

## APAKAH JAMINAN KESEHATAN DIMINATI PEKERJA SEKTOR INFORMAL?

*IS HEALTH INSURANCE PREFERRED BY INFORMAL WORKER?*

Diyang Gita Cendekia

Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Selatan

### ABSTRAK

Gambaran umum sektor informal identik dengan tidak teratur, tidak terorganisir, dan bergerak pada usaha skala kecil. Rentannya pekerja sektor informal pada risiko kecelakaan kerja dan gangguan kesehatan menyebabkan kepesertaan jaminan kesehatan perlu dikaji. Penelitian ini merupakan penelitian pendahuluan yang menggunakan data Survei Sosial Ekonomi Nasional Bulan Maret Tahun 2018 yang dikumpulkan oleh Badan Pusat Statistik. Dengan menggunakan metode analisis deskriptif, temuan penting dalam penelitian ini menggambarkan jaminan kesehatan diminati oleh pekerja sektor informal. Mayoritas pekerja sektor informal dalam penelitian ini merupakan peserta jaminan kesehatan penerima bantuan iuran (PBI). Jika dilihat berdasarkan kewilayahan, hanya enam provinsi yang memiliki persentase kepesertaan PBI kurang dari 50 persen. Penerapan kebijakan yang berbeda di setiap wilayah perlu dilakukan untuk meningkatkan kepesertaan jaminan kesehatan.

**Kata kunci:** Kesehatan, Pekerja Informal, Perlindungan Sosial

### ABSTRACT

*The general description of the informal sector is identical by being irregular, disorganized, and engaged in small-scale businesses. The vulnerability of informal sector workers to the risk of workplace accidents and health problems causes health insurance membership to be studied. This study is a preliminary study using March 2018 National Socio-Economic Survey data conducted by Statistics of Indonesia. By using a descriptive analysis method, important findings in this study illustrate that health insurance is in demand by informal sector workers. The majority of informal sector workers in this study were participants of health insurance beneficiaries of contribution assistance (PBI). Based on regional, only six provinces have a PBI membership of less than 50 percent. Implementation of different policies in each region needs to be done to improve health insurance membership.*

**Keywords:** Health, Informal Worker, Social Protection

### PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan salah satu komponen yang digunakan dalam meningkatkan kualitas manusia [10]. Jumlah penduduk Indonesia yang besar menjadi tantangan tersendiri bagi pemerintah, khususnya di bidang kesehatan. Salah satu program yang disediakan pemerintah dalam wujud perlindungan sosial adalah program jaminan kesehatan yang diharapkan mampu menjangkau seluruh penduduk Indonesia termasuk pekerja sektor informal (15). Pekerja sektor informal umumnya memiliki karakteristik seperti tidak teratur, tidak terorganisir, dan bergerak pada usaha skala kecil [21; 20]. Penggunaan teknologi yang cukup minimal pada sektor pekerjaan informal juga dapat menyebabkan minimnya produktivitas dan kesejahteraan yang dihasilkan jika dibandingkan dengan pekerjaan formal [26].

Jika dilihat pada sisi ekonomi, pekerjaan sektor informal seringkali dikaitkan dengan upah yang rendah, risiko kerja yang tinggi dan minim akan perlindungan [20]. Hal tersebut mengindikasikan bahwa pekerja sektor informal terpapar risiko kecelakaan dan gangguan kesehatan. Permintaan terhadap jaminan kesehatan seringkali didasarkan pada ketidakpastian dengan penyakit yang menimpa [12]. Beberapa penelitian telah

melakukan penelitian mengenai pekerja informal [7; 21; 25; 19], namun hanya sedikit yang mengaitkannya dengan jaminan kesehatan [3; 4; 19]. Dengan demikian, mengingat pentingnya pekerja sektor informal seringkali dianggap penting untuk pembangunan dan kesejahteraan [21], maka perlu dikaji lebih lanjut karakteristik kepesertaan jaminan kesehatan di Indonesia.

### METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan kuantitatif. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data Survei Sosial Ekonomi Nasional Bulan Maret Tahun 2018 yang pada selanjutnya akan disebut susenas 2018. Susenas 2018 merupakan survei yang dilakukan Badan Pusat Statistik (BPS) setiap enam bulan sekali (Maret dan September). Ketersediaan data sosial ekonomi yang cukup lengkap serta jumlah sampel yang banyak merupakan pertimbangan dalam penggunaan data susenas 2018 Bulan Maret.

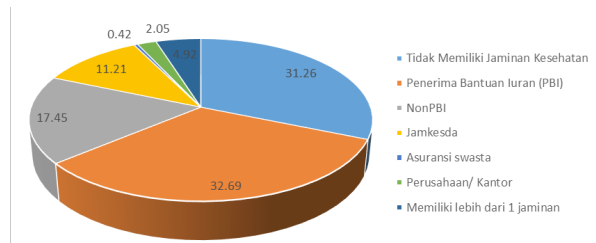
Jumlah sampel dalam susenas 2018 Bulan Maret sebanyak 300.000 rumah tangga dari 34 provinsi di Indonesia. Namun demikian, tidak semua individu dalam rumah tangga terpilih sebagai unit analisis. Unit analisis dalam penelitian

ini adalah pekerja sektor informal. Pengkategorian pekerja sektor informal dalam penelitian ini mengikuti pengkategorian yang ditetapkan oleh BPS dimana pengkategorian tersebut didasarkan pada status pekerjaan utama seminggu yang lalu.

BPS menyebutkan status pekerjaan utama seminggu yang lalu dibedakan menjadi (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; dan (7) pekerja tak dibayar dimana buruh/karyawan/pegawai dan berusaha dibantu buruh tetap/buruh dibayar termasuk dalam kategori formal, sedangkan yang lainnya masuk dalam kategori informal [5]. Adapun metode analisis deskriptif berupa tabulasi silang untuk melihat karakteristik kepesertaan jaminan kesehatan pada pekerja sektor informal.

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Sakit merupakan sesuatu yang tidak pasti, kapan itu terjadi, dimana, bahkan siapa yang mengalami. Asuransi kesehatan atau jaminan kesehatan merupakan salah satu yang dapat dilakukan untuk meringankan ketidakpastian tersebut [12]. Terdapat beberapa jenis jaminan kesehatan yang ada di Indonesia, diantaranya adalah jaminan kesehatan nasional (Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan non PBI), jamkesda, asuransi swasta, dan perusahaan/kantor.

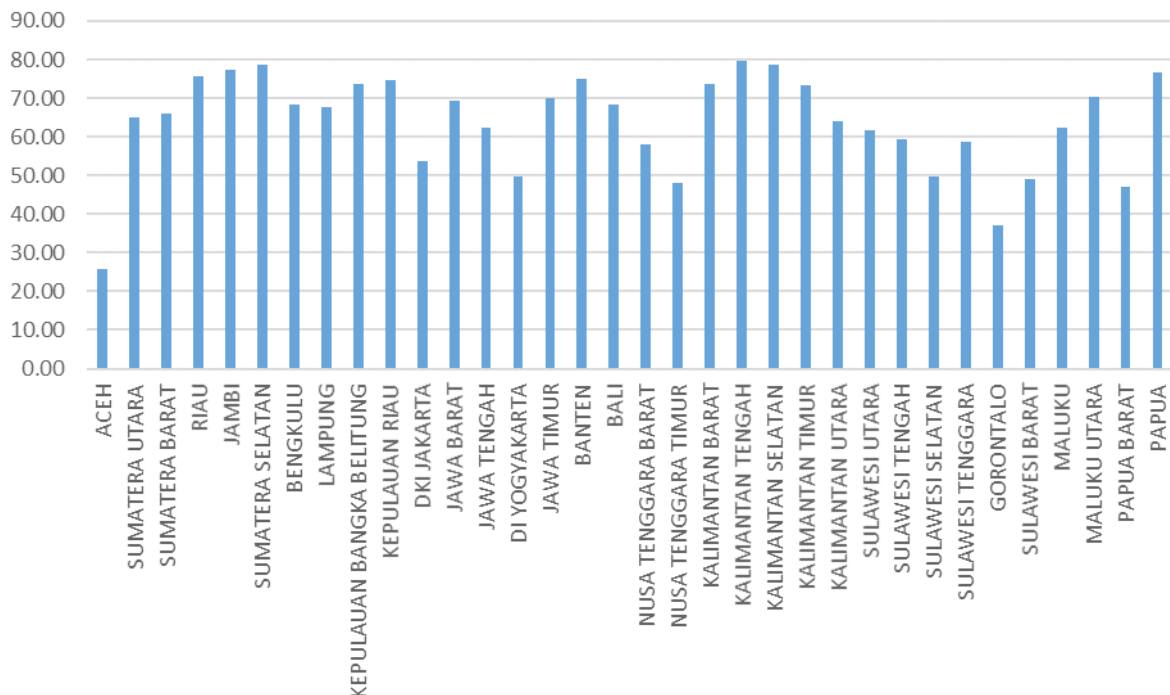


Sumber: Susenas 2018 (diolah)

Gambar 1. Kepesertaan Jaminan Kesehatan pada Pekerja Sektor Informal

Mengingat eratnya asosiasi antara pekerja sektor informal dan kemiskinan (Taufiq, 2018), maka kepesertaan jaminan kesehatan pada pekerja sektor informal menarik untuk dikaji. Berdasarkan Gambar 1, pekerja sektor informal yang ada di Indonesia sebagian besar sebagai peserta jaminan kesehatan. Adapun jenis jaminan kesehatan yang mendominasi adalah jaminan kesehatan PBI. Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa, PBI merupakan jaminan kesehatan diberikan kepada orang yang tergolong fakir miskin dan tidak mampu [15] dan secara rata-rata pekerja sektor informal memiliki pendapatan yang rendah [22]. Dengan demikian, hal ini menunjukkan adanya dugaan bahwa PBI telah diterima sesuai dengan peruntukannya. Namun demikian, diperlukan penelitian lebih lanjut untuk membuktikan hipotesis tersebut.

Gambar 2. Persentase Kepesertaan PBI pada Pekerja Sektor Informal



Sumber: Susenas 2018 (diolah)

Selanjutnya, analisis kewilayahan memiliki peranan penting untuk mengetahui karakteristik pekerja sektor informal agar dapat memudahkan pemerataan dan koordinasi program pembangunan [27]. Jika dilihat berdasarkan kewilayahan (Gambar 2), hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar provinsi di Indonesia memiliki persentase kepesertaan PBI diatas 50 persen. Hal menarik yang terlihat dari Gambar 2 adalah kepesertaan PBI di Provinsi Aceh yang paling rendah, yaitu hanya mencapai seperempat dari keseluruhan pekerja sektor informal. Hal tersebut diduga karena adanya program Jaminan Kesehatan Rakyat Aceh yang merupakan program pemerintah Provinsi Aceh dalam memberikan kesehatan gratis kepada seluruh rakyat Aceh dengan meningkatkan akses, pemerataan dan mutu pelayanan [13]. Adapun beberapa provinsi lain yang kepesertaan PBI tidak mencapai setengah dari pekerja sektor informal adalah Provinsi Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Selatan, Gorontalo, Sulawesi Barat, dan Papua Barat.

Hal menarik lainnya dalam hasil penelitian ini adalah kepesertaan jaminan kesehatan pekerja sektor informal yang paling sedikit adalah asuransi swasta (Gambar 1). Minimnya peserta asuransi swasta ini diduga karena biaya yang relatif mahal dibandingkan dengan asuransi lainnya [9]. Hasil penelitian ini juga mengindikasikan bahwa terdapat 1 dari 3 pekerja sektor informal yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Meskipun demikian, secara keseluruhan hal ini menunjukkan bahwa beberapa pekerja sektor informal memiliki lebih dari 1 jaminan kesehatan (Gambar 1).

Pendidikan merupakan komponen lain yang menentukan kualitas modal manusia [10]. Pendidikan memiliki hubungan dengan perilaku kesehatan baik secara langsung (meningkatkan kesadaran akan kesehatan) maupun secara tidak langsung (akses pada pekerjaan yang lebih aman dan penghasilan yang lebih tinggi) [14]. Jika dilihat dari sisi pendidikan, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pekerja sektor informal dengan pendidikan sekolah menengah sederajat dan diploma ke atas sebagian besar memiliki jaminan kesehatan lainnya (Tabel 1). Dengan pendidikan yang tinggi, seseorang mampu menjalani serangkaian tahapan berpikir secara runut seperti (1) sadar akan kebutuhan biaya kesehatan yang mahal; (2) pencarian informasi kepada para profesional dan kolega; (3) evaluasi hasil informasi yang dikumpulkan; dan (4) pengambilan keputusan [24].

Adapun jaminan kesehatan lainnya yang dipilih oleh pekerja sektor informal berpendidikan sekolah menengah dan diploma ke atas adalah

jaminan kesehatan non PBI. Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa peserta JKN non PBI merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang yang tidak mampu yang terdiri atas (1) pekerja penerima upah dan anggota keluarganya; (2) pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya; (3) bukan pekerja dan anggota keluarganya; dan (4) Penerima pensiun [14]. Hal ini mengindikasikan bahwa pekerja sektor informal dengan pendidikan menengah yang tidak tergolong dalam kategori miskin dan kurang mampu, lebih memilih jaminan kesehatan yang dikelola pemerintah. Namun demikian, diperlukan penelitian lebih lanjut untuk menguji hipotesis tersebut.

Tabel 1. Tabulasi Silang Persentase Pendidikan Berdasarkan Ijazah/STTB tertinggi dan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Pekerja Sektor Informal

Jaminan Kesehatan	Pendidikan		
	Maksimal Sekolah Dasar Sederajat	Sekolah Menengah Sederajat	Diploma ke atas
Penerima Bantuan Iuran (PBI)	40,15	29,87	16,63
Jaminan Kesehatan lainnya	24,65	38,02	68,24
Tidak Memiliki Jaminan Kesehatan	35,20	32,10	15,12
Total	100,00	100,00	100,00

Sumber: Susenas 2018 (diolah)

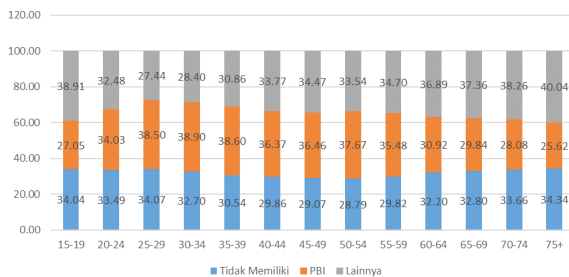
Selanjutnya, penelitian ini juga menggambarkan bahwa hampir setengah pekerja sektor informal memiliki pendidikan sekolah menengah sederajat. Jika dikaitkan dengan kepesertaan jaminan kesehatan yang terlihat pada Tabel 1, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pekerja sektor informal dengan pendidikan maksimal SD sederajat memiliki kepesertaan PBI. Namun demikian, jika dibandingkan dengan kelompok pendidikan yang lain, persentase pekerja sektor informal yang tidak memiliki jaminan kesehatan relatif tinggi. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adewole dkk (2017) di Nigeria yang menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi juga tingkat kesadaran menjadi peserta jaminan kesehatan.

Karakteristik demografi selanjutnya yang akan dikaji adalah kelompok umur. BPS menyebutkan bahwa penduduk Indonesia pada tahun 2015 tergolong dalam tipe ekspansif dimana penduduk Indonesia didominasi oleh penduduk kelompok umur muda [6]. Hal tersebut dianggap sebagai peluang sekaligus tantangan dalam memanfaatkan bonus demografi, dimana penduduk usia produktif lebih banyak dibandingkan dengan penduduk usia non produktif [10; 1].

Hal serupa juga terlihat jika dilihat dari struktur umur pekerja sektor informal, dimana hasil

penelitian ini mengindikasikan bahwa pekerja sektor informal sebagian besar adalah penduduk usia muda. Jika dikaitkan dengan kepesertaan jaminan kesehatan, secara umum hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pola kepesertaan PBI berdasarkan kelompok umur didominasi oleh penduduk pada kelompok umur 25-59 tahun (Gambar 4). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Kirigia dkk (2005) dalam penelitiannya yang dilakukan di Afrika Selatan menunjukkan terdapat korelasi positif antara umur dan kepemilikan jaminan kesehatan.

Gambar 4. Persentase Kepesertaan Jaminan Kesehatan Pekerja Sektor Informal Menurut Kelompok umur



Sumber: Susenas 2018 (diolah)

Perlu menjadi perhatian, bahwa penelitian ini hanya menggunakan data *cross-section* dengan analisis deskriptif. Walaupun demikian, hasil penelitian ini dapat menjadi informasi awal untuk penelitian yang lebih lanjut. Dengan demikian, pada penelitian selanjutnya, disarankan untuk melakukan pengembangan baik dalam hal penggunaan data (data panel) maupun dalam hal penggunaan metode analisis (analisis inferensial).

## KESIMPULAN

Penelitian ini merupakan penelitian pendahuluan yang bertujuan untuk mengetahui karakteristik kepesertaan jaminan kesehatan pekerja sektor informal. Temuan penting dalam penelitian ini menggambarkan bahwa jaminan kesehatan diminati oleh pekerja sektor informal. Adapun jenis jaminan kesehatan yang paling banyak kepesertaannya adalah jaminan kesehatan PBI. Selain itu, jika dilihat secara kewilayahan hanya sedikit provinsi dengan persentase kepesertaan jaminan kesehatan yang rendah. Hal tersebut mengindikasikan bahwa program jaminan kesehatan telah diberikan tepat pada peruntukannya. Lebih lanjut, penerapan kebijakan berdasarkan kewilayahan perlu dilakukan untuk meningkatkan kepesertaan jaminan kesehatan pekerja sektor informal.

Penelitian ini memiliki keterbatasan mengenai data dan metodologi. Dari segi data, penelitian ini hanya menggunakan data *cross-section*.

Sedangkan dari segi metodologi, metode analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif, sehingga hanya menggambarkan karakteristik dan indikasi adanya hubungan. Selain itu, pengkategorian pekerja sektor informal hanya didasarkan pada status pekerjaan utama dan belum mengkombinasikannya dengan jenis pekerjaan. Walaupun demikian, hasil penelitian ini dapat menjadi informasi awal untuk penelitian yang lebih lanjut. Oleh karena itu, pada penelitian selanjutnya disarankan untuk melakukan pengembangan baik dalam hal penggunaan data (data panel) dan maupun dalam hal penggunaan metode analisis (analisis inferensial).

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih terutama ditujukan kepada Pak Endan Suwardana, ST, M.Sc, PH.D dan Bu Euis Mulyaningsih, ST, MT sebagai pembimbing sekaligus motivator dalam menulis karya tulis ilmiah. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Pusdiklat BPS yang telah memfasilitasi pada kegiatan diklat penulisan karya tulis ilmiah.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Adioetomo SM. Bonus Demografi: Hubungan antara Pertumbuhan Penduduk dengan Pertumbuhan Ekonomi. Jakarta: BKKBN; 2005.
2. Adewole DA, Akanbi SA, Osungbade KO, Bello S. Expanding health insurance scheme in the informal sector in Nigeria: awareness as a potential demand-side tool. *The Pan African medical journal*. 2017;27.
3. Aji B, Intiasari AD, Masfiah S. Insights into urban informal workers in Indonesia: health insurance enrollment, adverse selection issue and access to health care. *Indian Journal of Public Health Research & Development*. 2019 Mar 1;10(3).
4. Andria F, Kusnadi N. Model alternatif pembiayaan jaminan kesehatan bagi pekerja informal di bogor. *Palar| Pakuan Law Review*. 2018 Jul 1;4(2).
5. Badan Pusat Statistik. Indikator Pasar Tenaga Kerja Indonesia Agustus 2018. Jakarta: BPS; 2018.
6. Badan Pusat Statistik. Profile Penduduk Indonesia 2015. Jakarta: BPS; 2018.
7. Cuevas S, Rosario A, Barcenas ML, Christian M. Informal employment in Indonesia. *Asian Development Bank Economics Working Paper Series*. 2009 Apr 1(156).
8. Dartanto T, Rezki JF, Pramono W, Siregar CH, Bintara U, Bintara H. Participation of informal sector workers in Indonesia's national health insurance system. *Journal of Southeast Asian Economies*. 2016 Dec 1:317-42.
9. Dewi MW, Sulistyani D. Perbandingan premi

- asuransi kesehatan peserta bpjs badan usaha dengan asuransi kesehatan swasta. *Jurnal Akuntansi dan Pajak*. 2015;16(01).
10. Djajanegara SO, Ananta A. Mutu modal manusia: suatu pemikiran mengenai kualitas penduduk. Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia; 1986.
  11. Falikhah N. Bonus Demografi peluang dan tantangan bagi indonesia. *Alhadharah: Jurnal Ilmu Dakwah*. 2017 Dec 31;16(32).
  12. Feldstein, P.J., 2012. *Health care economics*. Cengage Learning
  13. Fitriani D, Ubaidullah U. Implementasi program jaminan kesehatan rakyat aceh (jkra) dalam meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Ilmu Sosial & Ilmu Politik*. 2019 Mar 21;4(1).
  14. Fuhrer R, Shipley MJ, Chastang JF, Schmaus A, Niedhammer I, Stansfeld SA, Goldberg M, Marmot MG. Socioeconomic position, health, and possible explanations: a tale of two cohorts. *American Journal of Public Health*. 2002 Aug;92(8):1290-4.
  15. KemenKes RI. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*.
  16. Kirigia JM, Sambo LG, Nganda B, Mwabu GM, Chatora R, Mwase T. Determinants of health insurance ownership among South African women. *BMC health services research*. 2005 Dec;5(1):17.
  17. Kurniawan DA. Identifikasi karakteristik sektor informal di provinsi jawa timur. *Capital: Jurnal Ekonomi Dan Manajemen*. 2019 Feb 26;2(2):138-57.
  18. Kurniawan W. Pengaruh Pembangunan Sumber Daya Manusia dan Pertumbuhan Ekonomi Terhadap Tingkat Kemiskinan di Indonesia (Dengan Kewilayahan Sebagai Variabel Moderasi). *Jurnal Litbang Sukowati: Media Penelitian dan Pengembangan*. 2017 Nov 1;1(1):22-38.
  19. Kurniawati W, Rachmayanti RD. Identifikasi penyebab rendahnya kepesertaan jkn pada pekerja sektor informal di kawasan pedesaan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 2018 Jun 28;6(1):33-9.
  20. Nazara S. *Ekonomi Informal di Indonesia: Ukuran, Komposisi, dan Evolusi*. Organisasi Perburuhan Internasional. 2010
  21. Noeraini AA. *Ekonomi informal di indonesia, suatu tinjauan pustaka. Sustainable Competitive Advantage (SCA)*. 2015;5(1).
  22. Paderi GT, Mulyani RR. Karakteristik dan analisis pendapatan pekerja sektor informal di sekitar pasar kembang, sosromenduran, gedongtengen, yogyakarta. *Jurnal Bumi Indonesia*. 2018 May 31;7(3).
  23. Pitoyo AJ. *Dinamika sektor informal di indonesia prospek, perkembangan, dan kedudukannya dalam sistem ekonomi makro*. Populasi. 2007;18(2).
  24. SF Revidiana B, PH Intan T. Proses pengambilan keputusan keikutsertaan asuransi BPJS sebagai penjamin kesejahteraan kesehatan keluarga. *Komunikatif: Jurnal Ilmiah Komunikasi*. 2017;6(1):40-50.
  25. Taufiq N. Sektor informal dan pengaruhnya terhadap perubahan status kemiskinan rumah tangga di Indonesia. *Sosio Konsepsia*. 2018 Jan 31;7(1):1-4.
  26. Wauran P. Strategi pemberdayaan sektor informal perkotaan di Kota Manado. *Jurnal Pembangunan dan Keuangan Daerah*. 2012 Oct;7(1).
  27. Wijaya B, DwiAtmanti H. Analisis pengembangan wilayah dan sektor potensial guna mendorong pembangunan di Kota Salatiga. *Jurnal Dinamika Pembangunan (JDP)*. 2006;3(Nomor 2):101-18.