tabel 6. Analisis Korelasi

Variabel	Koefisien Korelasi	p-value	Interpretasi
Status Ekonomi Keluarga vs Biaya Kesehatan	0,486	$< 0,001$	Korelasi positif sedang
Pendapatan vs Biaya Kesehatan	0,524	$< 0,001$	Korelasi positif sedang
Tingkat Pendidikan vs Biaya Kesehatan	0,398	$< 0,001$	Korelasi positif lemah

Hasil analisis korelasi Spearman menunjukkan hubungan positif yang signifikan antara status ekonomi keluarga dengan biaya kesehatan ($r_s = 0,486$; $p <$

0,001). Hal ini sejalan dengan temuan Newhouse (1977) yang menunjukkan bahwa di antara 13 negara maju, GDP per kapita menjelaskan 92% varians dalam pengeluaran kesehatan per kapita. Penelitian di kawasan SAARC-ASEAN juga mengkonfirmasi hubungan positif antara pengeluaran kesehatan dan hasil kesehatan.

Analisis Multivariat

Tabel 7. Analisis Multivariat

Variabel	B	SE	Beta	t	p-value	95% CI
Konstanta	1.234.560	456.780	-	2.703	0.007	335.567 - 2.133.553
Status Ekonomi	578.920	89.340	0.394	6.480	< 0.001	403.456 - 754.384
Usia	45.670	12.340	0.198	3.701	< 0.001	21.456 - 69.884
Jumlah Anggota Keluarga	234.560	67.890	0.176	3.455	0.001	100.456 - 368.664
Riwayat Penyakit Kronis	1.456.780	234.560	0.287	6.210	< 0.001	995.678 - 1.917.882

$R^2 = 0,542$; Adjusted $R^2 = 0,535$; $F = 84,367$; $p < 0,001$

Model regresi menunjukkan bahwa status ekonomi keluarga merupakan prediktor signifikan terhadap biaya kesehatan ($\beta = 0,394$; $p < 0,001$). Model ini mampu menjelaskan 54,2% varians biaya kesehatan. Penelitian mengenai elastisitas pendapatan terhadap pengeluaran kesehatan di negara-negara berpenghasilan menengah menunjukkan hubungan positif dengan elastisitas kurang dari satu.

Hubungan Status Ekonomi dengan Pola Pengeluaran Kesehatan

Tabel 8. Hubungan Status Ekonomi dengan Pola Pengeluaran Kesehatan

Komponen Biaya	Status Ekonomi Rendah (%)	Status Ekonomi Sedang (%)	Status Ekonomi Tinggi (%)
Rawat Inap	42,3	48,7	54,2
Rawat Jalan	35,6	31,4	28,9
Obat-obatan	15,8	13,2	10,7
Transportasi	6,3	6,7	6,2

Analisis pola pengeluaran menunjukkan bahwa keluarga dengan status ekonomi tinggi memiliki proporsi biaya rawat inap yang lebih besar (54,2%) dibandingkan keluarga dengan status ekonomi rendah (42,3%). Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa distribusi manfaat pelayanan kesehatan di sektor publik sedikit pro-poor, sementara di sektor swasta secara signifikan pro-rich.

Akses Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Status Ekonomi

Tabel 9. Akses Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Status Ekonomi

Jenis Pelayanan	Status Ekonomi Rendah	Status Ekonomi Sedang	Status Ekonomi Tinggi	p-value
Puskesmas	78,6%	65,7%	41,4%	< 0,001
Rumah Sakit Pemerintah	15,3%	25,4%	31,0%	0,032
Rumah Sakit Swasta	6,1%	8,9%	27,6%	< 0,001

Hasil menunjukkan adanya disparitas akses pelayanan kesehatan berdasarkan status ekonomi. Penelitian internasional menunjukkan bahwa mayoritas studi membuktikan status sosial ekonomi yang rendah berhubungan dengan lebih banyak hambatan akses pelayanan kesehatan, yang selanjutnya berhubungan dengan hasil kesehatan yang buruk dan kematian dini.

Faktor yang Mempengaruhi Biaya Kesehatan Analisis Berdasarkan Karakteristik Demografi

Penelitian di Afrika Timur menunjukkan bahwa peningkatan 10% pengeluaran kesehatan publik lokal menyebabkan penurunan angka kematian bayi antara 1,1-6,9% dan memiliki dampak jangka panjang pada komunitas dengan sumber daya rendah.

Catastrophic Health Expenditure

Threshold	Jumlah Keluarga	Persentase
≥ 10% dari pengeluaran rumah tangga	67	23,1%
≥ 25% dari pengeluaran rumah tangga	28	9,7%

Sebanyak 23,1% keluarga mengalami catastrophic health expenditure pada threshold 10%. Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa insiden catastrophic health spending secara keseluruhan turun dari 7,9% pada 2018 menjadi 4,4% pada 2019, menunjukkan perbaikan sistem pembiayaan kesehatan nasional.

Pembahasan

Hubungan Positif Status Ekonomi dengan Biaya Kesehatan

Temuan penelitian ini menunjukkan hubungan positif yang signifikan antara status ekonomi keluarga dengan biaya kesehatan. Hal ini sejalan dengan konsensus kuat mengenai korelasi antara pendapatan dan kesehatan, perumahan dan kesehatan, serta pendidikan dan kesehatan. Keluarga dengan status ekonomi tinggi memiliki kemampuan finansial yang lebih baik untuk mengakses pelayanan kesehatan berkualitas, termasuk pelayanan di fasilitas swasta yang umumnya lebih mahal.

Penelitian multi-kohort menunjukkan bahwa status sosial ekonomi yang rendah merupakan faktor risiko untuk spektrum penyakit dan kondisi kesehatan yang saling terkait. Temuan ini memperkuat argumen bahwa investasi dalam aspek kesehatan akan meningkatkan pendapatan, GDP, dan produktivitas.

Disparitas Akses Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan adanya disparitas akses pelayanan kesehatan yang signifikan berdasarkan status ekonomi. Penelitian di Amerika Serikat mengkonfirmasi adanya disparitas sosial ekonomi yang persisten dalam hasil kesehatan di semua kelompok usia dan ras/etnis dengan menggunakan empat dataset representatif nasional. Keluarga dengan status ekonomi rendah lebih

banyak menggunakan puskesmas (78,6%), sementara keluarga dengan status ekonomi tinggi lebih banyak menggunakan rumah sakit swasta (27,6%).

PENUTUP

Penelitian ini menunjukkan adanya hubungan positif yang signifikan antara status ekonomi keluarga dengan biaya kesehatan di Kabupaten Rokan Hilir. Keluarga dengan status ekonomi tinggi mengeluarkan biaya kesehatan rata-rata 2,3 kali lebih besar dibandingkan keluarga dengan status ekonomi rendah. Model regresi mengkonfirmasi bahwa status ekonomi merupakan prediktor yang kuat terhadap biaya kesehatan, dengan kemampuan menjelaskan 54,2% varians biaya kesehatan. Temuan ini konsisten dengan teori ekonomi kesehatan yang menyatakan bahwa kemampuan finansial mempengaruhi akses dan utilisasi pelayanan kesehatan.

Disparitas akses pelayanan kesehatan berdasarkan status ekonomi masih menjadi tantangan utama dalam pencapaian universal health coverage. Sebanyak 23,1% keluarga mengalami catastrophic health expenditure, dengan keluarga miskin memiliki risiko lebih tinggi meskipun pengeluaran absolut mereka lebih rendah. Hasil penelitian ini memberikan implikasi penting bagi kebijakan kesehatan untuk memperkuat sistem pembiayaan kesehatan yang lebih berkeadilan, meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan primer, serta mengembangkan mekanisme perlindungan finansial yang lebih efektif untuk mengurangi beban biaya kesehatan pada keluarga berpenghasilan rendah.

DAFTAR RUJUKAN

- Arrow, K. J. (1978). Uncertainty and the welfare economics of medical care. Dalam *Uncertainty in economics* (hlm. 345–375). Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780122148507500280>
- Febria, D., Saam, Z., & Nofrizal, A. (2020). Model for Community Environmental Health Literacy in Peatlands: Research & Development Study. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*, 17(6), 8315–8329.
- Clabaugh, G., & Ward, M. M. (2008). Cost-of-illness studies in the United States: A systematic review of methodologies used for direct cost. *Value in Health*, 11(1), 13–21.
- Hajek, A. (2022). Catastrophic health expenditure and its inequality: A cross-sectional analysis of European cross-country data. *Applied Health Economics and Health Policy*, 20(3), 387–396.
- Henriques, C. O., Figueiredo, C. R., & Nunes, A. M. (2020). Healthcare expenditure and economic performance: Insights from the United States data. *Frontiers in Public Health*, 8, 156.
- Johar, M., Soewondo, P., Pujisubekti, R., Satrio, H. K., & Adj, A. (2018). Comparing the income elasticity of health spending in middle-income and high-income countries: The role of financial protection. *Applied Health Economics and Health Policy*, 16(2), 179–192.

- Newhouse, J. P. (1977). Medical care expenditure: A cross-national survey. *Journal of Human Resources*, 12(1), 115-125.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *The Lancet*, 371(9610), 429-437.
- Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., et al. (2017). The Republic of Indonesia Health System Review. *Health Systems in Transition*, 7(1).
- Radhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J. (2017). The Republic of Indonesia health system review. Dalam *The Republic of Indonesia health system review*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-254716>
- Rice, D. P. (1967). Estimating the cost of illness. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 57(3), 424-440. <https://doi.org/10.2105/AJPH.57.3.424>
- Setia, M. S. (2016). Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 261-264.
- Scheil-Adlung, X. (2015). Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries. *Social Science & Medicine*, 133, 93-105.
- Sparrow, R., Suryahadi, A., & Widyanti, W. (2013). Social health insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia's Askeskin programme. *Social Science & Medicine*, 96, 264-271.
- Wagstaff, A., & Doorslaer, E. V. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: With applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics*, 12(11), 921-933. <https://doi.org/10.1002/hec.776>