

POTRET MASYARAKAT SEKTOR INFORMAL DI INDONESIA: MENGENAL DETERMINAN PROBABILITAS KEIKUTSERTAAN JAMINAN KESEHATAN SEBAGAI UPAYA PERLUASAN KEPESERTAAN PADA SKEMA NON PBI MANDIRI

*PORTRAIT OF THE INFORMAL SECTOR IN INDONESIA: ASSESSING THE PROBABILITY
DETERMINANTS FOR VOLUNTARY HEALTH INSURANCE ENROLLMENT*

Arih Diyaning Intiasari¹, Laksono Trisnantoro², Julita Hendrartini²

¹Universitas Jenderal Soedirman Purwakarta

²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

ABSTRAK

Latar Belakang: Perluasan kepesertaan jaminan kesehatan pada masyarakat sektor informal masih merupakan permasalahan nyata di berbagai negara. Karakteristik spesifik yang dimiliki oleh masyarakat sektor informal mempunyai potensi negatif dan positif yang harus bisa dikenali oleh pembuat kebijakan dalam rangka memberikan rekomendasi kebijakan yang paling tepat. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan karakteristik masyarakat sektor informal terhadap kepemilikan jaminan kesehatan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam upaya perluasan cakupan kepesertaan Non PBI Mandiri dimasa yang akan datang.

Metode Penelitian: Penelitian ini merupakan studi observasional analitik dengan rancangan Cross sectional dengan pendekatan data kuantitatif yang digunakan berhasil mendapatkan sebanyak 349.491 responden masyarakat sektor informal di Indonesia. Untuk memberikan gambaran karakteristik masyarakat sektor informal dalam kepemilikan Jaminan kesehatan digunakan analisis data univariat dan bivariat.

Hasil: Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa faktor yang berhubungan dengan kepemilikan asuransi sukarela adalah umur ($p < 0,001$), pendidikan ($p < 0,001$), pekerjaan ($p < 0,001$), status perkawinan ($p = 0,002$), status dalam keluarga ($p = 0,035$), tempat tinggal ($p < 0,001$), status ekonomi ($p < 0,001$), status tempat tinggal ($p < 0,001$), kepemilikan obat tradisional ($p < 0,001$) dan kepemilikan riwayat penyakit kronis ($p < 0,013$). Sebanyak 95,4% responden tidak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan

Kesimpulan: Upaya perluasan cakupan kepesertaan Non PBI mandiri tidak hanya membutuhkan promosi kesehatan yang baik, akan tetapi juga harus diimbangi dengan kebijakan pemerataan akses dan peningkatan kuantitas serta kualitas pelayanan kesehatan. Upaya untuk mengkaji potensi pembiayaan kesehatan, utamanya melalui identifikasi revenue collection dan metode pengumpulan premi yang tepat bagi masyarakat sektor informal harus terus dilakukan.

Kata Kunci: Non PBI Mandiri JKN, Masyarakat sektor informal

ABSTRACT

Background: The effort of extending of health insurance enrollment to informal sector has rise to become an agenda in Man countries. The informal sector has specific characteristic with positive and negative potential that should be recognize by all of decision makers in order to make appropriate policy. This research aims to analyze the informal sector characteristic regarding health insurance enrollment. The Renault may

contribute to extending universal coverage in the enrollment of Non PBI (voluntary scheme) on JKN in the coming years.

Method: This study was observasional analytic with cross sectional design. Quantitative approach was used to analyze 349.492 respondents from informal sector community in Indonesia. Univariate and bivariate data analysis was used to give information about correlation between informal sector characteristic and health insurance enrollment.

Result: Data analysis showed the variables correlate into health insurance enrollment are: Age ($p < 0,001$), Education ($p < 0,001$), jobs ($p < 0,001$), marital status ($p = 0,002$), role on family ($p = 0,035$), place of resident ($p < 0,001$), economic status ($p < 0,001$), home status ($p < 0,001$), traditional medication stock ($p < 0,001$) and history of chronic illness ($p < 0,013$). Many respondents (95,4%) have no access to health care provider

Conclusion: Effort on extending of non PBI (voluntary scheme) enrollment not only need a good health promotion, but also balancing with policies in order to ensure many factors such as equity on health care access and increasing the quantity and quality of health care. There must be a policy analysis to explore health financing potential on informal sector community, especially to identify the appropriate and adequate methods on revenue collection and premium collection.

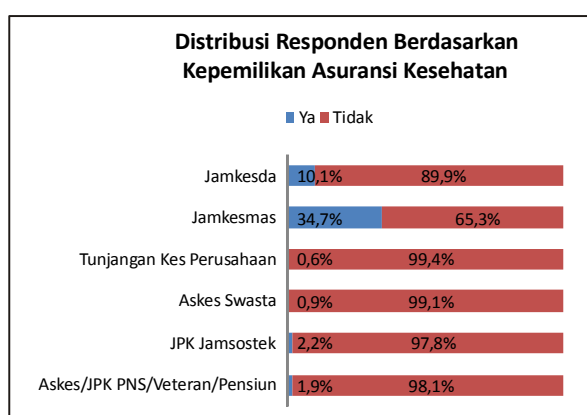
Keyword: Non PBI Voluntary on JKN, Informal sector

PENGANTAR

Data Riskesdas Tahun 2013 menunjukkan gambaran kepemilikan asuransi atau jaminan kesehatan di Indonesia. Jamkesmas dan Jamkesda merupakan jenis jaminan kesehatan terbanyak yang dimiliki oleh masyarakat di Indonesia. Masyarakat miskin telah semaksimal mungkin mendapatkan jaminan kesehatan oleh negara. Sebanyak 34,7% mendapatkan Jamkesmas. Sementara Jamkesda merupakan terobosan bagi pemerintah kabupaten yang mampu untuk membiayai pelayanan kesehatan masyarakat di daerahnya. Pada beberapa tempat dengan anggaran yang lebih terbatas, maka anggaran Jamkesda diperuntukkan bagi masyarakat miskin non kuota Jamkesmas. Masih diperlukan upaya-upaya untuk memperluas cakupan kepemilikan jaminan kesehatan dan asuransi kesehatan bagi masyarakat Indonesia.

Perluasan kepesertaan skema Non PBI Mandiri dihadapkan pada beberapa masalah. Pertama, Fenomena Adverse Selection yang membuat risk pooling yang tidak sehat bagi keberlanjutan skema JKN. Terkumpulnya peserta yang mayoritas beresiko sakit mengakibatkan tingginya jumlah klaim pelayanan kesehatan dan subsidi premi yang tidak tepat dalam skema JKN.

Kedua, Masih rendahnya perceived financial risk masyarakat. Kebutuhan akan jaminan kesehatan belum dirasa menjadi kebutuhan penting. Ketiga, adanya penunggakan pembayaran premi bulanan oleh peserta yang sudah terdaftar. Penunggakan premi lebih dari 6 bulan mengakibatkan masyarakat peserta kehilangan hak untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan. Kebijakan pembebanan denda dilaksanakan dengan harapan akan peluang munculnya konsekuensi positif dalam pembayaran premi bulanan secara tepat waktu. Akan tetapi sebuah penelitian tentang sikap calon peserta non PBI mandiri di Kabupaten Brebes menunjukkan bahwa hanya 25,4% masyarakat yang setuju terhadap sistem pembebanan sejumlah denda pada peserta Non PBI mandiri yang menunggak pembayaran premi bulanan¹.



Sumber : Data Riskesdas 2013

Gambar1. Distribusi Kepemilikan Jaminan Kesehatan di Indonesia

Menurut Badan Pusat Statistik² Jawa Tengah, di Indonesia pada Tahun 2012 terdapat 44,2 juta orang (39,86%) yang bekerja pada sektor formal. Mayoritas penduduk Indonesia bekerja pada sektor informal, yaitu sebesar 66,6 juta (60,14%). Masyarakat Sektor informal mempunyai karakteristik tertentu yang harus dipahami dengan baik. Pekerja informal dalam peta jalan JKN 2012-2019 adalah Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau pekerja di luar hubungan kerja (pekerja mandiri), yang sebagian besar tidak menempati lokasi usaha yang permanen dan memi-

liki penghasilan tidak tetap³. Penelitian yang dilakukan Siswoyo⁴ menemukan bahwa pada umumnya tingkat kesadaran pekerja sektor informal terhadap manfaat JKN termasuk kategori tinggi namun sebagian besar pekerja sektor informal cenderung menunda untuk bergabung sebagai peserta JKN.

Penentuan variabel kepemilikan asuransi komersial atau swasta sebagai variabel dependen pada penelitian ini dilakukan dengan asumsi bahwa dibutuhkan pemahaman terhadap karakteristik masyarakat informal yang akan menjadi target perluasan skema Non PBI Mandiri dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yaitu skema JKN yang mengharuskan adanya pembayaran premi bulanan untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan.

Perluasan kepesertaan jaminan kesehatan pada masyarakat sektor informal masih merupakan permasalahan nyata di berbagai negara. Karakteristik spesifik yang dimiliki oleh masyarakat sektor informal mempunyai potensi negatif dan positif yang harus bisa dikenali oleh pembuat kebijakan dalam rangka memberikan rekomendasi kebijakan yang paling tepat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik masyarakat sektor informal terhadap kepemilikan jaminan kesehatan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam upaya perluasan cakupan kepesertaan Non PBI Mandiri dimasa yang akan datang.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan hasil analisis lanjut dari data Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Seleksi sampel dilakukan dengan memberikan batasan kepada masyarakat yang mempunyai pekerjaan sektor informal yang tidak termasuk peserta Jamkesmas dan Jamkesda. Variabel Dependen dalam penelitian ini adalah kepemilikan asuransi kesehatan komersial atau swasta. Variabel independen penelitian adalah: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status ekonomi, status pemukiman, jenis pekerjaan, status perkawinan dan status dalam keluarga.

Rancangan menggunakan *cross sectional* dengan jumlah responden sebanyak 349.491 responden masyarakat sektor informal di Indonesia untuk memberikan gambaran karakteristik masyarakat sektor informal dalam kepemilikan jaminan kesehatan digunakan analisis data univariat dan bivariat.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Kepemilikan Asuransi Kesehatan Komersial pada Masyarakat Sektor Informal

Data menunjukkan bahwa hanya 0,5% saja masyarakat sektor informal di Indonesia yang memiliki asuransi kesehatan komersial. Mayoritas masyarakat

kat sektor informal ini tidak mempunyai asuransi kesehatan apapun. Bisa jadi hal tersebut disebabkan tingginya harga premi asuransi komersial. Kebijakan *collecting* premi melalui skema Non PBI Mandiri pun mengalami kesulitan dengan semakin tingginya angka penunggakan premi pada skema yang diperuntukkan bagi masyarakat sektor informal ini. Data BPJS Kesehatan tahun 2015 menunjukkan peningkatan tajam penunggakan premi di berbagai wilayah di Indonesia berkisar antara 20-50% pada akhir Oktober 2015. Serangkaian upaya harus dilakukan dalam kerangka perluasan cakupan kepesertaan JKN.

Tabel 1. Kepemilikan Asuransi Kesehatan Komersial pada Masyarakat Sektor Informal

Kepemilikan asuransi kesehatan Komersial	Jumlah	Persentase
tidak	347703	99,5%
ya	1788	0,5%
Total	349491	100,0%

2. Karakteristik Masyarakat Sektor Informal

Pengenalan terhadap karakteristik masyarakat sektor informal diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pembuatan kebijakan yang tepat sasaran. Tabel berikut mendeskripsikan prosentase nilai masing-masing variabel penelitian pada responden penelitian.

Tabel 2. Karakteristik Masyarakat Sektor Informal

Karakteristik	Jumlah	Persentase
Kelompok umur (Tahun):		
0 - 15	2.511	0,7%
16 - 25	47.045	13,5%
26 - 35	89.511	25,6%
36 - 45	88.676	25,4%
46 - 55	66.792	19,1%
56 - 65	36.919	10,6%
66 - 75	14.390	4,1%
> 75	3.647	1,0%
Jenis kelamin:		
Laki-laki	229.256	65,6%
Perempuan	120.235	34,4%
Tingkat Pendidikan		
Tidak/belum pernah sekolah	23.071	6,6%
Tidak tamat SD/MI	50.990	14,6%
Tamat SD/MI	130.752	37,4%
Tamat SLTP/MTS	66.716	19,1%
Tamat SLTA/MA	68.345	19,6%
Tamat D1/D2/D3	4.530	1,3%
Tamat PT	5.087	1,5%
Pekerjaan utama:		
Wiraswasta	100.632	28,8%
Petani	132.772	38,0%
Nelayan	6.526	1,9%
Buruh	81.127	23,2%
lainnya	28.434	8,1%
Status kawin:		
Belum menikah	52.007	14,9%
menikah	273.374	78,2%
Hidup bersama	283	0,1%
Cerai hidup	5.595	1,6%
Hidup terpisah	1.379	0,4%
Cerai mati	16854	4,8%
Status dalam keluarga:		
kepala rumah tangga	193.233	55,3%
Istri/Suami	81.929	23,4%
Anak kandung	53.980	15,4%
Anak angkat/tiri	687	0,2%
Menantu	7.161	2,0%
Cucu	1.282	0,4%
Orang tua/mertua	4.091	1,2%
Famili lain	5.362	1,5%
Pembantu rumah tangga	1.034	0,3%
lainnya	733	0,2%
Tempat Tinggal		
Perkotaan	142.895	40,9%
Perdesaan	206.596	59,1%

Lanjutan Tabel 2.

Karakteristik	Jumlah	Persentase
Status ekonomi nasional		
1	67.780	19,4%
2	78.680	22,5%
3	82.114	23,5%
4	72.629	20,8%
5	48.288	13,8%
Status tempat tinggal		
Milik sendiri	299.713	85,8%
Kontrak	15.759	4,5%
Sewa	5.389	1,5%
Bebas sewa (milik orang lain)	3.518	1,0%
Bebas sewa (milik orang tua/sanak/saudara)	21.976	6,3%
Rumah dinas	2.419	0,7%
Lainnya	718	0,2%
Penyakit Kronis		
Ya	70.459	20,2%
Tidak	279.032	79,8%
Total	349.491	100,0%

Rata-rata usia responden berada pada rentang 26-35 tahun (25,6%) dan 36-45 tahun (25,4%). Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebanyak 229.256 orang (65,6%). Proporsi responden yang menamatkan perguruan tinggi adalah sebanyak 5.087 orang (1,5%). Distribusi responden berdasarkan pekerjaan utama menunjukkan kebanyakan responden bekerja sebagai petani (38%), wiraswasta (28,8%), dan buruh (23,2%). Responden yang menikah memiliki proporsi terbanyak, yaitu 273.374 orang (78,2%), yang belum menikah sebanyak 52.007 orang (14,9%). Sebanyak 55,3% responden merupakan kepala keluarga sementara, 23,4% istri/suami, 15,4% merupakan anak kandung, sementara sisanya statusnya bukan merupakan keluarga inti. Distribusi responden berdasarkan tempat tinggal menunjukkan proporsi responden yang tinggal di perkotaan hampir sama dengan yang tinggal di perdesaan, yaitu 40,9% banding 59,1%. Tabel tersebut menunjukkan sebaran responden berdasarkan pembagian kuintil status ekonomi di mana kuintil 5 menunjukkan sosial ekonomi tinggi sebanyak 48.288 orang (13,8%). Sebanyak 85,8% responden tinggal di rumah milik sendiri, sementara masih ada 0,2% responden (718 orang) yang tinggal di tempat lain (di luar sewa/kontrak/rumah dinas). Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa terdapat 20,2% responden yang pernah mengalami penyakit kronis (kanker, kencing manis, hipertensi, penyakit jantung koroner, penyakit gagal jantung, penyakit sendi, atau stroke).

3. Pola Pencarian Pengobatan pada Masyarakat Sektor Informal

Tabel 3. Pola Pencarian Pengobatan pada Masyarakat Sektor Informal

Pola Pencarian Pengobatan	Jumlah	Persentase
Menyimpan Obat Tradisional		
Ya	111.092	31,8%
Tidak	238.399	68,2%
Total	349.491	100,0%
Akses Pelayanan Kesehatan Tradisional		
Ya	108.899	31,2%
Tidak	240.592	68,8%
Total	349.491	100,0%
Upaya Pengobatan Sendiri		
Ya	108.695	31,1%
Tidak	240.796	68,9%
Total	349.491	100,0%
Akses Terhadap Fasilitas Kesehatan		
Ya	33.171	9,5%
Tidak	316.321	90,5%
Total	349.491	100,0%

Berdasarkan status kepemilikan obat tradisional, sebanyak 31,8% mengaku menyimpan obat tradisional untuk pengobatan sendiri. Sebanyak 108.899 orang (31,2%) mengaku mendatangi pelayanan kesehatan tradisional untuk berobat. Berdasarkan Tabel tersebut diketahui bahwa terdapat 108.695 responden (31,3%) yang melakukan pengobatan sendiri ketika sakit. Ketika sakit, hanya terdapat 9,5% responden yang pergi ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pengobatan.

4. Determinan Keikutsertaan Masyarakat Sektor Informal dalam Jaminan Kesehatan

Tabel 4. Determinan Keikutsertaan Masyarakat Sektor Informal dalam Jaminan Kesehatan

Faktor	Asuransi Sukarela				p-value	OR
	Ya		tidak			
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Umur (Tahun)						
0 - 15	17	0,7%	2.495	99,3%	0,000	4,4
16 - 25	177	0,4%	46.867	99,6%		2,5
26 - 35	588	0,7%	88.923	99,3%		4,4
36 - 45	562	0,6%	88.115	99,4%		4,3
46 - 55	293	0,4%	66.499	99,6%		2,9
56 - 65	116	0,3%	36.803	99,7%		2,1
66 - 75	30	0,2%	14.360	99,8%		1,4
> 75	5	0,1%	3.641	99,9%		1,0
Jenis Kelamin						
Laki-laki	1.133	0,5%	228.123	99,5%	0,232	1,1
Perempuan	655	0,5%	119.580	99,5%		
Pendidikan						
Tidak/belum pernah sekolah	27	0,1%	23.045	99,9%	0,000	1,0
Tidak tamat SD/MI	66	0,1%	50.924	99,9%		1,1
Tamat SD/MI	175	0,1%	130.577	99,9%		1,1
Tamat SLTP/MTS	183	0,3%	66.534	99,7%		2,3
Tamat SLTA/MA	813	1,2%	67.531	98,8%		10,3
Tamat D1/D2/D3	193	4,3%	4.336	95,7%		38,1
Tamat PT	330	6,5%	4.756	93,5%		59,4
Pekerjaan						
Wiraswasta	1.247	1,2%	99.385	98,8%	0,000	18,7
Petani	89	0,1%	132.683	99,9%		1,0
Nelayan	11	0,2%	6.515	99,8%		2,6
Buruh	226	0,3%	80.901	99,7%		4,2
lainnya	213	0,8%	28.220	99,2%		11,3
Status Perkawinan						
Belum menikah	307	0,6%	51.699	99,4%	0,002	3,4
menikah	1.426	0,5%	271.947	99,5%		3,0
Hidup bersama	2	0,8%	280	99,2%		4,8
Cerai hidup	21	0,4%	5.574	99,6%		2,1
Hidup terpisah	1	0,1%	1.377	99,9%		0,5
Cerai mati	29	0,2%	16.824	99,8%		1,0
Hubungan dengan kepala keluarga						
kepala rumah	946	0,5%	192.287	99,5%	0,035	3,3
Istri/Suami	508	0,6%	81.421	99,4%		4,2
Anak kandung	263	0,5%	53.717	99,5%		3,3
Anak angkat/tiri	1	0,1%	686	99,9%		1,0
Menantu	21	0,3%	7.140	99,7%		2,0
Cucu	4	0,3%	1.279	99,7%		1,9
Orang tua/mertua	6	0,1%	4.085	99,9%		1,0
Famili lain	27	0,5%	5.335	99,5%		3,4
Pembantu rumah	12	1,2%	1.021	98,8%		8,0
lainnya	0	0,0%	733	100,0%		0,2
Tempat tinggal						
Perkotaan	1.506	1,1%	141.390	98,9%	0,000	7,8
Perdesaan	282	0,1%	206.314	99,9%		
Status Ekonomi						
1	72	0,1%	67.708	99,9%	0,000	1,0
2	51	0,1%	78.628	99,9%		0,6
3	154	0,2%	81.960	99,8%		1,8
4	341	0,5%	72.288	99,5%		4,5
5	1.169	2,4%	47.119	97,6%		23,4
Status Tempat Tinggal						
Milik sendiri	1.358	0,5%	298.355	99,5%	0,000	1,0
Kontrak	225	1,4%	15.534	98,6%		3,2
Sewa	61	1,1%	5.327	98,9%		2,5
Bebas sewa (milik orang lain)	11	0,3%	3.507	99,7%		0,7
Bebas sewa (milik orang tua/sanak/saudara	87	0,4%	21.890	99,6%		0,9
Rumah dinas	44	1,8%	2.375	98,2%		4,0
Lainnya	2	0,3%	716	99,7%		0,6

Lanjutan Tabel 4.

Faktor	Asuransi Sukarela				p-value	OR
	Ya		tidak			
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Menyimpan obat tradisional						
Ya	928	0,8%	110.165	99,2%	0,000	2,3
Tidak	860	0,4%	237.539	99,6%		
Akses yankes tradisional						
Ya	628	0,6%	108.271	99,4%	0,089	1,2
Tidak	1.160	0,5%	239.432	99,5%		
Mengobati Sendiri						
Ya	516	0,5%	108.179	99,5%	0,334	0,9
Tidak	1.271	0,5%	239525	99,5%		
Akses Fasilitas Kesehatan						
Ya	166	0,5%	33.005	99,5%	0,854	1,0
Tidak	1.622	0,5%	314.699	99,5%		
Total	1.788	0,5%	347703	99,5%		
Riwayat Penyakit Kronis						
Tidak	1.495	0,5%	277.537	99,5%	0,013	1,3
Ya	292	0,4%	70.167	99,6%		
Total	1.788	0,5%	347.703	99,5%		

Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa faktor yang berhubungan dengan kepemilikan asuransi kesehatan sukarela adalah umur ($p < 0,001$), pendidikan ($p < 0,001$), pekerjaan ($p < 0,001$), status perkawinan ($p = 0,002$), status dalam keluarga ($p = 0,035$), tempat tinggal ($p < 0,001$), status ekonomi ($p < 0,001$), status tempat tinggal ($p < 0,001$), kepemilikan obat tradisional ($p < 0,001$) dan kepemilikan riwayat penyakit kronis ($p < 0,013$).

Umur. Usia yang memiliki kemungkinan tertinggi dalam memiliki asuransi kesehatan komersial adalah umur 0-15 tahun ($OR = 4,4$), 26-35 tahun ($OR = 4,4$), dan 36-45 tahun ($OR = 4,3$), jika dibandingkan dengan mereka yang berumur di atas 75 tahun.

Pendidikan. Jika kepemilikan asuransi kesehatan komersial dihubungkan dengan pendidikan, mereka yang tamat SLTA/MA menunjukkan kemungkinan 10,3 kali lebih tinggi dan lulusan D1/D2/D3 menunjukkan kemungkinan 38,1 kali lebih tinggi untuk memiliki akses sukarela dibandingkan dengan mereka yang tidak sekolah.

Pekerjaan. Jika dibandingkan dengan petani, wiraswasta memiliki kemungkinan 18,7 kali lipat lebih tinggi untuk memiliki akses sukarela, sedangkan buruh memiliki kemungkinan 4,2 kali lipat lebih tinggi dibanding petani.

Status Perkawinan. Yang memiliki kemungkinan lebih besar untuk memiliki asuransi kesehatan komersial jika dihubungkan dengan status perkawinan adalah status hidup bersama di mana kemungkinannya 4,8 kali lebih besar jika dibandingkan dengan mereka yang cerai mati.

Status dalam keluarga. Berdasarkan status dalam keluarga, istri/suami memiliki kemungkinan 4,2 kali lebih tinggi untuk memiliki asuransi kesehatan

komersial jika dibandingkan dengan orang tua/mertua, sementara kemungkinan paling tinggi adalah pembantu ($OR = 8$).

Status Area Pemukiman. Orang yang tinggal di daerah perkotaan memiliki kemungkinan 7,8 kali lebih tinggi untuk mempunyai asuransi kesehatan komersial dibanding dengan orang yang tinggal di perdesaan.

Status Ekonomi. Jika dilihat dari status ekonomi, mereka yang berada pada kuintil 4 dan 5 (status ekonomi tinggi) memiliki kemungkinan 4,5 dan 23,4 kali lipat lebih tinggi untuk memiliki asuransi kesehatan komersial jika dibandingkan dengan mereka yang berada pada kuintil 1 (sosial ekonomi rendah).

Status Tempat Tinggal. Berdasarkan analisis hubungan status tempat tinggal dengan kepemilikan asuransi kesehatan komersial, mereka yang tinggal di rumah dinas memiliki kemungkinan 4 kali lebih tinggi untuk memiliki asuransi kesehatan komersial jika dibandingkan dengan mereka yang tinggal di rumah milik sendiri.

Kepemilikan obat tradisional. Mereka yang terbiasa menyediakan obat tradisional di rumah memiliki kemungkinan 2,3 kali lebih besar untuk memiliki asuransi kesehatan komersial.

Riwayat Penyakit Kronis. Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa terdapat hubungan antara kepemilikan riwayat penyakit kronis dengan kepemilikan asuransi kesehatan komersial ($p = 0,013$). Hasil analisis menunjukkan mereka yang tidak memiliki riwayat penyakit kronis berkemungkinan 1,3 kali lebih besar untuk memiliki asuransi kesehatan komersial dibandingkan dengan mereka yang memiliki penyakit kronis.

Kondisi tersebut ditambah dengan kenyataan bahwa sebagian besar dari mereka belum menyadari perlunya iuran untuk jaminan kesehatan dan bahkan belum mengerti apa itu jaminan kesehatan. Upah yang rendah memberikan keterbatasan akses terhadap pendidikan, makanan yang bergizi, penyediaan tempat tinggal yang layak dan juga pelayanan kesehatan yang berkualitas⁵.

Tingginya kebutuhan akan bentuk perlindungan sosial bagi pekerja ekonomi informal dimana jaminan kesehatan menjadi prioritas utama. Terdapat porsi yang signifikan dari pekerja ekonomi informal yang ingin berkontribusi sesuai aturan berdasarkan survei di daerah perkotaan, sekitar 41,4 % menyatakan siap memberikan kontribusinya, sementara sekitar 16% memeberkan respon positif di pedesaan.

Pengenalan terhadap pola pencarian pelayanan kesehatan akan mempengaruhi pola pembiayaan kesehatan di suatu komunitas⁶. Upaya penyediaan akses jangan hanya berkuat pada penyediaan pelayanan kesehatan tetapi juga dalam upaya pengendalian biaya kesehatan, misalnya rasionalisasi penggunaan obat generik sebagai salah satu contohnya⁷. Bagi pekerja yang tidak tercover asuransi kesehatan hal ini akan terlihat pada perilaku mereka dalam pencarian pelayanan kesehatan. Sebuah penelitian di Shenzen China ditemukan bahwa para buruh migran yang tidak mempunyai jaminan kesehatan pada awalnya menunjukkan hasil bahwa 62,15% buruh migran tidak mengakses pelayanan kesehatan ketika sakit. Sebanyak 37,85% yang mengakses pelayanan kesehatan memutuskan untuk tidak melakukan kunjungan ulang (Kontrol) karena tidak mempunyai biaya⁸. Kirigia⁹ menemukan bahwa banyak hal yang harus dipersiapkan terkait pembiayaan kesehatan diantaranya adalah sumber pembiayaan yang adekuat dan kepastian untuk penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

KESIMPULAN DAN SARAN

Upaya perluasan cakupan kepesertaan Non PBI mandiri tidak hanya membutuhkan promosi kesehatan yang baik, akan tetapi juga harus diimbangi dengan kebijakan pemerataan akses dan peningkatan kuantitas serta kualitas pelayanan kesehatan.

Upaya untuk mengkaji potensi pembiayaan kesehatan, utamanya melalui identifikasi revenue collection dan metode pengumpulan premi yang tepat bagi masyarakat sektor informal harus terus dilakukan

REFERENSI

1. Purwandari, Septiana Ika dan Chatila, Maharani (2015) Analisis Sikap Pekerja Informal Non PBI Yang Belum Terdaftar Program Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2014 di Kabupaten Brebes. *Unnes Journal of Public Health Vol.4 No.2 Tahun 2015*.
2. Badan Pusat Statistik (2012) *Klasifikasi Buku Jenis Pekerjaan di Indonesia*. CV. Nario Sari
3. Tim Penyusun. (2012). *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*. Jakarta: Dewan Jaminan Sosial Nasional
4. Siswoyo, Budi Eko (2015) Kesadaran Pekerja Sektor Informal Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. *Thesis*.
5. ILO, 2012. World of Work Report 2012. Better Jobs and Better Economy. Geneva. ILO
6. Orem JM and Zikusooka CM, 2010. Health Financing Reform in Uganda : How Equitable is The Proposed National Health Insurance Scheme?. *International Journal For Equity in Health* 2010.
7. Vialle-Valentin CE, Ross-Degnan D, Ntaganita J, Wagner AK, 2008. Medicine Coverage and Community Based Health Insurance in Low Income Countries. *Health Research Policy and Systems*, 2008. 6;11.
8. Mou J, Cheng J, Zhang D, Jiang H, Lin L, Griffiths SM, 2009. Health Care Utilization Among Shenzen Migrant Workers : Does Being Insured Make a Difference?. *BMC Health Service Research* 2009, 9:214.
9. Kirigia JM, Zere E, Akazili J, 2012. National Health Financing Policy in Eritrea: A Survey Preliminary Consideration. *BMC International Health and Human Right*.
10. ILO, 2010. *Social Security For Informal Economy Workers in Indonesia : Looking For Flexible and Highly Targeted Programmes*. Jakarta