



Pengaruh Pendidikan, Jenis Pekerjaan, Pendapatan, dan Jumlah Anggota Keluarga Terhadap Kesiediaan Membayar Iuran BPJS Kesehatan di Kabupaten Badung

Ni Putu Ovi Wikayanti^{1*}, Ida Bagus Putu Purbadharmaja²

¹⁻² Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Udayana, Indonesia

*Penulis Korespondensi: niputuovi@gmail.com

Abstract. *The purpose of this study is (1) to analyze the willingness to pay/WTP of the community for BPJS health insurance contributions per class in Badung Regency. (2) to analyze the influence of education, type of work, income, and number of family members simultaneously and partially on the willingness to pay BPJS health insurance contributions in Badung Regency. (3) to analyze the role of the number of family members in moderating the influence of income on the willingness to pay BPJS health insurance contributions in Badung Regency. This study is quantitative and associative in nature with a causal relationship. The population in this study were BPJS Health Non-PBI participants in Badung Regency. The number of samples in this study was determined using the purposive sampling method with a sample of 100. The analysis technique used in this study was Moderated Regression Analysis (MRA). The results of the analysis showed that (1) the average WTP of respondents was obtained at Rp. 126,000 per Head of Family/Month which is included in the class II category, which means that the respondents' willingness to pay BPJS health insurance class II with a nominal value of Rp. 100,000/month. (2) Education, type of work, income, and number of family members simultaneously influence the willingness to pay BPJS health contributions. (3) Education, type of work, and income partially have a positive and significant effect on the willingness to pay, while the number of family members partially has a positive and insignificant effect on the willingness to pay BPJS health contributions. (4) The number of family members is a moderating variable that strengthens the influence of income on the willingness to pay BPJS health contributions in Badung Regency.*

Keywords: *Education; Income; Number Of Family Members; Type Of Work; WTP.*

Abstrak. Tujuan dari dilakukannya penelitian ini adalah (1) untuk menganalisis nilai kesiediaan membayar/WTP masyarakat untuk iuran BPJS kesehatan per kelas di Kabupaten Badung. (2) untuk menganalisis pengaruh pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan, dan jumlah anggota keluarga secara serempak dan parsial terhadap kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan di Kabupaten Badung. (3) untuk menganalisis peran jumlah anggota keluarga dalam memoderasi pengaruh pendapatan terhadap kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan di Kabupaten Badung. Penelitian ini berbentuk kuantitatif dan bersifat asosiatif dengan bentuk hubungan kausal. Populasi dalam penelitian ini adalah peserta BPJS Kesehatan Non PBI di Kabupaten Badung. Pengambilan jumlah sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan metode *purposive sampling* dengan sampel yaitu 100. Teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *Moderated Regression Analysis* (MRA). Hasil analisis menunjukkan bahwa (1) rata-rata WTP responden diperoleh sebesar Rp. 126.000 tiap Kepala Keluarga/Bulan yang masuk kategori kelas II yang berarti bahwa kesiediaan responden membayar iuran BPJS kesehatan kelas II yang nominalnya Rp. 100.000/bulan. (2) Pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan, dan jumlah anggota keluarga berpengaruh secara simultan terhadap kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan. (3) Pendidikan, jenis pekerjaan, dan pendapatan secara parsial berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesiediaan membayar, sedangkan jumlah anggota keluarga secara parsial berpengaruh positif dan tidak signifikan terhadap kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan. (4) Jumlah anggota keluarga merupakan variabel moderasi yang memperkuat pengaruh pendapatan terhadap kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan di Kabupaten Badung.

Kata kunci: Jenis Pekerjaan; Jumlah Anggota Keluarga; Pendapatan; Pendidikan; WTP.

1. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan sesuatu perihal yang mendasar dalam hidup manusia. Banyak orang sakit serta keluarganya yang mempertaruhkan seluruh harta benda mereka demi mencari kesembuhan. Begitu berartinya makna kesehatan sehingga terdapat orang memilah lebih baik mati daripada hidup tidak sehat dan tidak bisa melaksanakan apa-apa (Refdinal, 2006: 2). Kebutuhan pada kesehatan masyarakat tiap tahunnya meningkat bersamaan dengan pengetahuan dan seiring dengan perkembangan teknologi. Peningkatan kebutuhan ini kemudian diikuti dengan meningkatnya pengeluaran untuk kesehatan. Dimana kesehatan adalah hak setiap orang tanpa terkecuali. Seluruh lapisan masyarakat dengan berbagai macam status sosial dan ekonominya berhak untuk memperoleh jaminan kesehatan yang baik dan memadai. Oleh karena peningkatan derajat kesehatan masyarakat mencerminkan kesejahteraan dan standar hidup masyarakat yang lebih baik, maka pemerintah berkewajiban menyediakan system pelayanan kesehatan yang baik dan layak yang dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Peningkatan kesehatan pun juga dapat meningkatkan standar hidup dan produktivitas masyarakat (Kristyanto & Kaluge, 2018).

Sesuai dengan Deklarasi PBB tentang HAM tahun 1948, kesehatan adalah hak asasi manusia dan WHO berkomitmen guna mengembangkan suatu sistem kesehatan dimana seluruh orang mempunyai akses kepada pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa terkendali biaya apapun dan berapapun. Sistem kesehatan ini dikenal dengan sebutan *Universal Health Coverage* (UHC). Untuk menghindari terjadinya kendala biaya (*financial protection*), maka dikembangkan suatu sistem asuransi dalam upaya pencapaian UHC (WHO, 2010). Paket manfaat yang disediakan dengan dibentuknya asuransi kesehatan sosial oleh pemerintah sejalan dengan keinginan masyarakat akan mendorong kesiediaan masyarakat dalam membayar iuran sehingga dapat menekan subsidi pemerintah dalam biaya kesehatan.

Pemerintah Indonesia telah tertarik untuk meluncurkan program asuransi kesehatan universal bersubsidi berskala nasional dalam tujuan UHC Sejak awal 2000-an, tidak terkecuali karena pengeluaran pribadi sebagai persentase pengeluaran swasta untuk kesehatan tetap relatif tinggi dan membuat pemanfaatan layanan kesehatan tidak merata (Wanti, 2023). Berkaitan dengan resolusi *World Health Assembly* (WHA) tahun 2005 di Jenewa dimana setiap Negara dirasa perlu mengembangkan suatu system asuransi kesehatan sosial untuk menjamin pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan dan semangat untuk mencapai UHC tersebut, pemerintah Indonesia telah membuat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Salah satu program yang dilaksanakan pemerintah dalam rangka pelaksanaan sistem jaminan kesehatan untuk meningkatkan kesehatan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang merata dan terjangkau untuk semua lapisan masyarakat yang diselenggarakan melalui suatu badan yang disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau biasa disebut sebagai BPJS (Saputro & Fathiyah, 2022). BPJS dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 dan resmi diberlakukan pada tanggal 1 Januari 2014. BPJS kesehatan merupakan transformasi dari penyelenggara asuransi kesehatan yang berbentuk Perseroan Terbatas, yakni PT. Askes. Dalam memberikan pelayanannya, BPJS sebagai layanan publik yang dibuat pemerintah bekerja sama dengan fasilitas-fasilitas kesehatan di seluruh wilayah di Indonesia.

Selama beroperasi, sumber pendanaan BPJS berasal dari iuran peserta, hasil investasi Dana Jaminan Sosial, dan alokasi pemerintah. Peserta JKN dikelompokkan menjadi dua yakni kelompok Peserta Bantuan Iuran (PBI) dan bukan Peserta Bantuan Iuran (Non PBI). Peserta yang tergolong kelompok PBI ini adalah fakir miskin dan orang tidak mampu, sedangkan yang tergolong kelompok Non PBI adalah pekerja baik yang menerima upah maupun tidak dan anggota keluarganya serta bukan pekerja yang meliputi investor, veteran, pemberi kerja, penerima pensiun. Peserta JKN ini dianjurkan agar membayar iuran sesuai dengan kelompoknya menurut pilihan kelas pelayanan kesehatan yang dipilih dari mulai kelas 1, 2, dan 3. Namun, untuk kelompok yang tergolong sebagai penerima bantuan (PBD) ditetapkan dengan pelayanan kelas 3 (Mubarok & Amrizal, 2024).

Berdasarkan Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bahwa prinsip penyelenggaraan BPJS adalah kepesertaan bersifat wajib, kegotong royongan, nirlaba, kehati-hatian, akuntabilitas, mortabilitas, dana amanah, hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk kepentingan peserta. Menurut Peta Jalan (*Road Map*) JKN 2012-2019 yang disusun oleh Pemerintah Indonesia menyatakan bahwa tahun 2019 seluruh warga negara Indonesia akan mendapat jaminan kesehatan (Kementrian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, 2012). Ini artinya, seluruh masyarakat Indonesia diwajibkan untuk mengikuti BPJS dan pada tahun 2019 lalu sebenarnya diharapkan kepesertaan BPJS sudah mencapai 100 persen. Pencapaian UHC pada tahun 2019 ini menunjukkan Indonesia telah tertinggal 17 tahun dibandingkan Thailand dan tertinggal 62 tahun dibandingkan dengan Malaysia (Herawati, *et al*, 2020).

Ketertinggalan Indonesia dalam program kesejahteraan masyarakat khususnya mengenai asuransi kesehatan ini disebabkan karena kurangnya sosialisasi dan penekanan pemerintah

terhadap pentingnya asuransi. Sejak dulu, *mindset* masyarakat Indonesia menganggap bahwa asuransi kesehatan belum perlu. Padahal, keberadaan asuransi kesehatan saat ini sangat penting mengingat sakit ataupun musibah dapat menyerang setiap orang tanpa terkecuali dan tanpa peringatan. Terhadap resiko tersebut, sebagian masyarakat merespon dengan membeli asuransi kesehatan, dan sebagian tidak. Kurangnya pemahaman dan motivasi masyarakat terhadap JKN, kurangnya sosialisasi dan kerjasama pemerintah dengan masyarakat, ketidakpahaman masyarakat dengan prosedur, dan distribusi informasi yang kurang merata adalah penyebab masyarakat bersikap apatis terhadap JKN (Purwanda, dkk, 2021).

Kepesertaan yang bersifat wajib ini kemudian memunculkan masalah. Tidak semua lapisan masyarakat ingin mengikuti program seperti ini sehingga menimbulkan pro dan kontra. Walaupun sejatinya iuran bagi masyarakat yang tergolong tidak mampu akan dibayarkan oleh pemerintah, namun terhalang oleh kurangnya informasi dan prosedur dalam pendaftarannya. Anggapan masyarakat bahwa masih lemahnya layanan, pemberian obat yang belum maksimal, minimnya sarana kesehatan, rendahnya kapitasi, kurangnya tenaga medis, menurunnya keuntungan yang diterima oleh Rumah Sakit menjadikan dilema tersendiri bagi masyarakat sebagai peserta BPJS Kesehatan (Hardika & Purwanti, 2020). Selain itu, terdapat perbedaan dalam kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien BPJS dan pasien umum (Sumadi, *et al*, 2022).

Tabel 1. Jumlah Peserta BPJS Kesehatan Bali Kabupaten/Kota Menurut Jenis Kepesertaan dan Kelasnya (Orang).

Kabupaten/ Kota	Menurut Jenis Kepesertaannya		Menurut Kelasnya		
	PBI	Non PBI	Kelas I	Kelas II	Kelas III
Denpasar	129.843	485.843	185.574	244.863	185.249
Badung	317.030	205.741	79.711	123.136	319.924
Gianyar	142.362	217.441	61.721	123.582	174.500
Tabanan	218.711	215.207	61.659	106.857	265.402
Klungkung	155.087	69.852	22.810	42.081	160.048
Bangli	178.705	78.998	21.493	41.307	194.903
Karangasem	373.636	153.210	36.386	75.553	414.907
Buleleng	549.121	237.818	71.079	131.982	583.878
Jembrana	231.363	87.471	25.656	48.337	244.841

Sumber: BPJS Kesehatan Kedeputan Wilayah Bali, NTT, dan NTB, 2019

Berdasarkan data yang didapatkan dari kantor BPJS Kesehatan Kedeputan Wilayah Bali, NTT, dan NTB per 1 September 2019 dalam tabel diatas, didapatkan bahwa peserta BPJS kesehatan yang dibayarkan oleh pemerintah yang berasal dari Kabupaten Badung adalah

sebesar 205,741 orang. Ini berarti, peserta Non PBI yang berasal dari Kabupaten Badung merupakan 5 teratas di Bali atau ke-lima terbanyak, yang angkanya berbeda tipis dengan 3 kabupaten di atasnya.

Rendahnya paket tarif menyebabkan masalah yang serius bagi beberapa rumah sakit dan BPJS. Salah satu masalah utama yang dihadapi oleh BPJS kesehatan yaitu keuangan yang defisit dan utang atau tunggakan klaim BPJS terhadap rumah sakit dan fasilitas kesehatan tingkat lanjut yang menjadi mitra BPJS. Selama tahun 2018, BPJS kesehatan memiliki tunggakan hingga 9 triliun ke rumah sakit (Detik Finance, 2019). Pada NusaBali.com (1/10/2018), Direktur RSUD Mangusada Badung dr Nyoman Gunarta, menjelaskan berdasarkan hitung-hitungan, tunggakan dari BPJS tercatat mencapai puluhan miliar rupiah.

Tabel 2. Jumlah Peserta yang Menunggak Iuran BPJS Kesehatan pada Kabupaten/Kota di Provinsi Bali.

Kabupaten/Kota	Jumlah Peserta yang menunggak (Orang)	Jumlah Peserta Non PBI BPJS Kesehatan (Orang)	Persentase jumlah peserta yang menunggak (Persen)
Denpasar	58.776	485.843	12
Badung	5.702	205.741	3
Gianyar	21.564	217.441	10
Tabanan	26.705	215.207	12
Klungkung	4.594	69.852	7
Bangli	10.930	78.998	14
Karangasem	24.860	153.210	16
Buleleng	31.545	237.818	13
Jembrana	13.171	87.471	15
Jumlah	197.217	1.751.581	11

Sumber: BPJS Kesehatan Kedeputan Wilayah Bali, NTT, dan NTB, 2019

Tabel 2 menunjukkan bahwa jumlah peserta BPJS Kesehatan yang menunggak pembayaran iuran pada kabupaten/kota di Provinsi Bali per 4 Oktober 2019. Jumlah penunggak iuran seluruhnya yaitu sebanyak 197.217 orang atau 11 persen dari seluruh peserta non PBI di Provinsi Bali. Jumlah penunggak terendah berasal dari Kabupaten Badung. Masyarakat di Kabupaten Badung yang tidak patuh terhadap kewajibannya untuk membayar iuran BPJS Kesehatan hanya sebesar 3 persen. Dimana kepatuhan masyarakat dalam membayar iuran ini berperan sangat penting dalam kesinambungan program JKN yang diselenggarakan melalui BPJS Kesehatan.

Peran serta masyarakat untuk membayar iuran jaminan kesehatan bergantung pada *Willingness to Pay* (WTP) masyarakat. WTP atau kesediaan/kemauan membayar adalah

kesediaan individu untuk membayar sejumlah uang sebagai premi dalam rangka memperbaiki kualitas lingkungan (Arimurti *et al*, 2021). Semakin besar benefit yang diterima oleh individu dari konsumsi barang atau jasa akan mendorong individu memiliki preferensi membeli barang atau jasa tersebut karena nilai WTP mencerminkan *benefit* atas suatu barang atau jasa tersebut. Kesiediaan membayar iuran BPJS oleh masyarakat sangat penting guna mendukung keberhasilan program mencapai UHC melalui prinsip kegotong royongan. Tanpa kesiediaan masyarakat untuk membayar, maka program JKN tidak akan berjalan dan terhambat, sehingga tujuan utama program JKN untuk memberikan jaminan kesehatan secara merata kepada seluruh lapisan masyarakat di Indonesia tidak akan tercapai.

Tabel 3. Jumlah Fasilitas Kesehatan yang Bermitra dengan BPJS pada Kabupaten/Kota di Provinsi Bali.

Kabupaten /Kota	Klinik Pratama	Klinik Utama	Jumlah Praktek Dokter	Fasilitas Dokter Gigi	Puskesmas	Rumah Sakit	Apotek
Denpasar	28	5	60	22	11	10	12
Badung	31	0	75	20	13	5	6
Gianyar	18	0	44	10	13	6	8
Tabanan	4	1	41	13	20	6	8
Klungkung	10	0	13	4	9	3	5
Bangli	4	0	17	3	12	3	5
Karangasem	6	0	13	2	12	2	4
Buleleng	7	1	49	12	20	6	3
Jembrana	3	0	16	4	10	4	5

Sumber: BPJS Kesehatan 2019

Dapat dilihat bahwa jumlah fasilitas kesehatan yang bermitra dengan BPJS di Bali tahun 2019. Kabupaten Badung memiliki jumlah fasilitas kesehatan yang paling banyak yaitu sebanyak 150 fasilitas kesehatan, namun Kabupaten Badung tidak memiliki klinik utama yang bekerja sama dengan BPJS. Sedangkan, kabupaten lain yang ada di Bali selain Kabupaten Badung kecuali Kota Denpasar yang berada di posisi kedua, semuanya memiliki kurang dari 100 fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS.

Sistem yang dikembangkan oleh JKN yaitu konsep pelayanan berjenjang dimana fasilitas kesehatan Tingkat Pertama meliputi praktek dokter, dokter gigi, Klinik Pratama, Rumah Sakit Kelas D, dan Puskesmas yang berperan untuk memberikan pelayanan medis pertama sesuai standar kompetensinya (Sarina *et al.*, 2023). Dapat dikatakan, Kabupaten Badung sudah memiliki fasilitas kesehatan yang banyak dan bahkan seluruh jenjang fasilitas kesehatan sudah bekerja sama dengan BPJS. Hal ini tentunya memudahkan masyarakat yang

ingin berobat dengan memanfaatkan kartu BPJS yang dimiliki, Hal ini dapat mendorong kesediaan membayar masyarakat terhadap iuran BPJS karena akses yang mudah didapat dan pelayanan yang berkualitas terutama untuk FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama).

Faktor sosial ekonomi dan demografi adalah faktor yang mempengaruhi WTP dari masyarakat. Tingkat pendidikan erat kaitannya dengan luasnya pengetahuan yang dimiliki. Pendidikan adalah salah satu investasi penting didalam pembangunan (Fauziyah, 2024). Semakin tinggi tingkat pendidikan, diharapkan semakin mudah untuk menerima informasi. Berdasarkan data dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2019 melalui Badan Pusat Statistik Bali, angka partisipasi sekolah di Kabupaten Badung adalah yang tertinggi di Provinsi Bali. Dimana usia 7 sampai 12 tahun, angka partisipasi sekolahnya mencapai 100%, lalu umur 13 sampai 15 tahun, angka partisipasi sekolahnya mencapai 98,81%, dan umur 16 sampai 18 tahun angka partisipasi sekolahnya 92,09%. Sehingga dapat dikatakan pendidikan masyarakat di Kabupaten Badung tergolong baik.

Setiap manusia mengetahui bahwa sumber daya kesehatan yang mereka miliki menurun sepanjang waktu sehingga sejalan dengan bertambahnya usia maka kemungkinan untuk terkena penyakit semakin meningkat (Grossman, 2000:25). Didukung dengan rendahnya angka masyarakat yang tidak bersekolah dan tingkat pengetahuan masyarakat Kabupaten Badung yang tinggi, maka seharusnya pemahaman akan pentingnya asuransi kesehatan semakin tinggi. Maka pengetahuan dan kebutuhan terhadap layanan kesehatan akan bertambah yang kemudian akan meningkatkan WTP (Mubarok & Amrizal, 2024).

Faktor lainnya yang berpengaruh dalam WTP iuran BPJS Kesehatan yaitu pendapatan keluarga. Pendapatan keluarga yaitu rata-rata pendapatan bulanan selama 6 bulan terakhir (Boekoesoe, 2024). Menurut Saraswati (2018) pendapatan juga sangat menentukan tingkat konsumsi rumah tangga. Oleh karena itu, adanya kenaikan pendapatan juga akan meningkatkan kemampuan seseorang untuk membayar premi asuransi sehingga nilai WTP dan peluang kepemilikan asuransi kesehatan meningkat sejalan dengan kenaikan pendapatan (Hardika & Purwanti, 2020).

Keluarga adalah unit sosial-ekonomi terkecil (Wiratri, 2018). Keluarga adalah elemen sosial (Utomo *et al*, 2020). Keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat mempunyai kewajiban dalam memenuhi kebutuhan anak-anaknya baik kebutuhan psikologis, jasmani, agama, dan sebagainya (Purwanto & Taftazani, 2018). Jumlah anggota keluarga akan menentukan besar kecilnya tingkat pengeluaran kebutuhan. Semakin sedikit anggota keluarga berarti semakin sedikit pula kebutuhan yang harus dipenuhi keluarga, begitu pula sebaliknya.

Sehingga dalam keluarga yang jumlah anggotanya banyak, akan diikuti oleh banyaknya kebutuhan yang harus dipenuhi (Utaminingsih & Suwendra, 2022).

Kepesertaan BPJS Kesehatan ini tidak secara individu, namun dihitung dan disertakan per kartu keluarga sehingga jika jumlah anggota keluarga yang terdaftar pada kartu keluarga semakin banyak maka beban iuran setiap bulan akan bertambah. Beban iuran yang bertambah akan menurunkan WTP (Mubarok & Amrizal, 2024). Oleh karena itu, besarnya pendapatan dalam keluarga akan digunakan sebagian untuk pembayaran iuran BPJS Kesehatan anggota keluarga dalam satu kartu keluarga yang tercantum. Hal ini berarti, semakin besar jumlah anggota keluarga, maka pengeluaran keluarga untuk pembayaran iuran pun akan semakin tinggi.

Selain pekerja formal, pekerja informal juga wajib untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan, karena kesehatan merupakan suatu hal yang penting untuk dijaga. Jumlah pekerja formal di Indonesia tahun 2016 mencapai 40% dari total pekerja (Dong & Manning, 2017). Para pekerja wajib mendaftarkan dirinya dan membayar iuran sesuai dengan kelas dan tingkatan manfaat yang diinginkan. Pekerja formal cenderung sudah terdaftar BPJS melalui perusahaan tempat bekerjanya. Pekerja sektor formal akan lebih teratur dalam membayar iuran BPJS karena iurannya langsung dipotong dari upah yang diterimanya oleh perusahaan untuk membayar BPJS. Sedangkan pekerja sektor informal cenderung membayar sendiri iurannya melalui pendapatan yang diperolehnya, sehingga cenderung akan terjadi penundaan pembayaran apabila pekerja tersebut sedang membutuhkan biaya diluar pembayaran iuran BPJS.

Selama beroperasi, BPJS kesehatan banyak memberi kemudahan bagi masyarakat, terutama bagi masyarakat kurang mampu untuk dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang lebih baik. Namun, selama beroperasi, BPJS juga masih mengalami kendala utama dan itu berasal dari iuran yang tertunda dibayarkan oleh peserta. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui besaran iuran yang dibayarkan bila dibandingkan dengan manfaat yang didapatkan dengan mengikuti asuransi BPJS kesehatan apakah lebih besar, lebih kecil, atau sama. Maka dari itu, penelitian ini akan menganalisis mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kesiediaan membayar WTP masyarakat untuk iuran BPJS Kesehatan di Kabupaten Badung.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini berbentuk kuantitatif dan bersifat asosiatif dengan bentuk hubungan kausal. Lokasi penelitian ini dilakukan di Kabupaten Badung. Alasan memilih Kabupaten Badung

sebagai lokasi karena Kabupaten Badung memiliki jumlah peserta BPJS Kesehatan Non PBI yang persentase penunggakannya paling kecil dengan jumlah peserta BPJS Kesehatan Non PBI terbanyak ke-empat serta adanya akses fasilitas kesehatan terlengkap diantara kabupaten/kota lainnya di Provinsi Bali. Obyek penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah masyarakat di Kabupaten Badung yang terdaftar sebagai peserta Non PBI BPJS kesehatan. Maka dari program yang sudah dilaksanakan tersebut, perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui kemauan membayar iuran BPJS Kesehatan di Kabupaten Badung. Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini menurut sifatnya adalah data kuantitatif dan data kualitatif yang bersumber dari data primer dan data sekunder. Populasi dalam penelitian ini adalah peserta BPJS Kesehatan Non PBI di Kabupaten Badung yaitu sebanyak 205.741 orang. Dengan menggunakan rumus slovin diperoleh sampel sebanyak 99,95 sampel atau dibulatkan menjadi 100 sampel. 10 yang berasal dari seluruh wilayah Kabupaten Badung dengan kriteria sudah bekerja dan tentunya berdomisili di Kabupaten Badung. Metode penentuan sampel yang digunakan yaitu *purposive sampling* untuk menentukan sampel sebuah penelitian yang memang memerlukan kriteria-kriteria tertentu agar sampel yang diambil sesuai dengan tujuan penelitian. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dilakukan dengan metode observasi, wawancara terstruktur, dan wawancara mendalam dengan teknik analisis *Moderated Regression Analysis* (MRA).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Responden dalam penelitian ini adalah peserta BPJS Kesehatan Non PBI di Kabupaten Badung. Hasil jawaban responden terhadap variabel penelitian ditunjukkan oleh Tabel Statistik Deskriptif 4 berikut.

Tabel 4. Hasil Statistik Deskriptif.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
X1	100	.00	18.00	10.8000	3.46993
X2	100	.00	1.00	.2500	.43519
X3	100	1.500	20.000	6.20225	3.617232
M	100	1.000	5.000	2.83000	1.025483
Y	100	.020	.450	.12589	.091454
Valid N (listwise)	100				

Sumber: Data Primer diolah, 2022

Berdasarkan Tabel 4 menunjukkan bahwa pendidikan responden paling rendah yaitu 0 tahun (tidak tamat sekolah) dan paling tinggi yaitu sampai dengan 18 tahun. Rata-rata pendidikan responden yaitu 10,8 tahun, hal ini menunjukkan bahwa rata-rata pendidikan

responden kurang dari 12 tahun. Standar deviasi pendidikan responden yaitu sebesar 3,47. Jenis pekerjaan responden diukur dengan dummy yang menunjukkan paling rendah yaitu 0 (informal) dan paling tinggi yaitu 1 (formal). Rata-rata jenis pekerjaan responden yaitu 6,20 dengan standar deviasi jenis pekerjaan responden yaitu sebesar 0,43. Pendapatan responden paling rendah yaitu 1,500 juta rupiah dan pendapatan paling tinggi yaitu 20,000 juta rupiah. Rata-rata pendapatan responden yaitu 6,20 juta rupiah, hal ini menunjukkan bahwa rata-rata pendapatan responden lebih besar dari upah minimum regional. Standar deviasi pendapatan responden yaitu sebesar 3,62. Jumlah anggota keluarga responden paling rendah yaitu 1 orang dan jumlah anggota keluarga responden paling tinggi yaitu 5 orang. Rata-rata jumlah anggota keluarga responden yaitu 2,83 (3) orang, dengan standar deviasi yaitu sebesar 1,02. Kesiediaan membayar iuran BPJS responden paling rendah yaitu 20.000 rupiah dan kesiediaan membayar iuran BPJS responden paling tinggi yaitu 450.000 rupiah. Rata-rata kesiediaan membayar iuran BPJS responden yaitu 120.000 rupiah, dengan standar deviasi yaitu sebesar 90.000 rupiah.

Sebelum peneliti melakukan uji moderasi maka terlebih dahulu melakukan uji asumsi klasik untuk mengetahui ada tidaknya penyimpangan terhadap asumsi klasik. Pengujian yang dilakukan adalah dengan uji Normalitas, Multikolinearitas, dan Heteroskedastisitas. Uji normalitas pada model regresi dilakukan untuk menguji apakah nilai residual terdistribusi secara normal atau tidak. Uji normalitas dalam penelitian ini adalah dengan metode uji One Sample Kolmogorov-Smirnov. Jika nilai signifikansi $> 0,05$, maka data berdistribusi normal. Sebaliknya jika nilai signifikansi $\leq 0,05$, maka data tidak berdistribusi normal. Hasil uji normalitas dapat dilihat pada Tabel 4.9 berikut.

Tabel 5. Hasil Uji Normalitas.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		Unstandardized Residual
N		100
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000
	Std. Deviation	.08159414
Most Extreme Differences	Absolute	.072
	Positive	.072
	Negative	-.072
Test Statistic		.072
Asymp. Sig. (2-tailed)		.200 ^{c,d}

Sumber: Data primer diolah, 2022

Berdasarkan hasil uji normalitas pada Tabel 5 dapat dilihat bahwa nilai *Asymp sig 2-tailed* uji Kolmogorov-Smirnov sebesar 0,200 lebih besar dari tingkat signifikansi 0,05. Sesuai dengan dasar pengambilan keputusan dalam uji normalitas Kolmogorov-smirnov, dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi normal dan dapat digunakan untuk analisis lebih lanjut.

Salah satu asumsi dalam metode kuadrat terkecil adalah tidak adanya hubungan linear antara variabel-variabel bebas. Cara yang digunakan untuk mendeteksi gejala multikolinearitas dalam penelitian ini adalah dengan melihat nilai *tolerance* dan *Variance Inflation Factor* (VIF). Jika nilai *tolerance* lebih dari 10 persen atau *VIF* kurang dari 10, maka dikatakan tidak ada multikolinearitas. Hasil uji multikolinearitas dapat dilihat pada Tabel 6 berikut.

Tabel 6. Hasil Uji Multikolinearitas.

Model		Coefficients ^a	
		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	X1	.343	2.918
	X2	.695	1.439
	X3	.396	2.524
	M	.247	4.050
	X3_M	.271	3.688

a. Dependent Variable: Y

Sumber: Data primer diolah, 2022

Berdasarkan hasil uji multikolinieritas pada Tabel 6, terdapat nilai *tolerance* yang lebih besar dari 0,10 dan nilai VIF lebih kecil dari 10, hal ini berarti bahwa model regresi yang dibuat tidak terdapat gejala multikolinearitas.

Uji Heteroskedastisitas memiliki tujuan sebagai pengujian apakah dalam sebuah model regresi memiliki ketidaksamaan varians dari residual. Penelitian ini menggunakan uji Glejser untuk menguji ada tidaknya heteroskedastisitas, jika nilai signifikan $< 0,05$ maka terjadi heteroskedastisitas, sebaliknya jika nilai signifikansi $> 0,05$ maka tidak terjadi heteroskedastisitas. Hasil uji heteroskedastisitas dapat dilihat pada Tabel 7.

Tabel 7. Hasil Uji Heteroskedastisitas.

		Coefficients ^a			t	Sig.
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-.033	.139		-.241	.810
	X1	.004	.011	.049	.351	.726
	X2	-.134	.084	-.219	-1.586	.116
	X3	.033	.036	.447	.916	.362
	M	.076	.056	.292	1.362	.177
	X3 M	-.008	.008	-.560	-1.028	.307

a. Dependent Variable: Absolut Residual

Sumber: Data primer diolah, 2022

Hasil pada Tabel 7 menunjukkan bahwa nilai signifikansi variabel pendidikan (X₁), jenis pekerjaan (X₂), pendapatan (X₃), jumlah anggota keluarga (M), dan variabel interaksi X₃M memiliki nilai signifikansi yang lebih besar dari $\alpha = 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi heteroskedastisitas.

Berdasarkan hasil analisis regresi berganda yang diperoleh cukup baik karena dihasilkan nilai R² sebesar 92,3%. Hal ini sesuai dengan pernyataan Kurniawan (2008) yaitu semakin besar nilai R² maka semakin baik model regresi yang diperoleh. Namun penelitian ini merupakan penelitian tentang lingkungan yang berhubungan dengan perilaku manusia sehingga nilai R² tidak harus selalu besar. Mitchell dan Carson (1989) dalam Hanley dan Spash (1993) menyatakan bahwa penelitian yang berkaitan dengan benda lingkungan dapat mentolerir R² sampai dengan 15%. Oleh karena itu, hasil pelaksanaan CVM dalam penelitian ini masih dapat diyakini kebenaran dan keandalannya. Selain itu nilai koefisien korelasi R adalah 0,923 yang menunjukkan bahwa korelasi dalam persamaan regresi tersebut kuat. Perhitungan nilai rata-rata kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan di Kabupaten Badung yaitu:

$$EWTP = \frac{\sum_{i=1}^n W_i}{n} \dots \dots \dots (1)$$

$$= 12.587.500/100$$

$$= \text{Rp. } 126.000$$

Keterangan:

- EWTP = rata-rata WTP
W_i = WTP responden ke I
n = Jumlah Responden
i = responden ke i

Penjumlahan data selanjutnya merupakan proses dimana nilai rata-rata dikonservasikan terhadap jumlah populasi secara keseluruhan.

$$\begin{aligned} TWTP &= EWTP \times Ni \dots \dots \dots (2) \\ &= 126.000 \times 205.741 \\ &= 2.589,76 \text{ milyar rupiah} \end{aligned}$$

Keterangan:

TWTP = Total WTP

EWTP = WTP responden ke *I*

Ni = Jumlah Populasi

Berdasarkan hasil analisis, diperoleh kesimpulan bahwa semua responden menyatakan bersedia untuk membayar nilai iuran BPJS kesehatan di Kabupaten Badung. Untuk nilai rata-rata WTP responden diperoleh sebesar Rp. 126.000 tiap Kepala Keluarga/Bulan dengan nilai total WTP (TWTP) sebesar 2.589,76 milyar rupiah/bulan. Nilai rata-rata WTP tersebut masuk kategori kelas II yang berarti bahwa kesediaan responden membayar iuran BPJS kesehatan kelas II yang nominalnya Rp. 100.000/bulan. Hal ini menunjukkan adanya kepedulian responden yang tinggi terhadap upaya persiapan dana kesehatan. Dalam penelitian ini responden menganggap peranan BPJS kesehatan merupakan hal penting dan sangat bermanfaat apabila terdapat anggota keluarga yang sakit namun sedang tidak memiliki dana yang cukup untuk membayar biaya kesehatan.

Koefisien determinasi (R^2) bertujuan untuk mengukur seberapa jauh kemampuan model dalam menerangkan variasi variabel dependen. Nilai koefisien determinasi dapat dilihat pada Tabel 8.

Berdasarkan hasil olahan data menggunakan SPSS, terlihat bahwa koefisien determinasi atau $R^2 = 0,923$ memiliki arti bahwa 92,3 persen variasi dari kesediaan membayar mampu dijelaskan oleh variasi pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan, jumlah anggota keluarga dan interaksi pendapatan dengan jumlah anggota keluarga, sedangkan 7,7 persen dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak dimasukkan dalam model.

Tabel 8. Koefisien Determinasi (R^2).

Model Summary^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.961 ^a	.923	.919	.025965

a. Predictors: (Constant), X3_M, X1, X2, M, X3

b. Dependent Variable: Y

Sumber: Data primer diolah, 2022

Uji F dilakukan untuk menguji pengaruh variabel independen pada variabel dependennya secara serempak dengan melihat nilai signifikansi pada tabel ANOVA yaitu jika nilai signifikansi $\leq \alpha = 0,05$ yang ditunjukkan pada Tabel 9 berikut.

Tabel 9. Hasil Uji F.

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.765	5	.153	226.831	.000 ^b
	Residual	.063	94	.001		
	Total	.828	99			

a. Dependent Variable: Y

b. Predictors: (Constant), X3_M, X1, X2, M, X3

Sumber: Data primer diolah, 2022

Berdasarkan Tabel 9 secara simultan variabel pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan, jumlah anggota keluarga dan interaksi pendapatan dengan jumlah anggota keluarga berpengaruh nyata terhadap kesiediaan membayar pada *level of significant* 5 persen, hal ini dapat dilihat dari tingkat signifikansi 0,000 yang lebih kecil dari 0,05. Ini berarti bahwa H_1 diterima dan H_0 ditolak, yang berarti variabel variabel pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan, jumlah anggota keluarga dan interaksi pendapatan dengan jumlah anggota keluarga berpengaruh secara serempak terhadap kesiediaan membayar.

Moderated Regression Analysis (MRA) merupakan teknik analisis data yang digunakan untuk mengetahui pengaruh variabel independen pada variabel dependennya dan kemampuan variabel pemoderasi dalam memoderasi pengaruh variabel independen pada variabel dependennya. Hasil uji MRA ditunjukkan pada Tabel 10 berikut.

Tabel 10. Uji *Moderated Regression Analysis* (MRA).

		Coefficients^a			t	Sig.
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-.035	.014		-2.586	.011
	X1	.004	.001	.165	4.133	.000
	X2	.033	.008	.159	4.020	.000
	X3	.008	.004	.309	2.211	.029
	M	.008	.005	.089	1.442	.152
	X3 M	.002	.001	.355	2.275	.025

a. Dependent Variable: Y

Sumber: Data primer diolah, 2022

Berdasarkan hasil analisis, adapun persamaannya secara matematis sebagai berikut:

$$Y = -0,035 + 0,004X_1 + 0,033X_2 + 0,008X_3 + 0,008M + 0,002X_3M$$

Dimana :

Y = Kesediaan Membayar Iuran BPJS Kesehatan

β_0 = Konstanta

$\beta_1 - \beta_5$ = Koefisien masing-masing variabel independen

X_1 = Pendidikan

X_2 = Jenis Pekerjaan (1 = Formal, 0 = Informal)

X_3 = Pendapatan

M = Jumlah Anggota Keluarga

$\beta_5 X_3 M$ = Interaksi antara pendapatan dengan jumlah anggota keluarga

Berdasarkan Tabel 10 variabel pendidikan dengan nilai koefisien positif 0,004 dan tingkat signifikan pada 0,000 yang berarti H_0 diterima dan H_1 ditolak. Hal ini berarti bahwa pendidikan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesediaan membayar iuran BPJS Kesehatan, yang berarti bahwa apabila pendidikan meningkat 1 tahun maka kesediaan membayar iuran BPJS kesehatan akan meningkat sebesar 0,004 juta rupiah (Rp. 4.000).

Pendidikan berpengaruh penting terhadap cara pandang dan sudut pandang seseorang, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin baik cara berfikir dalam menghadapi suatu permasalahan atau keputusan dalam melakukan pembelian suatu barang (Husaini, *et al*, 2020). Dalam penelitian ini diketahui bahwa dari 100 responden yang memiliki tingkat pendidikan terakhir lebih dari 12 tahun adalah sebanyak 60 orang dan responden yang pendidikannya kurang dari 12 tahun adalah sebanyak 40 orang. Menurut Husaini *et al*, (2020) konsumen dengan pendidikan yang lebih baik akan sangat responsif terhadap informasi,

pendidikan, juga akan mempengaruhi dalam pilihan produk maupun merek. Hal ini akan memberikan peluang bagi BPJS Kesehatan, semakin tinggi jenjang pendidikan konsumen akan memberikan asumsi yang baik terhadap cara pandang konsumen akan pentingnya mempersiapkan asuransi kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Pebrianti, *et al* (2023) yang menyatakan bahwa pendidikan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesiediaan membayar. Penelitian Arimurti, *et al*, (2021) juga menyatakan bahwa pendidikan berpengaruh positif dan signifikan terhadap *Willing to Pay* Masyarakat. Hal ini disebabkan karena pendidikan mempengaruhi pola pikir masyarakat sehingga masyarakat lebih paham pentingnya asuransi kesehatan untuk keluarganya. Fajria, dkk (2020) juga menyatakan bahwa pendidikan berpengaruh positif dan signifikan terhadap *Willing to Pay*.

Tabel 10 menunjukkan bahwa variabel jenis pekerjaan memiliki nilai koefisien sebesar 0,033 dengan tingkat signifikansi 0,000 yang lebih kecil dari tingkat signifikan yang digunakan dalam penelitian ini yaitu 0,05. Hal ini berarti bahwa jenis pekerjaan responden berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesiediaan membayar iuran BPJS Kesehatan di Kabupaten Badung. Koefisien yang bernilai 0,033 berarti bahwa kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan responden yang bekerja di sektor informal sebesar ($Y = -0,035 + (0,033 \times 0) = \text{Rp.} -0,035$). Sedangkan kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan responden yang bekerja di sektor formal sebesar ($Y = -0,035 + (0,033 \times 1) = \text{Rp.} 0,002$), hal ini berarti bahwa kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan responden yang bekerja di sektor formal lebih tinggi dibandingkan yang bekerja di sektor informal.

Masyarakat yang bekerja di sektor formal akan mengambil keputusan untuk bersedia membayar lebih terhadap BPJS kesehatan, karena masyarakat yang bekerja di sektor formal memiliki upah yang pasti per bulannya dibandingkan yang bekerja di sektor informal. Berdasarkan data di lapangan menunjukkan bahwa rata-rata responden dalam penelitian ini bekerja pada sektor informal yaitu sebanyak 75 orang. Pekerjaan seseorang akan menentukan pola konsumsi individu dan keluarga karena terkait dengan pendapatan yang dialokasikan untuk kegiatan konsumsi individu dan keluarganya. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Fajria, dkk (2020) yang menyatakan bahwa jenis pekerjaan berpengaruh positif dan signifikan terhadap *Willing to Pay*. Penelitian Pebrianti, *et al* (2023) juga menyatakan bahwa jenis pekerjaan berpengaruh positif dan signifikan terhadap *Willing to Pay*. Pekerjaan responden sebagian besar akan menentukan pendapatan, ketika pekerjaan sudah dalam status tetap biasanya pendapatannya juga akan tetap.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa variabel pendapatan dengan nilai koefisien positif 0,008 dan tingkat signifikan 0,029 lebih kecil dari tingkat signifikan yang digunakan

dalam penelitian ini yaitu 0,05 yang berarti H_0 diterima dan H_1 ditolak. Hal ini berarti bahwa pendapatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesediaan membayar iuran BPJS Kesehatan di Kabupaten Badung, apabila pendapatan meningkat sebesar 1 juta rupiah maka kesediaan membayar iuran BPJS Kesehatan juga meningkat sebesar 0,008 juta rupiah.

Masyarakat yang pendapatannya lebih tinggi mempunyai peluang lebih tinggi dalam kesediaannya membayar iuran BPJS kesehatan. Konsumen dengan pendapatan lebih tinggi akan cenderung lebih memperhatikan kesehatannya dalam jangka panjang dengan asuransi kesehatan. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Pertiwi *et al*, (2022) Thrisnady (2022) dan Fathia *et al*, (2018) yang menjelaskan bahwa makin tinggi tingkat pendapatan, maka semakin besar kesediaan membayar. Pendapatan memiliki pengaruh terhadap tingkat konsumsi, pendapatan yang semakin besar akan mempengaruhi keinginan responden untuk berjaga-jaga dengan memiliki asuransi BPJS kesehatan.

Berdasarkan hasil uji pada Tabel 10 kolom *Unstandardized Coefficients*, menunjukkan jumlah anggota keluarga berpengaruh positif dan tidak signifikan terhadap kesediaan membayar iuran BPJS Kesehatan di Kabupaten Badung, dimana koefisien jumlah anggota keluarga bernilai 0,008 dengan tingkat signifikansi $0,159 > 0,05$. Hal ini berarti bahwa banyak atau sedikitnya jumlah anggota keluarga tidak mempengaruhi kesediaan membayar iuran BPJS Kesehatan di Kabupaten Badung. Pada penelitian ini mayoritas responden adalah keluarga kecil yang jumlah anggota keluarganya satu hingga empat orang. Namun jumlah anggota keluarga yang lebih sedikit tidak selalu menjamin kesediaan membayar BPJS kesehatan. Hal ini dapat disebabkan karena jumlah pendapatan keluarga kecil tidak selalu lebih besar dari responden yang memiliki keluarga sedang atau besar.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hamdi (2021) yang menjelaskan bahwa jumlah anggota keluarga tidak berpengaruh pada kesediaan membayar. Penelitian Riana *et al*. (2019) juga menyatakan bahwa jumlah anggota keluarga tidak berpengaruh pada kesediaan membayar. Hal ini disebabkan karena kesadaran akan kesehatan yang menyebabkan rumah tangga yang memiliki jumlah anggota keluarga yang banyak tidak mengurungkan niatnya untuk membayar iuran BPJS, sehingga walaupun jumlah keluarganya banyak namun tetap mendaftarkan keluarganya BPJS dan bersedia membayar BPJS.

Berdasarkan hasil uji MRA pada Tabel 10 kolom *Unstandardized Coefficients*, menunjukkan bahwa nilai koefisien interaksi pendapatan dengan jumlah anggota keluarga bernilai 0,002 dengan tingkat signifikan $0,025 < 0,05$. Berdasarkan kriterianya menurut Suyana Utama (2016:148) bahwa jika β_3 (koefisien pendapatan) positif, signifikan atau tidak, dan β_5 (koefisien interaksi pendapatan dengan jumlah anggota keluarga) positif signifikan, maka M

(jumlah anggota keluarga) sebagai variabel moderasi yang memperkuat pengaruh pendapatan terhadap kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan. Hal ini berarti bahwa semakin banyak jumlah anggota keluarga maka pendapatan yang diasumsikan untuk kesiediaan membayar BPJS kesehatan akan semakin besar.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Susilowati & Lutfi (2024) dan Fathia *et al*, (2018) menjelaskan bahwa makin tinggi tingkat pendapatan, maka semakin besar kesiediaan membayar. Hal ini menyatakan bahwa tingginya jumlah anggota keluarga memberikan pengaruh terhadap pendapatan rumah tangga dan kesiediaan membayar BPJS kesehatan. Tingginya jumlah anggota keluarga akan menyebabkan rumah tangga membayar iuran BPJS lebih tinggi sehingga jumlah anggota keluarga akan mempengaruhi pendapatan dan kesediannya dalam membayar BPJS kesehatan.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan pada bab sebelumnya maka dapat ditarik beberapa kesimpulan untuk menjawab rumusan masalah, yakni sebagai berikut: Rata-rata WTP responden diperoleh sebesar Rp. 126.000 tiap Kepala Keluarga/Bulan. Nilai rata-rata WTP tersebut masuk kategori kelas II yang berarti bahwa kesiediaan responden membayar iuran BPJS kesehatan kelas II yang nominalnya Rp. 100.000/bulan. Pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan, dan jumlah anggota keluarga berpengaruh secara simultan terhadap kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan di Kabupaten Badung. Pendidikan, jenis pekerjaan, dan pendapatan secara parsial berpengaruh positif dan signifikan terhadap kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan, sedangkan jumlah anggota keluarga secara parsial berpengaruh positif dan tidak signifikan terhadap kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan di Kabupaten Badung. Jumlah anggota keluarga merupakan variabel moderasi yang memperkuat pengaruh pendapatan terhadap kesiediaan membayar iuran BPJS kesehatan di Kabupaten Badung.

BPJS kesehatan seharusnya mengoptimalkan pemanfaatan mobil keliling serta membuat kotak khusus untuk pendaftaran peserta yang bekerja sama dengan fasilitas kesehatan setempat sehingga memudahkan mereka mendaftar menjadi peserta BPJS. Diharapkan pihak Puskesmas/Rumah Sakit yang menangani pasien BPJS Kesehatan tidak membedakan pelayanannya. Diharapkan pihak Puskesmas/Rumah Sakit menyediakan pelayanan yang baik karena setiap peserta BPJS Kesehatan telah membayar dengan tanggungan satu keluarga, bukan hanya satu individu. Pengelola BPJS Kesehatan juga diharapkan dapat memperhatikan keluarga dengan jumlah anggota keluarga yang terbilang

cukup banyak untuk meminimalisir adanya tunggakan pembayaran karena beban iuran yang cukup tinggi. Kualitas pelayanan meliputi fasilitas, informasi, dan sikap pelayanan hendaknya ditingkatkan karena masyarakat dengan pendidikan tinggi akan lebih kritis dan paham akan kesehatan. Mereka akan memilih Puskesmas/Rumah Sakit dengan kualitas yang baik untuk menunjang kesehatan dirinya dan keluarga demi meningkatkan kualitas hidup.

DAFTAR REFERENSI

- Abdillah, R. F. (2014). *Analisis kesediaan membayar (Willingness To Pay) produk healthy food beras merah pulen di Serambi Botani, Botani Square, Bogor* (Skripsi). Institut Pertanian Bogor, Bogor.
- Aprilia, L. (2018). *Pengaruh pendapatan jumlah anggota keluarga dan pendidikan terhadap pola konsumsi rumah tangga miskin dalam perspektif ekonomi Islam* (Skripsi). Universitas Islam Negeri Raden Intan Lampung.
- Arimurti, N. H., Sularso, K. E., & Hartati, A. (2021). Kesediaan membayar (Willingness To Pay) beras organik di Kabupaten Banyumas dan faktor yang mempengaruhinya. *Forum Agribisnis (Agribusiness Forum)*, 11(1), 75-89.
- Asih, E. P. (2014). *Seri Buku Saku - 4: Paham JKN Jaminan Kesehatan Nasional* [Internet]. Jakarta: Friedrich-Ebert-Stiftung Kantor Perwakilan Indonesia. Available from: <http://perpustakaan.bappenas.go.id>
- Azhar, K. A., & Iqbal, N. (2018). Effectiveness of Google Classroom: Teachers' perceptions. *Prizren Social Science Journal*.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2013). *Panduan layanan bagi peserta BPJS Kesehatan*. Jakarta: Humas BPJS.
- Boekoesoe, Y., Imran, S., & Biya, F. (2024). Faktor-faktor yang mempengaruhi pendapatan rumah tangga buruh nelayan di Desa Dudepo Kecamatan Bolaang Uki Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan. *AGRINESIA*, 8(2).
- Dika, G., & Aga Nemie, E. B. (2019). Household's willingness to pay for improved solid waste management in Gulelle Sub City, Addis Ababa. *Energy and Environmental Engineering*, 6(1), 1-7.
- Dong, S. X., & Manning, C. (2017). Labour-market developments at a time of heightened uncertainty. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, 53(1), 1-25.
- Fajria, F., Dyah, E., & Djeimy, K. (2020). Analisis kesediaan membayar (Willingness To Pay) konsumen terhadap sayuran organik di pasar modern Purwokerto dan faktor yang memengaruhi. *SEPA*, 17(1), 40-48.
- Fauziyah, S. H., Herlambang, Y. T., & Mukhtar, T. (2024). Peran guru di masa depan: Telaah kritis dalam perspektif pedagogik futuristik. *Jurnal Tarbiyah*, 31(1), 1-16.
- Ghozali, I. (2012). *Aplikasi analisis multivariate dengan program IBM SPSS*. Yogyakarta: Universitas Diponegoro.
- Gidey, K., Demoz, G. T., Niriayo, Y. L., & Mamo, A. (2019). Medication belief and adherence among patients with epilepsy. *Behavioral Neurology*, 2019, 2806341.

- Grossman, M. (2000). *Handbook of health economics: Chapter 7 - The human capital model* (Volume 1, Part A), 347-408.
- Hamdi, M. N. B. (2021). Analisis perilaku pembelian kesiediaan membayar (Willingness To Pay) sayuran organik di Kota Medan. Retrieved from <http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/30757>
- Handayani, S. S., Rahma, T. I. F., & Nasution, J. (2023). Pengaruh kualitas pelayanan dan fasilitas terhadap kepuasan nasabah BPJS Kesehatan di Puskesmas Ujung Kubu Kabupaten Batu Bara. *Ekonomi Bisnis Manajemen dan Akuntansi (EBMA)*, 4(1), 1206-1222.
- Hanley, N., & Splash, C. L. (1993). *Cost benefit analysis and environment*. England: Edward Elgar Publishing Limited.
- Hardika, C. P., & Purwanti, E. Y. (2020). Analisis willingness to pay terhadap iuran BPJS Kesehatan pada pekerja sektor informal di Kota Semarang. *Diponegoro Journal of Economics*, 9(3), 131-143.
- Hasbullah. (1999). *Sejarah pendidikan Islam di Indonesia* (Cet. Ke-3). Rajagrafindo Persada.
- Herawati, F., Chrisnahutama, A., & Franzone, R. (2020). *Universal health coverage: Tracking Indonesia's progress*. Perkumpulan PRAKARSA: Jakarta. Retrieved from <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs//unduh/index/5>
- Husaini, M., Artiningsih, D. W., & Zamilah, E. (2020). Hubungan tingkat pendidikan dan persepsi konsumen tentang kualitas dan manfaat beras organik di Kota Barabai. *Program Studi Manajemen*, 61201, Fakultas Ekonomi, Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Al Banjari.
- Karim, H. (2002). *Panduan kesehatan olahraga bagi petugas kesehatan*. Tim Departemen Kesehatan.
- Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Republik Indonesia. (2012). *Ikrar, indeks kesejahteraan rakyat*. Jakarta: Kemenkokesra.
- Kristyanto, V. S., & Kaluge, D. (2018). Peningkatan inklusivitas ekonomi melalui pembiayaan investasi modal manusia. *Jurnal Ekonomi Kuantitatif Terapan*, 11(2), 182-189. <https://doi.org/10.24843/JEKT.2018.v11.i02.p04>
- Mankiw, N. G. (2014). *Pengantar ekonomi mikro*. Jakarta: Salemba Empat.
- Mantra, I. B. (2003). *Demografi umum*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mubarok, Z., & Amrizal. (2024). Analisis iuran dan kamar rawat inap standar di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam perspektif Maqashid Syariah. *Al-Kharaj: Jurnal Ekonomi, Keuangan & Bisnis Syariah*, 6(7), 5649-5665. <https://doi.org/10.47467/alkharaj.v6i7.3234>
- Pebrianti, Y., Purnamasari, K., Detmuliati, A., Putra, A. M., Kamilah, S., Khansa, S. I. A., & Putri, S. A. (2023). Analisis kesiediaan membayar (Willingness To Pay) tiket agrowisata Tekno 44 Desa Gelebak dalam Kabupaten Banyuasin Sumatera Selatan. *FRST Journal*, 1(3), 178-189.
- Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 No. 29. (2013). Jakarta.

- Pertiwi, T. A., Noechdijati, D. E., & Dharmawan, B. (2022). Willingness To Pay visitors in development efforts agrowisata "Sweetberry" in Cianjur District. *Jurnal Ekonomi Pertanian dan Agribisnis (JEPA)*, 6(2), 500-518.
- Purwanda, E., Manopo, W. L. M., & Sofyan, H. (2021). Identifikasi berkurangnya minat masyarakat menjadi peserta JKN (BPJS). *Frima Prosiding (Festival Riset Ilmiah Manajemen & Akuntansi)*, 4, 315-320.
- Purwanto, A., & Taftazani, B. M. (2018). Pengaruh jumlah tanggungan terhadap tingkat kesejahteraan ekonomi keluarga pekerja K3L Universitas Padjajaran. *Jurnal Pekerjaan Sosial*, 1(2). Retrieved from <https://jurnal.unpad.ac.id>
- Rahyuda, M. (2004). *Metodologi penelitian*. Denpasar: Fakultas Ekonomi Universitas Udayana.
- Refdinal. (2006). *Tingkah laku sakit pasien dalam proses perawatan di rumah sakit*. Skripsi Fisip UA.
- Restiatun. (2014). Identifikasi sektor unggulan dan ketimpangan antar kabupaten/kota di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Ekonomi Dan Studi Pembangunan*, 10(1), 77-98.
- Saputro, C. R. A., & Fathiyah, F. (2022). Universal health coverage: Internalisasi norma di Indonesia. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional (JJKN)*, 2(2), 204-216.
- Saraswati, B. D. (2018). Pengaruh krisis ekonomi terhadap fungsi konsumsi rumah tangga di Indonesia. *Jurnal Ekonomi Kuantitatif Terapan*, 11(1), 137-144.
- Sarina, N., Amelia, A. R., & Hamzah, W. (2023). Analisis rujukan penyakit non spesialisik ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut pada puskesmas di Kabupaten Polewali Mandar. *Journal of Aafiyah Health Research (JAHR)*, 4(2), 84-98. <https://doi.org/10.52103/jahr.v4i2.1557>
- Simonson, I., & Drolet, A. (2017). Anchoring effects on consumers' willingness to pay and willingness to accept. *Research Paper Series No. 1787*, Stanford Graduate School of Business. <http://papers.ssrn.com>, 138.
- Sugiyono. (2012). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2016). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: PT Alfabet.
- Sukirno, S. (2011). *Makro ekonomi: Teori pengantar* (Edisi 3). Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Sumadi, A. F., Mardiyoko, I., & Pratama, Y. Y. (2022). The differences in the satisfaction level of JKN patients and general patients toward the quality of health services in the inpatient unit: A literature review. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*, 8(1), 86-97.
- Suprajitno. (2003). *Asuhan keperawatan keluarga: Aplikasi dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Suyana Utama, M. (2016). *Aplikasi analisis kuantitatif*. Denpasar: Sastra Utama.
- Thrisnady, R. B. (2022). Kesiadaan untuk membayar produk akrilik pada konsumen letterpress. *PERFORMA: Jurnal Manajemen dan Start-Up Bisnis*, 7(3).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. (2004). Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456. Jakarta.

- Usman, C., & Kara, M. (2016). Analisis pengelolaan BPJS Kesehatan dalam perspektif ekonomi Islam (Studi kasus BPJS Kesehatan Makasar). *Jurnal*.
- Utaminingsih, N. L. A., & Suwendra, I. W. (2022). Pengaruh pendapatan dan jumlah anggota keluarga terhadap kesejahteraan keluarga di Kelurahan Karangasem. *Ekuitas: Jurnal Pendidikan Ekonomi*, 10(2), 256-263.
- Utomo, D. P., Ali, M., & Apriati, R. (2020). Pengaruh kehidupan sosial dan ekonomi keluarga terhadap pernikahan dini pada tahun 2020. *Jurnal Pendidikan Ekonomi dan Kewirausahaan*, 4(2).
- Wanti, D. I. (2023). Pengaruh kepemilikan asuransi kesehatan pada kelompok miskin terhadap utilisasi pelayanan kesehatan di Indonesia: Sebuah studi retrospektif. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 8(2), Article 5. <https://doi.org/10.7454/eki.v8i2.7273>
- Widada, W., & Erny, H. (2017). Pengaruh pendekatan saintifik pada pembelajaran matematika terhadap kemampuan pemecahan masalah dan kemampuan berpikir tingkat tinggi siswa kelas X IPA SMA Negeri 1 Kepahiang. *Jurnal Pendidikan Matematika Raflesia*, 2(1), 1-22.
- Widyaningsih, A. (2013). *Hukum pajak dan perpajakan*. Bandung: Alfabeta.
- Wiratri, A. (2018). Menilik ulang arti keluarga pada masyarakat Indonesia. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 13(1), 15-26.
- Wirawan, N. (2002). *Cara mudah memahami statistik 2* (Edisi Kedua). Denpasar: Keraras Emas.
- World Health Organization (WHO). (2010). *World health report 2010: Health systems financing the path to universal coverage*. Geneva: WHO.
- Yandrizal, A., & Febriawati, F. (2019). Puskesmas dan jaminan kesehatan nasional. Yogyakarta: Penerbit Deepublish Publisher.
- Yani, N. P. W., & Indrajaya, I. G. B. (2018). Analisis beberapa faktor yang berpengaruh terhadap pendapatan kepala rumah tangga miskin di Kecamatan Seririt Kabupaten Buleleng. *E-Jurnal EP Unud*, 7(3), 381-415.
- Yuni, M. (2016). Analisis tingkat kesiediaan membayar masyarakat terhadap kebersihan di Kecamatan Tampan Pekanbaru. *Jurnal Unri*, 1(1).
- Zhao, J., & Kling, C. L. (2004). Willingness-to-pay, compensating variation, and the cost of commitment. *Staff General Research Papers 1875*, Department of Economics, Iowa State University.