

MODEL ALTERNATIF PEMBIAYAAN JAMINAN KESEHATAN BAGI PEKERJA INFORMAL DI BOGOR

Fredi Andria dan Nandang Kusnadi

Program Manajemen dan Program Studi Ilmu Hukum Universitas
Pakuan,

Jalan Pakuan No. 1 Bogor 16143

fredi_andria@yahoo.com, nandkus@yahoo.co.id

Naskah diterima : 03/10/2018, revisi : 19/10/2018, disetujui
22/10/2018

ABSTRAK

Jaminan sosial diprioritaskan kepada hanya sebagian kecil penduduk Indonesia yang mewakili kurang dari 20% penduduk. Penduduk yang dimaksud meliputi pegawai negeri sipil, sebagian karyawan BUMN, universitas, anggota TNI/POLRI dan sebagian pegawai sipil pertahanan, dan kelompok masyarakat penerima bantuan. Adapun penduduk yang lain, terutama mereka yang bekerja di perusahaan-perusahaan kecil, wiraswasta di sektor ekonomi informal dan yang menganggur atau telah lanjut usia, akan bergantung pada asuransi pribadi atau bantuan dari keluarga dekat/jauh serta masyarakat setempat. Pekerja informal di wilayah Bogor mencapai lebih dari 70% namun tingkat kepesertaannya masih rendah hanya mencapai 30%. Hal ini dapat mengakibatkan keberlanjutan jaminan kesehatan warga Bogor sangat terbatas. Agar cakupan jaminan kesehatan dapat diperluas dan menjamin tercapainya seluruh penduduk, maka perlu diidentifikasi alternatif pembiayaan jaminan kesehatan bagi pekerja informal. Pencapaian tujuan penelitian dilakukan dengan survey, *indepth interview* dan FGD dengan *stakeholders*. Hasil riset menunjukkan bahwa pekerja informal di Bogor memiliki kemampuan yang signifikan untuk membiayai jaminan kesehatan secara mandiri melalui program BPJS dengan rata-rata pembiayaan setara dengan kategori kelas III. Hal ini dapat dijadikan acuan untuk upaya perluasan kepesertaan, namun butuh proses sosialisasi yang intensif. Salah satu strategi sosialisasi

intensif adalah melalui pendekatan sosial kepada komunitas para pekerja informal.

Kata Kunci : Pekerja Informal, Model Alternatif Pembiayaan, Program BPJS

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Saat ini jaminan kesehatan di Indonesia terus dikembangkan untuk mewujudkan Jaminan Kesehatan Menyeluruh (*Universal Health Coverage*) dengan menerapkan prinsip asuransi kesehatan sosial, yaitu : kegotong-royongan, nirlaba, kepesertaan wajib, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, dan dana amanat. Rencana ini telah dicanangkan pemerintah dengan diundangkannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Selanjutnya, UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pun menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan serta setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Sebagaimana diketahui selama ini, di Indonesia telah berjalan berbagai program jaminan sosial yang baru mencakup sebagian kecil saja dari penduduk, yaitu terutama mereka yang bekerja di jenis pekerjaan formal. Sedangkan sebagian besar penduduk, yang memiliki

pekerjaan di sektor informal, belum terjangkau oleh program jaminan sosial tersebut. Dengan UU SJSN, diharapkan seluruh penduduk Indonesia, baik pekerja formal dan informal atau mereka yang tinggal dipertanian maupun di pedesaan, dapat terjangkau oleh jaminan sosial.

Berdasarkan hal di atas, pemerintah berupaya mengimplementasikan UU SJSN di Indonesia melalui Dewan Jaminan Sosial Nasional dengan diundangkannya UU No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Dengan Undang-Undang ini dibentuk 2 (dua) BPJS, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

Sejauh ini jaminan sosial yang tersedia di Indonesia masih sangat terbatas jangkauannya, diberikan kepada hanya sebagian kecil penduduk Indonesia. Mereka yang mewakili kurang dari 20 persen penduduk yang pada saat ini terjangkau program-program jaminan sosial adalah : pegawai negeri dan karyawan sebagian BUMN dan universitas, anggota TNI/POLRI dan sebagian pegawai sipil pertahanan, dan sekelompok karyawan swasta (dari perusahaan swasta yang memiliki jumlah pegawai dan upah di atas standar yang telah ditentukan). Sedangkan penduduk yang lain, terutama mereka yang bekerja di perusahaan-perusahaan kecil, wiraswasta di sektor perekonomian informal dan yang menganggur atau telah lanjut usia,

akan bergantung pada asuransi pribadi atau bantuan dari keluarga dekat dan jauh serta masyarakat setempat.

Sebetulnya kelompok penduduk ini bukannya tidak memperoleh program-program perlindungan sosial. Berbagai program bantuan sosial, bantuan tunai dan asuransi sosial telah diberikan untuk masyarakat miskin namun seringkali tidak dapat menjangkau sasaran karena berbagai masalah seperti adanya biaya yang harus dikeluarkan oleh calon penerima bantuan. Pada akhirnya penduduk miskin tetap harus mengandalkan bantuan dari masyarakat di lingkungannya. Keberadaan UU SJSN diharapkan dapat memperbaiki situasi yang kerap terjadi di masyarakat miskin ini.

Hasil kajian Andria et al. (2013) menunjukkan bahwa hanya 73% tenaga kerja sektor informal di Indonesia yang menyiapkan dana untuk pengobatan. Sekitar 41.8% tenaga kerja sektor informal hanya mampu menyediakan dana antara Rp. 100.000,- – Rp. 500.000,- setiap tahunnya untuk pengobatan. Kelompok masyarakat tersebut diperkirakan akan menanggung beban yang berat apabila harus membiayai sendiri pembiayaan jaminan kesehatannya kepada BPJS Kesehatan. Kondisi ini juga menunjukkan bahwa kemampuan masyarakat pekerja informal masih sangat membutuhkan bantuan berupa jaminan kesehatan, yang dapat diformulasikan melalui skema-skema tertentu berdasarkan batasan masing-masing wilayah.

Oleh karena itu diperlukan suatu kajian yang komprehensif untuk menemukan model alternatif pembiayaan jamiinan kesehatan bagi pekerja sektor informal, khususnya di Kota Bogor. Kajian ini dapat

diperoleh melalui kegiatan pendahuluan yang mencakup identifikasi dan observasi kategori kepada pekerja sektor informal (pekerja bukan penerima upah). Kajian juga juga dilakukan melalui analisis berbagai produk-produk hukum yang terkait dengan masalah ini.

Pada kegiatan ini dikaji lebih khusus mengenai kesiapan kelompok pekerja sektor informal di Kota Bogor dan bagaimana caranya agar mereka dapat masuk ke dalam cakupan program jaminan sosial secara keseluruhan, terutama jaminan kesehatan. Berkaitan dengan hal tersebut, target kegiatan ini secara spesifik diarahkan kepada : Melakukan identifikasi, observasi kesanggupan pembiayaan jaminan kesehatan bagi pekerja sektor informal (pekerja bukan penerima upah) dalam program-program SJSN khususnya bidang kesehatan, dan rumusan model alternatif pembiayaan jaminan kesehatannya.

Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah :

1. Mengidentifikasi sumber-sumber dan konsepsi kontribusi pendanaan bagi pelaksanaan jaminan kesehatan khususnya masyarakat pekerja sektor informal;
2. Merumuskan alternatif pemecahan masalah serta langkah-langkah pengembangan jaminan kesehatan menuju kepesertaan menyeluruh (*universal coverage*), khususnya bagi masyarakat pekerja sektor informal.

Manfaat

Manfaat dari penelitian ini adalah :

1. Terwujudnya sebuah kajian mengenai variabilitas kesanggupan pembiayaan jaminan kesehatan khusus bagi masyarakat pekerja sektor informal, sehingga dapat diwujudkan berbagai kebijakan dalam rangka sinkronisasi penyelenggaraan program jaminan kesehatan secara nasional.
2. Dihasilkannya model alternatif pembiayaan jaminan kesehatan bagi pekerja informal di Bogor dan dapat menjadi masukan bagi pemangku kepentingan.
3. Tersusunnya sebuah analisis dan kajian mengenai pemetaan kesiapan daerah percontohan dalam rencana pelaksanaan program jaminan sosial bidang kesehatan bagi masyarakat pekerja sektor informal, sehingga menjadi masukan dalam penyusunan kebijakan program jaminan kesehatan nasional.

LANDASAN TEORI

Landasan Hukum

Beberapa peraturan perundang-undangan yang dijadikan dasar pijakan analisis dan menjadi landasan hukum dalam kegiatan ini adalah sebagai berikut :

1. Undang-undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
2. Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

3. Undang-undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial.
4. Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
5. Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
6. Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan.
7. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. 24 Tahun 2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga bagi Tenaga Kerja yang Melakukan Pekerjaan di Luar Hubungan Kerja.
8. Keputusan Menteri Sosial RI No. 51 Tahun 2003 tentang Program Jaminan Sosial bagi Masyarakat Rentan dan Tidak Mampu melalui Asuransi Kesejahteraan Sosial (Askesos) dan Bantuan Kesejahteraan Sosial Permanen (BKSM).

Jaminan Kesehatan di Beberapa Negara

Negara-negara berpenghasilan menengah mengalami penuaan penduduk yang cepat, sehingga butuh mekanisme pembiayaan dan penyediaan jaminan kesehatan jangka panjang. Hasil riset di tiga negara (Korea Selatan, Jepang, dan Jerman) yang menggunakan asuransi sosial untuk biayai perawatan medis, telah mengembangkan sistem asuransi perawatan jangka panjang (*long term care insurance/LTCI*). Permasalahan muncul pada generator pendapatan, manfaat desain dan kelayakan. Pengembangan skema LTCI lebih awal sangat penting untuk

dibangun, sebelum penuaan dan pendapatan substansial menjadi masalah yang signifikan. Salah satu pendekatan untuk memulai sistem ini adalah dengan paket manfaat terbatas, aturan kelayakan ketat dan memperluas program LTCI (Rhee et al. 2015).

Shafie dan Hasalli (2013) mengusulkan konsep *volunteer health care insurance* (VHCI) yang diujikan di negara bagian Penang Malaysia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari 63,1% responden bersedia untuk bergabung dan berkontribusi dalam skema ini. Besarnya iuran yang disepakati adalah sebesar \$ 114,38 per bulan per rumah tangga. Penelitian ini mencakup penduduk dengan ragam etnis, tingkat pendidikan, pendapatan bulanan rumah tangga, adanya penyakit kronis dan adanya cakupan asuransi. Keseriusan dukungan pemerintah dalam manajerial teknis, jaminan keuangan, informasi tentang biaya penyakit, transparansi dan tawaran paket manfaat yang jelas merupakan faktor yang akan merealisasi sistem sehingga dapat berkelanjutan.

Jaminan kesehatan untuk masyarakat sektor informal di Kamboja diulas melalui dokumen kebijakan dan wawancara menggunakan 18 pertanyaan semi-terstruktur dengan pemerintah, non-pemerintah dan pejabat terkait. Data dianalisis menggunakan Penilaian Organisasi untuk membangun *Framework* Peningkatan dan Penguatan Pembiayaan Kesehatan. Telah ditemukan konsep yang kurang signifikan terkait dengan kelembagaan, masalah organisasi dan pembiayaan kesehatan. Hal ini mengakibatkan fragmentasi dan terbatasnya pelaksanaan skema perlindungan kesehatan sosial, termasuk dana ekuitas kesehatan, asuransi kesehatan berbasis masyarakat, voucher dan lain-lain.

Pengaturan kelembagaan dan organisasi yang tepat, efektif untuk perlindungan kesehatan sosial disektor informal di negara berkembang (Annear et al. 2013)

Pengalaman Gerakan Kota Sehat, menjadi inspirasi bagi *Municipal* dalam mengintegrasikan kebijakan lintas sektoral dan memberdayakan masyarakat sipil, agar mampu ke luar dari kemiskinan termasuk dalam upaya peningkatan jaminan kesehatan (Henriques 2013). Kebutuhan akan inovasi sosial belum banyak diimplementasi, sehingga orientasi anti-kemiskinan masih berupa slogan. Pergeseran paradigma akan kebutuhan kesehatan menjadi faktor penting untuk perencanaan pengembangan wilayah.

Fitriati et al. (2013) mengusulkan pengembangan model kolaborasi *quanto-tuple Model helix* untuk persiapan operasional BPJS. Model tersebut merupakan sinergitas 6 (enam) pemangku kepentingan demi mensukseskan implementasi jaminan sosial kesehatan. Pemangku kepentingan yang dimaksud mencakup Pemerintah (Presiden), perusahaan (BPJS Asuransi Kesehatan dan BPJS untuk Perlindungan Buruh), ulama, Dewan Pembina BPJS. Strategi transformasi sistem dimulai dengan operasional BPJS untuk Asuransi Kesehatan. Ada tiga strategi yang ditawarkan : inisiatif sektoral, harmonisasi kepentingan, dan penegakan hukum. Penelitian mencakup pengamatan kondisi sosial menggunakan metode deskriptif analitik, sehingga masih mengandung kekurangan. Oleh karena itu perlu mengembangkan teknik kualitatif-kuantitatif atas aspek transformasi BPJS, dukungan kebijakan fiskal dan kemampuan keuangan negara untuk mendukung transformasi.

Pengujian atas dampak jaminan kesehatan telah dilakukan oleh Rolindrawan et al. (2015). Metode analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif dan metode inferensial melalui pemeriksaan distribusi BPJS Kesehatan untuk PBI miskin dan hampir miskin di Indonesia. Hasil utama menunjukkan adanya kecenderungan PBI miskin dan hampir miskin dalam penggunaan fasilitas kesehatan publik dan swasta untuk rawat jalan dan rawat inap. Namun terindikasi ada kebocoran dalam skema ini, sehingga pemerintah dan BPJS perlu mekanisme kontrol yang lebih ketat. Pelaksanaan BPJS Kesehatan PBI pada tahun pertama berhasil mengangkat masyarakat miskin dan hampir miskin untuk memilih fasilitas rawat jalan di rumah sakit swasta/dokter/klinik dibandingkan dengan fasilitas lainnya. Hasil ini menunjukkan kebalikannya dalam pelaksanaan Jamkesmas. Populasi yang tidak diasuransikan memiliki kecenderungan yang lebih tinggi memilih fasilitas kesehatan swasta dibandingkan dengan rawat jalan tertutup oleh Jamkesmas. Kecenderungan untuk memanfaatkan rumah sakit swasta untuk rawat inap dari fasilitas lain bagi penduduk yang dicakup oleh BPJS kesehatan PBI lebih besar dari populasi yang tidak diasuransikan. Program BPJS Kesehatan telah mampu meningkatkan para lansia untuk cenderung memilih fasilitas rawat inap di rumah sakit swasta dibandingkan dengan fasilitas lainnya.

Pengalaman mendesain kebijakan sistem pembiayaan kesehatan berbasis pada pengambil keputusan untuk mengatasi kesulitan dana dan memberikan perawatan medis Balkan Barat menunjukkan bahwa kesadaran atas biaya kesehatan perlahan-lahan berkembang pada

manajemen regional, akademik dan masyarakat industri. Restrukturisasi pasca-sosialis membawa banyak perubahan pada pola sistem pembiayaan kesehatan dan manajemen sistemnya. Walaupun masih ada kendala di antaranya ketidaksetaraan sosial kesulitan akses kesehatan masih tumbuh di seluruh wilayah. Kendala lain mencakup pembangunan tidak merata menyebabkan kesulitan dalam merealisasi kebijakan. Lembaga-lembaga utama yang terkait sebagai pengambil keputusan diantaranya adalah Kementerian nasional kesehatan, Lembaga Dana Asuransi Kesehatan, dan Asosiasi Profesional (Jacovijevic 2012).

Pada sisi lain Stepurko (2015) menyoroti permasalahan mendasar tentang perilaku hadiah dan suap atau pembayaran informal untuk pelayanan kesehatan di negara berkembang Eropa Timur, sebagai akibat kegagalan negara dalam menyediakan jaminan kesehatan yang transparan. Studi kasus di Lithuania, Ukraina dan Polandia menunjukkan bahwa pembayaran tidak resmi yang lebih mahal pada rawat inap, disebabkan oleh gagalnya sistem jaminan kesehatan yang dibangun oleh negara, sehingga ketersediaan sarana prasarana kesehatan menjadi barang yang sangat mahal. Hal ini mengakibatkan perilaku korupsi yang semakin meningkat.

Masyarakat Sektor Informal

Rothenberg et al. (2016) mengusulkan teori tentang terciptanya masyarakat sektor informal di Indonesia, serta identifikasi

karakteristiknya dalam menghadapi persaingan ekonomi global. Data yang digunakan berasal dari survey nasional mencakup para pelaku usaha mikro kecil menengah (UMKM). Ada sedikit bukti yang mendukung teori bahwa biaya pendaftaran yang tinggi adalah penghalang utama untuk perusahaan meninggalkan sektor informal. Perusahaan informal di Indonesia cenderung berbeda dari perusahaan-perusahaan formal dalam cara operasionalnya, ukuran, upah karyawan, produktivitas tenaga kerja yang rendah, serta jangkauan pasar terbatas. Karakteristik ini tidak konsisten dengan ide 'biaya pendaftaran yang mencegah perusahaan-perusahaan informal melakukan formalisasi usahanya'. Metode analisa deskriptif dan survey kualitatif menjadikan hasil penelitian lebih optimal melalui kajian yang komprehensif.

Penilaian biaya kesehatan terkait industri informal yang dilakukan melalui kuesioner yang berisi informasi dasar dari responden dan rumah tangga anggota, ekonomi dan penilaian kerja telah dilakukan oleh Nastiti et al. (2012). Berbagai jenis pekerjaan yang disurvei, populasi sasaran, bias dari pekerjaan, biaya *non-occupational* dan rumah tangga, pengeluaran individu, dan validasi metode merupakan cakupan riset ini. Riset ini berfungsi sebagai referensi kebijakan - alat untuk meningkatkan kesejahteraan pekerja informal dengan memanfaatkan survei tenaga kerja nasional. Sektor informal sebagian besar memberikan kontribusi terhadap perekonomian negara-negara berkembang seperti Indonesia. Kondisi sektor ini tidak resmi diakui dan jarang dikontrol. Pendapatan stabil, kondisi kerja yang buruk, jam kerja yang tidak diatur. Bahaya keselamatan kerja menimbulkan ancaman

serius terhadap kesejahteraan para pekerja, yang tidak dilindungi secara formal. Riset ini dapat jadi alat penilaian dalam memprediksi biaya kesehatan terkait kecelakaan dan kecelakaan kerja di sektor informal. Kekurangan riset ini harus dapat meminimalkan bias atas desain kuisioner. Riset ini juga berguna untuk meningkatkan survei tenaga kerja nasional, dengan memasukkan elemen biaya kesehatan dan keselamatan kerja.

Menurut ILO (2002) ekonomi informal terdiri dari unit-unit ekonomi yang termarginalisasi dan pekerja-pekerja yang memiliki karakteristik : mengalami defisit dalam pekerjaan yang layak, defisit dalam hal standar perburuhan, defisit dalam hal produktivitas dan kualitas pekerjaan, defisit dalam hal perlindungan sosial dan defisit dalam hal organisasi dan hak suara. Dengan mengurangi defisit yang dimiliki oleh ekonomi informal, diharapkan akan dapat meningkatkan gerakan ke arah kegiatan-kegiatan yang diakui, terlindungi dan formal didalam kerangka perekonomian utama dan yang memenuhi peraturan.

Meskipun tidak ada konsensus khusus mengenai definisi sektor informal, pengertian sektor informal ini sering dikaitkan dengan dikotomi sektor formal-informal. ILO (2002) mengidentifikasi sedikitnya tujuh karakter yang membedakan kedua sektor tersebut yaitu : kemudahan untuk masuk, kemudahan untuk mendapatkan bahan baku, sifat kepemilikan, skala kegiatan, penggunaan tenaga kerja dan teknologi, tuntutan keahlian, serta deregulasi dan kompetisi pasar. Sementara itu, Becker (2004) mengemukakan bahwa secara umum ekonomi informal adalah bagian dari ekonomi pasar yang tidak punya

aturan dan tidak formal, yang memproduksi barang dan jasa untuk dijual atau untuk memperoleh pendapatan lain. Lebih lanjut disebutkan bahwa perekonomian informal sebagian besar memiliki karakteristik :

1. Persyaratan yang rendah, dalam hal modal dan kualifikasi profesional, untuk masuk dalam sektor tersebut.
2. Beroperasi pada skala kecil.
3. Keterampilan yang diperlukan pada umumnya diperoleh dari luar sekolah formal.
4. Metode produksi dan teknologi yang digunakan adalah yang *labour intensive*.

Lebih lanjut Becker (2004) mengatakan bahwa berdasarkan atas kategori ketenagakerjaan, ekonomi informal dapat digambarkan melalui kategori jenis pekerjaan sebagai berikut :

1. Pekerja mandiri (*self-employed*), contohnya adalah *own-account worker*, pemimpin usaha keluarga dan pekerja keluarga yang tidak dibayar.
2. Pekerja yang bergaji, contohnya pegawai perusahaan informal, pekerja tidak tetap tanpa majikan yang tetap, pekerja rumahan, pembantu RT yang dibayar, pekerja sementara dan paruh waktu, dan pekerja yang tidak terdaftar.
3. Majikan, contohnya pemilik perusahaan dan pemilik yang menjalankan usaha informal.

Sementara itu berdasarkan atas lokasi pelaku ekonomi informal, Becker (2004), membaginya atas kategori-kategori :

1. Pekerja yang bekerja di rumah (*home-based workers*) :

a. Pekerja rumah yang tidak bebas :

Bekerja di rumah, di luar perusahaan yang membeli barang produksi mereka. Dengan perjanjian sebelumnya, sepakat untuk men-*supply* barang atau jasa ke perusahaan tertentu, memperoleh pendapatan melalui pembayaran terhadap apa yang diproduksi, tidak mempekerjakan pekerja secara teratur.

b. Pekerja rumah yang bebas, adalah mereka yang bekerja di rumah dan menyalurkan hasil produksi dan jasanya kepada pembeli yang prospektif. Karakteristik mereka adalah sebagai pekerja mandiri dan memiliki sifat dari pekerja *account workers*.

2. Pedagang asongan jalanan dan pedagang kakilima di pinggir jalan.

3. Pekerja musiman atau pekerja sementara di lokasi sekitar bangunan atau jalan yang sedang dikerjakan.

4. Mereka yang bekerja di antara jalanan dan rumah, contohnya pemulung.

Pada *International Conference of Labour Statisticians* – ICLS ke-17 Husmanns (2003) membuat definisi ekonomi informal berdasarkan unit produksi sebagai berikut : unit usaha yang terlibat dalam produksi barang dan jasa dengan tujuan utama untuk menciptakan kesempatan kerja dan pendapatan bagi orang-orang yang terlibat. Hubungan ketenagakerjaan, jika memang ada, kebanyakan atas dasar pekerjaan tidak tetap, persaudaraan atau hubungan pribadi dan hubungan sosial, dan bukan atas dasar persetujuan kontrak dengan jaminan formal. Selanjutnya, konsep ini juga membedakan antara dua sub-kategori dari ekonomi informal, yaitu :

1. Perusahaan keluarga, terdiri dari pekerja mandiri, pekerja keluarga, pekerja magang, dan mereka yang tidak memiliki pegawai tetap.
2. Perusahaan kecil, terdiri dari unit usaha dengan pegawai berjumlah kurang dari 5 sampai dengan 10 orang, dan tidak terdaftar sebagai perusahaan.

Canagarajah dan Sethuraman (2001), dari *The Human Development Network, The World Bank*, menyatakan bahwa ekonomi informal terdiri dari seluruh kegiatan ekonomi yang berada di luar kerangka institusional resmi. Akibatnya, pemerintah hanya memiliki kontrol yang kecil terhadap kualitas dari ketenagakerjaannya. Bahkan seringkali pemerintah pada kenyataannya tidak memiliki data statistik dari kelompok ini.

Di Indonesia, Badan Pusat Statistik (BPS) selama ini menggunakan pengertian/definisi mengenai sektor informal berdasarkan kategori dari status pekerjaan dari pekerja. Status pekerjaan adalah kedudukan seseorang dalam melakukan pekerjaan di suatu unit usaha/kegiatan. Seperti diketahui, sejak tahun 2001 BPS membagi status pekerjaan menjadi 7 kategori, yaitu : 1) berusaha sendiri, 2) berusaha dibantu buruh tidak tetap/buruh tak dibayar, 3) berusaha dibantu buruh tetap/buruh dibayar, 4) buruh/ karyawan/pegawai, 5) pekerja bebas di pertanian, 6) pekerja bebas di non pertanian, 7) pekerja tak dibayar.

Dari sekian banyak kategori status pekerjaan, hanya 2 kategori yang dapat disebut sebagai bekerja pada sektor **formal**, yaitu mereka yang berstatus sebagai buruh/karyawan/pegawai dan mereka yang berstatus sebagai majikan (kategori c dalam daftar kategori di atas).

Selebihnya adalah mereka yang termasuk dalam sektor **informal**, yaitu mereka yang berusaha sendiri, berusaha dibantu buruh tidak tetap/buruh tak dibayar, pekerja bebas di pertanian, pekerja bebas di non pertanian, dan pekerja tak dibayar (termasuk pekerja keluarga).

Kendala sosial yang dihadapi dalam implementasi jaminan sosial ketenagakerjaan untuk pekerja informal diantaranya adalah faktor *indown* (rendahnya tingkat pendidikan, akses informasi dan ekonomi) serta faktor eksternal yang mencakup penanganan pihak birkorat. Perluasan kepesertaan jaminan sosial untuk pekerja informal dapat didorong melalui pembenahan birokrasi dan pembinaan usaha mikro kecil. Pembenahan bidang pendidikan dan informasi melalui kelurahan atau kantor desa (dianggap lebih mudah menjangkau masyarakat), menjadi faktor penguat utama dalam capaian target (Triyono dan Soewartoyo 2013).

Penelitian Terdahulu

Penelitian ini didasari oleh keterlibatan Ketua Tim Peneliti dalam kegiatan penelitian yang didanai DJSN terkait kesiapan pemda menuju UHC (Thaheer et al. 2011) dan pemetaan pemda dalam mendukung persiapan BPJS menuju UHC (Andria et al. 2012), dan Kemenkokesra RI yang menghasilkan riset tentang kebijakan format jamkesda dalam UU BPJS (Andria et al. 2013). Implementasi atas ketiga riset terdahulu dan didukung oleh riset-riset khusus lain terkait jaminan sosial maupun fokus ke jaminan kesehatan yang relevan Triyono dan Soewartoyo

(2012) dan Purwandari dan Maharani (2015) khususnya untuk studi kasus di Kota Bogor.

METODE PENELITIAN

Tahapan penelitian secara lengkap adalah sebagai berikut :

1. Perumusan dan identifikasi awal masalah jaminan kesehatan untuk pekerja sektor informal di Kota Bogor akan dilakukan melalui studi literatur dan analisis data-data sekunder.
2. Perencanaan lokasi penelitian ini akan dilakukan di Kota Bogor. Wilayah ini dipilih karena telah ada kesepakatan kerja antar Universitas dengan pemda terkait dengan kegiatan penelitian dan pengabdian. Alasan lain mengingat area jangkauan yang disesuaikan dengan dana penelitian. Pembagian daerah survey akan dilakukan untuk 6 Kecamatan yaitu Timur, Barat, Utara, Selatan, Tengan dan Tanah Sareal Kota Bogor.

Penyusunan kuisisioner akan dilakukan secara bertahap, karena meliputi kuisisioner untuk para pekerja sektor informal (a) dan kuisisioner untuk pemangku kepentingan (b). Kuisisioner (a) akan disusun melalui model pertanyaan tertutup sehingga lebih efektif dalam proses pengolahan dan analisis data. Kuisisioner (b) akan didominasi oleh pertanyaan tertutup namun tetap ada sebagian kecil berupa pertanyaan semi terbuka.

3. Penentuan teknik sampling diawali dengan penentuan populasi yakni para pekerja informal yang menjadi penerima jaminan sosial kesehatan di **Kota Bogor**. Pengambilan *sample* dilakukan dengan

cara *sampling* bertingkat (*multi stage sampling*). Tahap awal, *sample* diambil dengan metode *area sampling* (*sampling* daerah) dengan maksud untuk menentukan daerah-daerah yang menjadi obyek penelitian. Husein (2003) menyatakan bahwa *area sampling* sesuai untuk penelitian dimana melibatkan populasi yang besar dan tersebar di daerah yang luas. Generalisasi yang diperoleh berdasarkan penelitian daerah-daerah tertentu dapat diterima sebagai pemberlakuan bagi daerah-daerah di luar sampel. Dengan *area sampling* terpilih yaitu Kota Bogor dan akan dipecah ke dalam 6 (enam) kecamatan yaitu : **Timur, Barat, Utara, Selatan, Tengah** dan **Tanah Sareal**.

Tahapan kedua, setelah representasi area dari masing-masing wilayah ditentukan, kemudian dipilih responden dalam setiap area untuk melalui *purposive sampling*. Metode ini menurut Husein (2003) dilakukan dengan cara mengambil orang-orang yang terpilih oleh peneliti menurut pertimbangan atau ciri-ciri khusus yang dimiliki oleh sampel itu. Berdasarkan metode *purposive sampling* ini, diperoleh kriteria responden sebagai berikut : **Pedagang Kecil** (mencakup pedagang asongan/jalanan, pedagang kaki lima, tukang jamu gendong, tukang kelontong, pedagang sembako/pedagang pasar, penjaja makanan keliling, penjual rokok pinggir jalan dan lainnya); **Penjual Jasa**, (mencakup penjahit/tukang jahit, pemulung, tukang ojek, tukang becak, penata parkir, tukang tambal ban, tukang urut/pijat, pengumpul sampah dan lainnya); **Buruh Tani, Buruh Ternak**, dan lainnya. Jumlah total sampel dalam kegiatan ini adalah

100 (seratus) responden. Jumlah ini dipecah ke dalam 6 (enam) kecamatan tadi, dan masing-masing area dipilih sebanyak 10 – 20 orang responden.

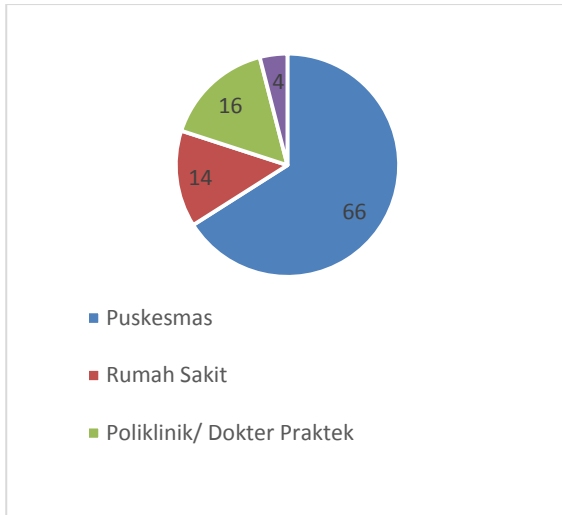
4. Observasi dan survey lapangan akan dilakukan dengan oleh mahasiswa (enumerator) sebanyak 10 orang, yang akan disebar ke 6 kecamatan survey untuk tiap wilayah dan disupervisi oleh tim peneliti. Enumerator diberi pelatihan singkat terkait seluruh konten dan substansi kuisisioner, tata cara penggalian informasi dan etika survey.
5. Pengolahan data akan dilakukan dengan aplikasi *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versi 21.0. Analisa data akan dilakukan melalui : a) Tabulasi frekuensi (Proses penghitungan frekuensi yang terbilang atas jawaban responden dalam kuesioner ke dalam masing-masing kategori disebut dengan tabulasi); b) Tabulasi Silang (Teknik pengolahan untuk membandingkan atau melihat hubungan antara dua variabel atau lebih. Dalam tabulasi silang biasanya dihitung persentase responden untuk setiap kelompok agar mudah dilihat hubungan antara dua variabel. Variabel terikat (*dependent variable*) disusun pada bagian baris, sedangkan variabel bebas (*independent variable*) disusun pada bagian kolom.; c) Analisa Jaring Laba-laba (Metode analisis kuantitatif sederhana yang digunakan untuk memetakan perbandingan berbagai variabel atau parameter penilaian dalam bentuk grafis berbentuk jaring laba-laba. Pemetaan dilakukan dengan menggunakan pengukuran variabel/parameter dengan skala ordinal).

6. *Indepth interview* dan FGD sebagai teknik dan dilanjutkan dengan analisis kualitatif atas kegiatan tersebut.

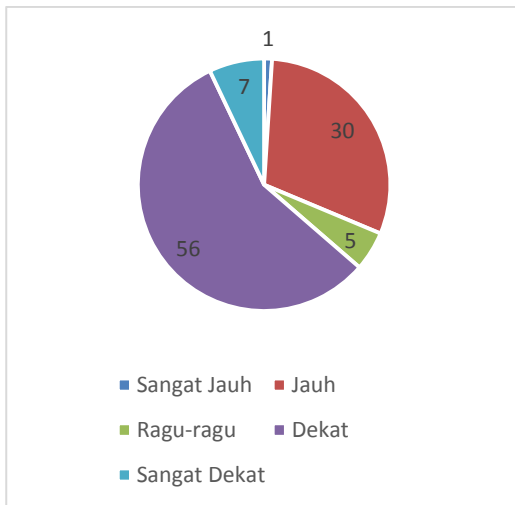
HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis awal dilakukan terhadap hasil penelitian Andria, Kusnadi (2017) dan menunjukkan bahwa hanya sebanyak 13 % responden (13 orang dari total keseluruhan responden), memiliki dana khusus yang sengaja disisihkan untuk berjaga-jaga untuk keadaan darurat atau berjaga-jaga dikala sakit. Selebihnya responden sama sekali tidak memiliki dana untuk berjaga-jaga dikala sakit, bahkan lebih dari separuh (54 %) responden tidak mau menjawab pertanyaan dimaksud. Besarnya jumlah dana yang mampu disisihkan untuk dana antisipasi sakit tersebut cukup bervariasi.

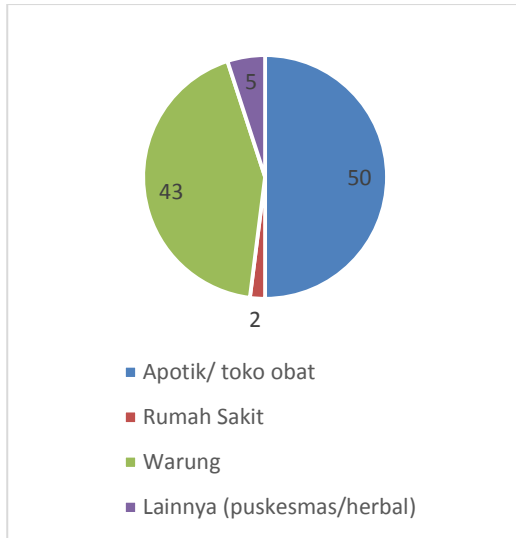
Hal tersebut berkaitan dengan cara memilih fasilitas kesehatan (Faskes) (Gambar 1), yang didominasi oleh penggunaan Puskesmas sebagai faskes utama. Alasan pemilihan ini didukung oleh kemudahan akses dan dekatnya Puskesmas ke rumah para pekerja informal (Gambar 2). Adapun pemilihan membeli obat ditunjukkan pada Gambar 3. Berbeda halnya dengan tempat pembelian obat, ternyata para kerja sudah memiliki informasi yang lebih akurat terkait perbaikan-perbaikan atau reformasi di Puskesmas. Pelayanan yang lebih baik dan interaktif di puskesmas, telah meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah Indonesia.



Gambar 1. Sebaran Responden Menurut Tempat Berobat

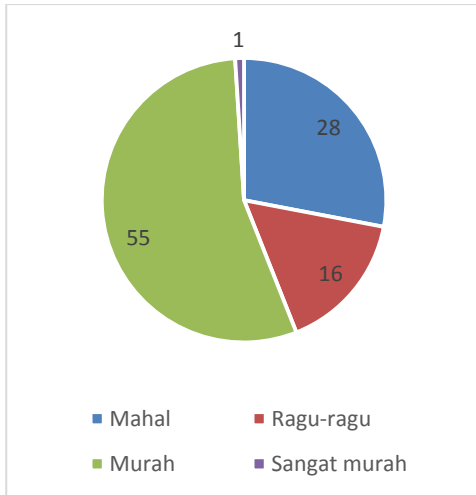


Gambar 2. Sebaran Responden Menurut Jarak Tempat Tinggal ke Tempat Pelayanan Kesehatan/Pengobatan

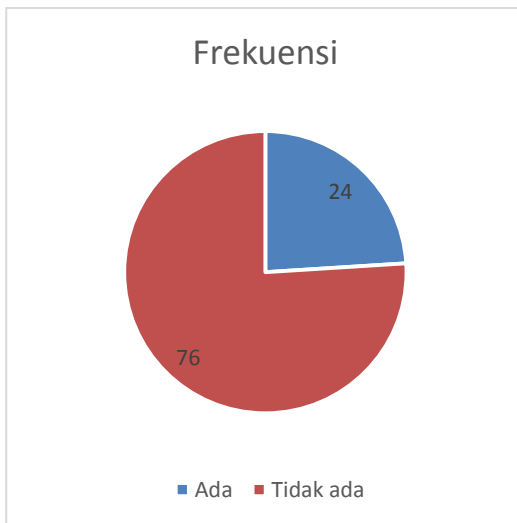


Gambar 3. Sebaran Responden Menurut Tempat Membeli Obat dan kesediaan dana untuk membeli obat.

Bahkan pekerja informal di Bogor didominasi oleh pekerja informal yang berinisiasi dalam pembelian obat yang murah. Asuransi kesehatan ternyata sudah dimiliki oleh sekitar 22% pekerja informal di Bogor.



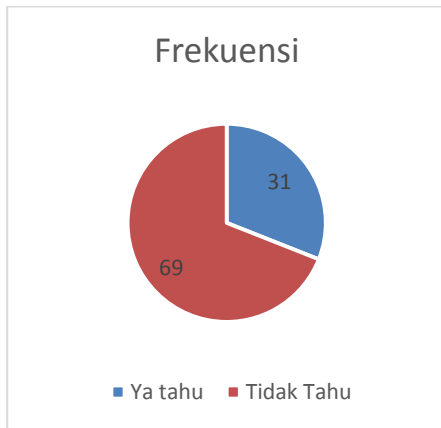
Gambar 4. Sebaran Responden Menurut Harga Obat Saat Ini



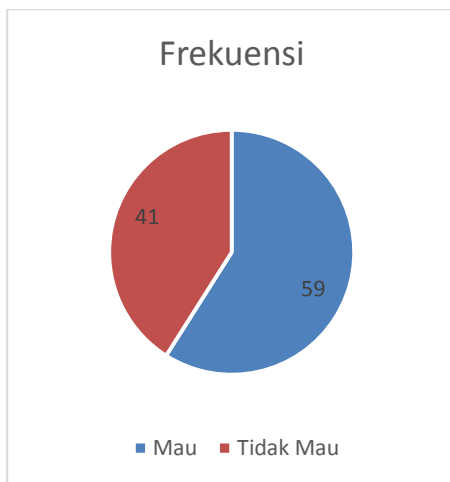
Gambar 5. Sebaran Responden Menurut Kepemilikan Asuransi

Kepemilikan asuransi perlu disosialisasikan secara massif dan konsisten, sehingga masyarakat khususnya pekerja informal merasakan

keuntungan dari kepemilikan asuransi kesehatan (Gambar 5). Hal ini tentu sangat erat kaitannya dengan kesanggupan membayar iuran asuransi kesehatan. Pekerja informal di Bogor sebagian besar telah memiliki pemahaman tentang pentingnya asuransi kesehatan .

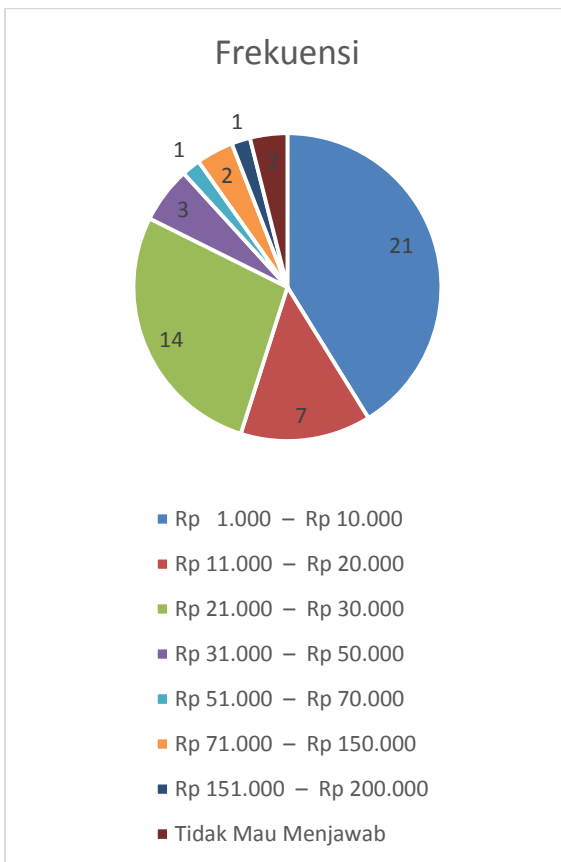


Gambar 6. Sebaran Responden Menurut Informasi Program BPJS



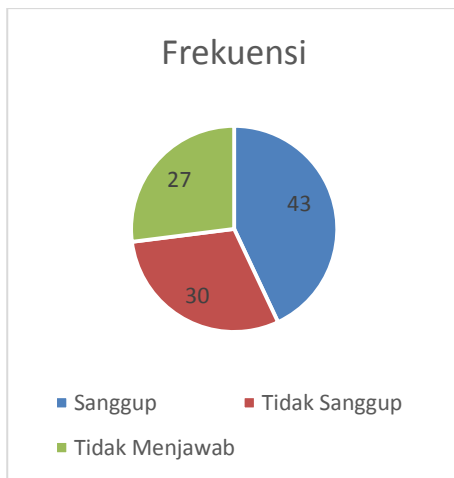
Gambar 7. Sebaran Responden Menurut Kesiediaan Membayar Iuran

Pentingnya pemahaman tentang asuransi kesehatan telah dimiliki oleh sebagian pekerja informal di Bogor, hal ini ditunjukkan kesediaan para pekerja informal untuk membayar iuran. Temuan menarik pada kajian ini adalah adanya pekerja informal yang sanggup membayar iuran jaminan kesehatan hingga lebih dari Rp 50.000,- (Gambar 7). Hal ini menjadi peluang yang sangat baik untuk pengembangan skema pembiayaan alternatif untuk jaminan kesehatan bagi pekerja informal.

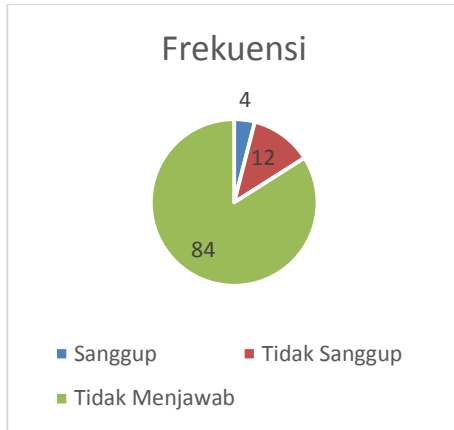


Gambar 8. Detail Besarnya Iuran yang Sanggup Dibayar

Tingkat kesanggupan membayar iuran jaminan kesehatan oleh pekerja informal kemudian dikonversi ke dalam iuran BPJS yang saat ini berlaku di Indonesia. Walaupun potensi kesanggupan membayar iuran masih didominasi pada iuran Kelas III, namun potensi lain menunjukkan bahwa sebagian kecil pekerja informal di Bogor juga bersedia membayar iuran Kelas II dan I (Gambar 9-11) . Hal ini menjadi salah satu kondisi potensial yang sangat baik untuk digali lebih mendalam terkait dengan pembentukan model-model alternatif pembiayaan jaminan kesehatan untuk pekerja informal. Salah satu pengkajian lebih mendalam adalah dilakukan dengan *indepth interview* dan FGD.

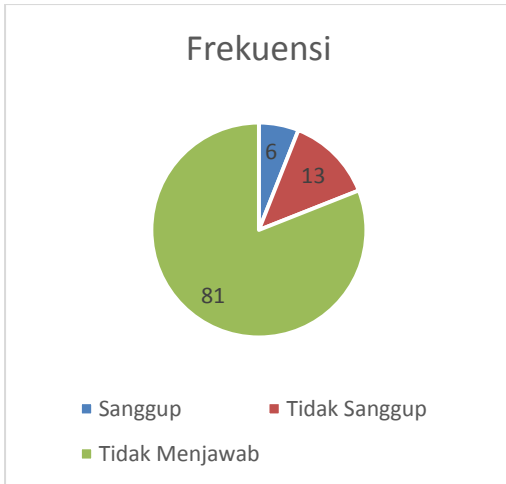


Gambar 9. Tingkat Kesanggupan Membayar Iuran Kelas III

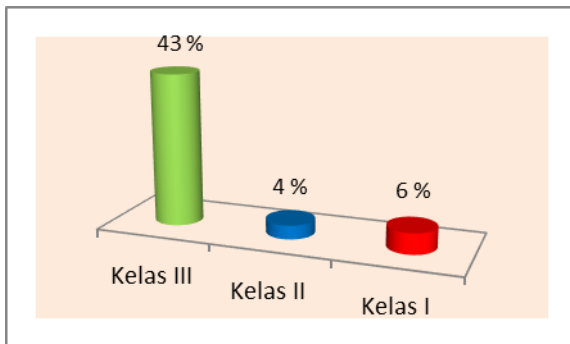


Gambar 10. Tingkat Kesanggupan Membayar Iuran Kelas II

Hasil rekapitulasi terhadap tingkat kesanggupan membayar iuran pada kelas jaminan kesehatan ditunjukkan pada Gambar 12. Walaupun sebagian besar para responden hanya sanggup membayar pada kelas III, namun ada kondisi potensial kesanggupan membayar pada kelas II dan I.



Gambar 11. Tingkat Kesanggupan Membayar Iuran Kelas I



Gambar 12. Rekap Tingkat Kesanggupan Membayar Iuran BPJS Kesehatan bagi Pekerja Informal di Bogor

Berdasarkan hasil survey dan *indepth interview* model alternatif pembiayaan jaminan kesehatan bagi pekerja informal disusun melalui

skema yang ditunjukkan pada Lampiran 1. Model tersebut dibahas pada kegiatan FGD yang dilakukan pada Oktober 2017 dengan menghadirkan *stakeholder* (BPJS, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, RSUD Mitra BPJS, Akademisi). Proses FGD memberikan hasil sebagai berikut :

1. Para *stake holder* berpendapat bahwa secara umum para calon peserta penerima program BPJS kesehatan, khususnya untuk para pekerja sektor informal di Kota Bogor, akan sangat bermanfaat sekali bagi mereka dan keluarganya. Pada kenyataannya saat ini, jumlah pemilik asuransi kesehatan bagi para pekerja sektor informal masih sangat sedikit, sehingga dengan adanya program BPJS kesehatan, secara tidak langsung mereka disadarkan dan diajak untuk mulai *aware* betapa pentingnya jaminan kesehatan.
2. Terkait dengan data, Dinas Sosial Kota Bogor berpendapat bahwa jumlah tenaga kerja sektor informal di kedua wilayah ini berkisar 50% - 60% dari total keseluruhan jumlah tenaga kerja yang ada. Namun perbedaan kategori “sektor Informal” yang dimaksud di dalam Undang-Undang BPJS maupun Peraturan Presiden yang mengatur tentang Jaminan Kesehatan ini, harus diselaraskan dengan baik, sehingga tidak ada tumpang tindih dalam kategorisasi sektor pekerja informal ini kepada sektor formal, atau kelompok lainnya. Selain itu, masih terkait dengan data, tidak dipungkiri bahwa ada sebagian kecil dari para pekerja sektor informal adalah tergolong masyarakat yang miskin atau tidak mampu. Karena itu, akan ada irisan (*overlapping*) dalam penentuan kategori mereka, yang seperti ini mestinya masuk kepada PBI (Penerima Bantuan Iuran), atau tetap

digolongkan kepada Non PBI (pekerja yang tidak menerima upah). Dengan kata lain, pemerintah benar-benar harus jelas dalam mengatur masalah kepesertaan BPJS ini, agar tidak terjadi kekisruhan yang besar terkait dengan data.

3. Untuk kegiatan sosialisasi, saat ini masih menjadi kendala utama bagi rencana pelaksanaan program BPJS kesehatan. Seluruh *stake holder* yang diundang di dalam FGD ini berpendapat hal yang serupa. Harus diakui bahwa sebagian para penyelenggara pemerintahan khususnya di tingkat Kota masih banyak yang tidak mengerti bahkan tidak paham dengan program BPJS kesehatan. Jika para penyelenggara pemerintah daerah saja banyak yang tidak tahu, apalagi dengan masyarakat umum. Hal ini juga terjadi kepada para pekerja sektor informal yang kemaren di *survey*. Secara umum, saat ini sosialisasi rencana program BPJS kesehatan lebih banyak disampaikan melalui iklan di televisi. Baik itu iklan dari DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional), Kementerian Kesehatan, maupun iklan layanan masyarakat yang dilaksanakan oleh instansi lainnya. Namun yang perlu dipahami bahwa, apakah sudah ada data yang valid yang menjelaskan bahwa efektifitas program nasional bisa dilaksanakan dengan satu metode sosialisasi saja ? Jawabannya mungkin TIDAK. Oleh karena itu, Pemerintah pusat dan jajarannya di daerah mulai bergerak untuk men-sosialisasikan program BPJS kesehatan ini melalui berbagai cara, dan tidak hanya melalui program informasi media tidak langsung di media televisi. Mungkin bisa dipikirkan juga untuk melakukan sosialisasi-sosialisasi yang melibatkan instansi-

instansi pemerintah terkecil di masyarakat, seperti : kecamatan, kelurahan, RW, RT dan kelompok-kelompok sosial masyarakat lainnya.

4. Terkait dengan jumlah iuran ke peserta BPJS kesehatan bagi para pekerja sektor informal, para peserta FGD menanggapi berbeda. Penentuan iuran (premi) bulanan bagi para pekerja sektor informal (kategori : pekerja non upah) ke dalam 3 (tiga) kelompok yaitu : kelas I (Rp 60.000,-), kelas II (Rp 50.000,-) dan kelas III (Rp 25.000,-) dinilai belum adil oleh beberapa peserta FGD. Alasannya adalah, rentang ekonomi yang ada di dalam kelas pekerja sektor informal sangat lebar. Para pekerja sektor informal yang berskala kecil atau mikro bahkan mungkin bisa dikategorikan miskin atau tidak mampu, sehingga untuk membayar iuran sebesar Rp 25.000,- per kepala per bulan, sebenarnya adalah hal yang sangat memberatkan bagi mereka. Contoh saja para pekerja informal seperti : penjual jamu gendong, tukang ojek, tukang tambal ban, penjaja keliling, tukang becak, pemulung, dan lain sebagainya. Bagi mereka ini, nilai uang Rp 25.000 yang harus dibayarkan per kepala per bulan, pastilah sebuah nilai harga uang yang cukup besar. Karena itu, kalau ini dipaksakan, dampaknya adalah banyaknya para pekerja sektor informal yang menunggak membayar iuran bulanan program BPJS kesehatan. Lain halnya jika kategori pekerja sektor informal yang sudah mapan, seperti : pedagang kecil namun sudah memiliki omset usaha yang bagus, jumlah iuran sebesar Rp 25.000,- atau bahkan Rp 60.000,- sekalipun mungkin tidak menjadi masalah. Selain itu, para peserta

FGD juga mempertanyakan apakah beban iuran yang akan dibayarkan oleh para peserta harus per kepala ? Apakah tidak mungkin dibayarkan untuk jumlah tertentu per keluarga saja ?

5. Selanjutnya mengenai sifat program BPJS yang dikatakan “wajib” untuk diikuti oleh seluruh warga negara Indonesia. Sampai saat ini belum ada aturan yang mengatur ini dengan jelas. Jika seandainya ada masyarakat yang enggan untuk ikut dalam program BPJS kesehatan dengan tidak mau membayar iuran, apakah ada sanksinya ? Indikasinya, untuk hal ini perlu turunan aturan yang lebih jelas yang dapat mengatur masalah ini. Karena ada indikasi bahwa para calon peserta BPJS kesehatan yang tidak mau ikut karena keberatan dalam masalah pembayaran iuran, bagaimana solusinya ? Kalau memang tidak mungkin menerapkan sanksi untuk program seperti ini, maka tidak seharusnya disebut sebagai program wajib, karena sifatnya hanya berupa saran dan ajakan.
6. Terakhir mengenai saran dan harapan pihak *stake holder* terkait program BPJS kesehatan adalah : agar program BPJS dapat berjalan dan diikuti oleh seluruh warga negara Indonesia, pemerintah harus mempersiapkan upaya untuk meningkatkan fasilitas, sarana dan prasarana penunjang program. Misalnya dengan menambah jumlah tenaga medis dan kesehatan di setiap puskesmas-puskemas dan rumah sakit yang disiapkan untuk program BPJS kesehatan, meningkatkan *suplly* obat-obatan yang murah dan terjangkau, menambah fasilitas kamar dan rumah sakit yang akan mengelola program BPJS kesehatan dengan terus bekerja sama dengan rumah

sakit-rumah sakit swasta maupun milik pemerintah dengan terus menjalin kerjasama dan sosialisasi program, dan sebagainya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pekerja informal merupakan kelompok penduduk yang perlu diberi perlindungan atas kesehatannya melalui berbagai alternatif skema pembiayaan. Model alternatif pembiayaan jaminan kesehatan tersebut dapat disusun berdasarkan hasil kajian kuantitatif dan kualitatif. Hasil kajian kuantitatif yang melibatkan 100 orang responden (pekerja informal) menunjukkan bahwa ada kondisi yang potensial untuk pengembangan model alternatif pembiayaan jaminan kesehatan. Kondisi potensial ini perlu diperkuat dengan sosialisasi yang lebih intensif agar pemahaman akan pentingnya jaminan kesehatan merupakan salah satu faktor penting untuk peningkatan kualitas daya hidup penduduk.

Model alternatif pembiayaan jaminan kesehatan sosial terdiri dari tiga alternatif. Semua model yang dibangun didasari oleh pemberdayaan komunitas pekerja informal. Komunitas ini menjadi penting karena tingkat kepercayaan dan kekeluargaan yang melingkupi kegiatan para pekerja informal dapat dioptimalkan melalui kondisi ini. Ketiga model alternatif pembiayaan juga dianggap sangat implementatif karena strategi yang digunakan adalah dengan cara memberdayakan ketua komunitas atau kelompok yang pada umumnya dianggap sesepuh pada

kelompoknya. Oleh karena itu diharapkan akan lebih efektif pada saat proses koleksi dan pembayaran iuran.

Saran

Perlu dilakukannya penelitian dengan tema serupa untuk cakupan wilayah dan dengan anggaran yang lebih besar ke depannya. Hal ini bertujuan bahwa kajian dan penelitian mengangkat masalah jaminan kesehatan khususnya untuk pekerja sektor informal ini sangat krusial mengingat besarnya jumlah masyarakat pada sektor ini di Indonesia. Untuk itu, diperlukan lingkup wilayah sampel yang lebih besar dan lebih banyak, untuk memberikan masukan yang lebih komprehensif kepada pemerintah.

DAFTAR PUSTAKA

- Andria F, Kusnadi N. 2017. "Dampak kepesertaan BPJS bagi Pekerja Informal di Bogor". *Jurnal Ilmiah Manajemen FE*.
- Andria F, Thaheer H, Tosida ET. 2013. Pemetaan pemda dalam mendukung persiapan BPJS kesehatan menuju *Universal Health*

- Coverage* (UHC). Seminar Hasil Penelitian Bersumber Dana Hibah DJSN, Jakarta, 8 Juni 2013.
- Andria F, Thaheer H, Tosida ET, Setyaningsih S, Harsani P. 2014. "Kebijakan format Jamkesda dalam UU BPJS". *Seminar Hasil Penelitian* Bersumber Dana Hibah Kemenkokesra RI, Jakarta 27 November 2014.
- Annear PL, Ahmed S, Ros CE, Ir P. 2013. "Strengthening institutional and organization capacity for social health protection of the informal sector in lesser-developed countries : A study of policy barriers and opportunities in Cambodia. *Social Science & Medicine* 96 . <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.015>.
- Becker KF. 2004. "The informal economy : Fact finding study. SIDA. Tersedia pada : <http://www.rrojasdatabank.info/sida.pdf>.
- Canagarajah S, Sethuraman SV. 2001. "Social protection and the informal sector in developing countries challenges and opportunities". *Social protection discussion paper series No. 0130*. [diunduh 2016 Jan 23]. Tersedia pada: [http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION / Resouces / SP-Discussion-papers/ Labor-Market-/130.pdf](http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resouces/SP-Discussion-papers/Labor-Market-/130.pdf).
- Fitriati R, Rahmayanti KP, Salomo RV. 2012. "Critical Review of Triple Helix to Quanto-Tuple Helix: Lesson Learned from Social Security System Act Implementation". *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 52 (2012):217-225. doi: 10.1016/j.sbs.pro. 2012.09.458.

- Henriques JM. 2013. "On becoming healthier communities : Poverty, territorial development and planning". *Rev Port Saude Publica* 31(1):58-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.006>.
- Husmanns R. 2004. "Statistical definition of informal employment : Guidelines endorsed by the Seventeenth International Conference of Labor Statisticians (2003)". 7th Meeting of the Expert Group on Informal Sector Statistics (Delhi Group), New Delhi, 2-4 February 2004. [diunduh 2016 Jan 23]. Tersedia pada:<http://ilo.org/public/english/bureau/stat/download/papers/def.pdf>.
- ILO. 2002. "Decent work and the informal economy : Sixth item on the agenda. Report VI. International Labour Conference 90th Session 2002". ISBN 92-2-112429-0; ISSN 0074-6681.[diunduh 2016 Jan 23]. Tersedia pada <http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc90/pdf/rep-vi.pdf>.
- Jakovijevic MB. 2013. "Resource allocation strategies in Southeastern European health policy". *Eur J Health Econ* 14. Doi : 10.1007/s10198-012-0439-y.
- Nastiti A, Prabaharyaka I, Roosmini E, Kunaefi TD. 2012. "Health-associated cost of urban informal industrial sector : an assessment tool. *Procedia-Social & Behavioral Sciences* 36". Doi: 10.1016/j.sbspro.2012.03.013.
- Purwandari SI, Maharani C. 2015. "Analisis sikap pekerja informal Non PBI yang belum terdaftar program jaminan kesehatan nasional di

Kabupaten Brebes". UJPH 4 *Tersedia pada:*<http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph>.

Rhee JC, Done N, Anderson GF. 2015. "Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany". *J. Health Policy* 119 (2015) 1319–1329. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.06.00>.

Rolindrawan D. 2015. "The impact of BPJS health implementation for poor on the use of health facility". *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 211(2015) 550 – 559. *2nd Global Conference on Business and Social Science-2015, GCBSS-2015, 17-18 September 2015, Bali [ID]*. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.11.073.

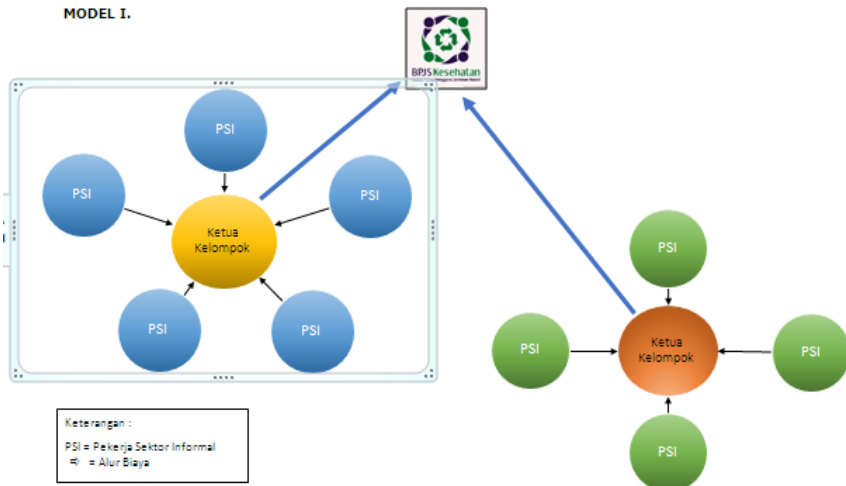
Rothenberg AD, Gaduh A, Burger NE, Chazali C, Tiandraningsih I, Radikun R, Sutera C, Weilant S. 2016. "Rethinking Indonesia's informal sector". *World Dev.* 80(2016):96-113. <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2015.11.005>.

Shafie AA, Hassali MA. 2013. "Willingness to pay for voluntary community-based health insurance : Findings from an exploratory study in the state of Penang, Malaysia". *Social Science & Medicine* 96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.045>.

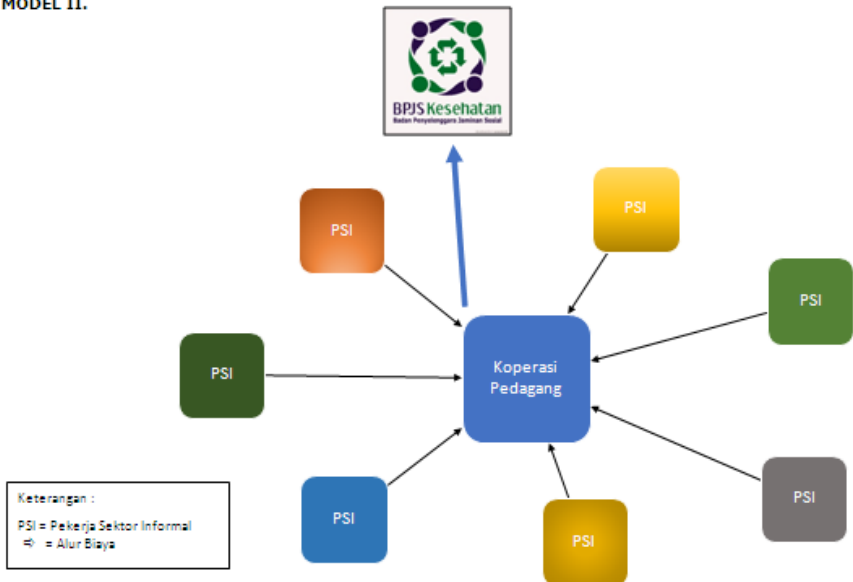
Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Murauskiene L, Groot W. 2015. "Informal payment for health care service : The case of Lithuania, Poland and Ukraine". *J. Eurasian Studies* 6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.euras.2014.11.002>.

- Thaheer H, Andria F. 2012. “Kesiapan pemda menuju kepesertaan menyeluruh jaminan kesehatan”. *Seminar Hasil Penelitian Bersumber Dana Hibah DJSN*, 2 Desember 2011.
- Triyono, Soewartoyo. 2013. “Kendala kepesertaan program jaminan sosial terhadap pekerja di sektor informal : Studi Kasus di Kota Surabaya”. *Jurnal Hukum PRIORIS*, 3(3) : 28-41. [diunduh 2016 Jan 2]. Tersedia pada:<http://lib.law.ugm.ac.id/ojs/index.php/jhpr/article/view/3557>.

Lampiran 1. Model Alternatif Pembiayaan



MODEL II.



MODEL III.

