

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional)

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu cara tata penyelenggara program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. (UU No.40 tahun 2004)

Selama beberapa dekade terakhir Indonesia telah menjalankan beberapa program jaminan sosial, seperti TASPEN, ASABRI, ASKES, dan JAMSOSTEK. Namun hanya mencakup untuk sebagian kecil dari masyarakat. Dimana hal ini mengakibatkan sebagian masyarakat belum memperoleh perlindungan memadai. Dan disamping hal tersebut, pelaksanaan program jaminan sosial tersebut masih belum mampu untuk memberikan perlindungan yang adil dan memadai kepada para peserta sesuai dengan manfaat yang menjadi hak peserta. Hal ini menimbulkan pemikiran yang melandasi penyusunan SJSN bagi penyelenggaraan jaminan sosial untuk seluruh warga negara. Penyelenggaraan SJSN berlandaskan pada Hak Asasi manusia dan hak Konstitusional setiap orang. Penyelenggaraan SJSN ini merupakan wujud tanggungjawab negara dalam pembangunan perekonomian nasional dan kesejahteraan sosial. dan penyelenggaraan program jaminan sosial ditujukan untuk memungkinkan setiap orang mampu untuk mengembangkan dirinya secara utuh sebagaimana manusia yang bermanfaat (DJSN,2020)

SJSN diselenggarakan berdasarkan pada asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. SJSN memiliki tujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. SJSN diselenggarakan berdasarkan pada prinsip :

- a. Gotong royong
- b. Nirlaba
- c. Keterbukaan
- d. Kehati-hatian
- e. Akuntabilitas
- f. Portabilitas
- g. Kepesertaan bersifat wajib
- h. Dana amanat
- i. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.
(UU No. 40 tahun 2004)

2.1.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau disingkat menjadi BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS dibentuk dengan dasar UU no 40 tahun 2004 dan UU no 24 tahun 2011. BPJS terbagi menjadi dua, yakni BPJS kesehatan sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan sebagai penyelenggara program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, jaminan kematian. (UU No 24 Tahun 2011)

Dalam UU no 40 tahun 2011 BPJS dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan memiliki tugas untuk :

1. Melakukan dan atau menerima peserta
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah
4. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial

6. Membayar manfaat dan atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

2.1.3 Program JKN

Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah salah satu dari lima bentuk jaminan yang terdapat dalam SJSN yaitu pada Jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan dilakukan secara nasional berdasarkan pada prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh Manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Manfaat dari jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan untuk pelayanan kesehatan perseorangan. (UU No. 40 tahun 2004)

Dalam Pepres no 82 tahun 2018, Program jaminan kesehatan terdiri dari dua jenis kepesertaan, yaitu:

1. Penerima Bantuan Iuran jaminan kesehatan (PBI)

Peserta yang tergolong dalam PBI jaminan kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program jaminan kesehatan. penetapan kepesertaan PBI Jaminan kesehatan ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dibidang sosial.

2. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Peserta bukan PBI jaminan kesehatan terdiri dari:

- a. PPU (Pekerja Penerima Upah)

Pekerja yang termasuk golongan PPU adalah pekerja yang menerima gaji atau upah yang memiliki hubungan kerja atau kontrak kerja dengan pemberi kerja yang terdiri atas :

1. Pejabat Negara
 2. Pimian dan anggota DPRD
 3. PNS
 4. Prajurit
 5. Anggota Polri
 6. Kepala desa dan perangkat desa
 7. Pegawai swasta
 8. Pekerja/pegawai yang menerima gaji atau upah
- b. PBPU (Pekerja Bukan Penerima Upah)
- Pekerja yang termasuk golongan PBPU adalah pekerja yang tidak memiliki hubungan kerja atau pekerja mandiri, dan yang tidak menerima upah atau gaji yang terdiri atas :
1. Pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri
 2. Pekerja yang bukan penerima gaji atau upah
- c. BP (Bukan Pekerja)
- Yang termasuk dalam golongan bukan pekerja adalah :
1. investor
 2. penerima pensiun
 3. pemberi kerja
 4. veteran
 5. perintis kemerdekaan
 6. Janda, duda, atau anak yatim dan atau piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan
 7. tidak bekerja dan mampu membayar iuran.

2.1.4 Iuran Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat dari jaminan kesehatan diatur dalam Perpres 82 tahun 2018 tentang jaminan kesehatan adalah berupa pelayanan promotif, preventif,

kuratif, dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan dimana manfaat tersebut terdiri dari manfaat pelayanan medis dan non medis. Manfaat pelayanan medis diberikan sesuai dengan indikasi medis dan standar pelayanan serta tidak dibedakan berdasarkan besaran iuran. Manfaat pelayanan non medis diberikan berdasarkan iuran peserta.

Iuran jaminan kesehatan menurut Perpres 82 tahun 2018 adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur, oleh peserta, pemberi kerja, dan atau pemerintah pusat atau pemerintah daerah untuk program jaminan kesehatan. setiap peserta wajib membayar iuran dengan besaran sesuai dengan aturan yang sedang berlaku. Besaran iuran dilakukan peninjauan ulang paling lama 2 tahun sekali.

Perpres no 64 tahun 2020 berisi tentang perubahan kedua atas peraturan presiden no 82 tahun 2018 tentang tentang jaminan kesehatan. Perubahan yang diatur dalam undang undang tersebut terkait dengan penyesuaian besaran iuran bagi peserta jaminan kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Peserta PBI

Iuran bagi peserta PBI Jaminan kesehatan yaitu sebesar Rp. 42.000 (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan, besaran iuran tersebut berlaku pada tanggal 1 Agustus 2019

2. Peserta Non PBI

- a. PPU

Iuran peserta PPU pada perpres no 64 tahun 2020 tidak dibedakan antara PPU Pemerintah dan PPU Swasta. Besaran iuran bagi peserta PPU adalah 5% dari gaji perbulan dengan ketentuan 4% dibayar pemberi kerja dan 1% dibayar oleh peserta. Batasan atas gaji atau upah perbulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan adalah sebesar Rp. 12.000.000 dan batasan bawah adalah upah minimum kota atau kabupaten.

b. Peserta PBPU dan BP / Peserta Mandiri

Besaran iuran ntuk peserta mandiri dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan mengalami penyesuaian disesuaikan dengan kelas yaitu:

- Kelas 3

Untuk tahun 2020 besaran iuran adalah sebesar Rp 25.500 per orang per bulan yang dibayarkan oleh peserta. Ditambah dengan Rp. 16.500 per orang per bulan yang dibayarkan oleh pemerintah pusat sebagai bantuan iuran. Dan untuk tahun 2021 adalah Rp 35.000 dibayar oleh peserta dan Rp. 7.000 dibayar oleh pemerintah pusat dan daerah sebagai bantuan iuran.

- Kelas 2 sebesar Rp. 100.000 per orang per perbulan yang dibayarkan oleh peserta.

- Kelas 1 sebesar Rp. 150.000 per orang per perbulan yang dibayarkan oleh peserta

2.1.5 Teori Kemampuan Membayar (Ablity To Pay)

a. Konsep Ablitiy To Pay (ATP)

Konsep ATP dikembangkan dari perpektif *coping strategic*. Strategi yang mencakup upaya upaya yang dilakukan oleh seseorang atau keluarga dalam memobilisasi sumberdaya yang sifatnya tidak rutin (non-Routine resources) untuk membayar suatu produk atau jasa yang diperlukan. (Noerjoedianto,2016) dalam bidang kesehatan, konsep ATP digunakan untuk mengetahui individu membayar suatu program atau pelayanan kesehatan. Penenelitian mengungkapkan *coping strategic* oleh individu yang merefleksikan ATP antara lain adalah : meminjam uang, menjual hsail pertanian, menggunakan uang tabungan, menjual barang berharga, mencari bantuan donor, menunda pembayaran, hingga mengemis. (Noerjoedianto,2016)

Menilai ATP masyarakat terhadap iuran jaminan kesehatan bertujuan untuk melihat seberapa besar kemampuan masyarakat untuk membeli suatu produk. ATP ini merupakan faktor penting dalam mengembangkan sistem jaminan kesehatan dan menjadi pertimbangan utama dalam menetapkan besarnya iuran atau premi. (Handayani,2012)

Menurut kementerian kesehatan, ATP adalah besarnya dana yang sebenarnya dipergunakan untuk membiayai kesehatan yang bersangkutan. Penelitian tentang ATP menggunakan Pendekatan pendapatan keluarga dan alokasinya. Pendekatan lain adalah pengeluaran untuk kesehatan, termasuk biaya pengobatan alternatif, pengeluaran jenis ini dapat diasumsikan sebagai ATP keluarga terhadap program atau layanan kesehatan. (Handayani,2012)

Menurut Susilowati (2001) mengatakan kemampuan membayar biaya pelayanan kesehatan dapat diukur dari keseluruhan biaya yang dikeluarkan untuk konsumsi kebutuhan diluar kebutuhan dasar. Yang dimaksud antara lain minuman atau makanan jadi, minuman beralkohol, tembakau, rokok, sirih, serta pengeluaran pesta yang diukur setahun.

b. Faktor faktor yang mempengaruhi ATP (Karimah, 2015)

Kemampuan membayar dipengaruhi oleh beberapa faktor faktor yang diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Harga Barang (Biaya Kesehatan)

Kecenderungan kenaikan biaya pembiayaan kesehatan dapat disebabkan antara lain :

- a. Terjadi kenaikan tajam biaya pelayanan kesehatan termasuk obat obatan.
- b. Perubahan dalam struktur penduduk.
- c. Peningkatan utilisasi dari berbagai jenis pelayanan kesehatan.

- d. Peningkatan kualitas tindakan medis, termasuk teknologi kesehatan yang semakin maju

2. Pendapatan Konsumen

Upah atau gaji merupakan pendapatan yang diperoleh rumahtangga keluarga sebagai imbalan atas jasa yang telah diberikan. Biaya pelayanan kesehatan pada umumnya meningkat sesuai dengan peningkatan pendapatan. Disamping biaya dokter umum yang dipengaruhi oleh kemampuan ekonomi pasien. Kelompok rumah tangga yang berpendapatan tinggi juga lebih sering memeriksakan dan memelihara kesehehatan daripada kelompok rumah tangga dengan pendapatan rendah. Begitu juga dengan biaya pelayanan kesehatan dimana rumah tangga yang berpendapatan tinggi menuntut lebih banyak pelayanan lanjutan sehingga biaya kesehatan menjadi lebih tinggi.

3. Jumlah Anggota Keluarga

Menurut BKKBN (1998) yang terdapat di Karimah (2015) besar keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang terdiri dari suami, istri, anak, dan anggota keluarga lainnya yang tinggal bersama. Berdasarkan jumlah anggota keluarga, besar rumah tangga dikelompokkan menjadi 3, yakni :

- a. Rumah tangga besar dengan anggota keluarga lebih dari 7 orang
- b. Rumah tangga sedang dengan anggota keluarga antara 5 sampai 7 orang
- c. Rumah tangga kecil dengan anggota kurang dari atau sama dengan 4 orang

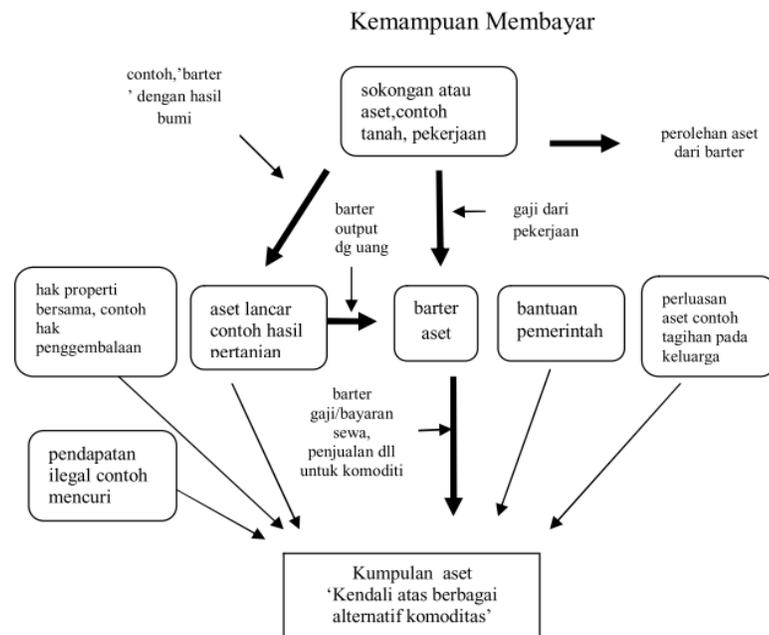
Rumah tangga dengan jumlah anggota keluarga belih dari empat orang memiliki resiko pemiskinan lebih tinggi,

dikarenakan dengan semakin banyak jumlah anggota keluarga semakin banyak pula kebutuhan untuk memenuhi biaya kesehatan (Thabrani, 2009)

c. Teori Steven Russel

Menurut teori Steven Russel menyatakan, faktor yang mempengaruhi individu atau keluarga ketika menghadapi situasi yang secara tiba tiba seperti sakit, maka kemampuan keluarga untuk mengatasi biayanya secara umum akan tergantung pada beberapa determinan seperti : (Handayani,2012)

1. Sifat alamiah penyakit, frekuensi, lama sakit, dan besarnya biaya yang diperlukan
2. Berbagai sumberdaya yang dimiliki dalam keluarga seperti aset, rumah, kendaraan bermotor, uang tunai, pendidikan, kemampuan mengorganisir sumberdaya secara selektif, investasi, dan tagihan piutang, dan pendapatan.
3. Respon keluarga dalam mengambil keputusan untuk memobilisasi sumberdaya atau tidak.



Gambar 2.1 Tipologi Potensi Sumberdaya Di Rumah Tangga

Gambar 2.1 menjelaskan bagaimana rumah tangga mendapatkan kontrol atas berbagai sumberdaya yang bisa dimobilisasi untuk pembiayaan kesehatan yaitu :

(Handayani,2012)

1. Adanya aset seperti kebun, sawah, pekerjaan, barang berharga, rumah, mobil, dan lain sebagainya.
2. Melalui aset tersebut terutama kebun dan sawah bisa diperoleh hasil bumi.
3. Penjualan hasil bumi, aset serta upah/gaji dari pekerjaan bisa diperoleh uang tunai.
4. Bantuan dari pemerintah, dalam konteks Indonesia contohnya adalah program beras miskin dan bantuan modal usaha
5. Tagihan piutang dan bantuan dari keluarga, teman, tetangga, dan bantuan sosial lainnya
6. Perolehan ilegal, seperti mencuri

Teori Steven Russel menilai ATP dari seluruh aset yang dimiliki dan pendapatan keluarga baik legal maupun illegal. Dengan semakin banyak aset dan pendapatan, maka semakin besar ATP keluarga tersebut. Teori ini tidak secara langsung menilai ATP untuk iuran jaminan kesehatan, tetapi memberikan gambaran bagaimana rumah tangga mengalokasikan sumberdaya untuk kesehatan dan dampak pengambilan keputusan tersebut terhadap kesejahteraan keluarga. (Handayani,2012)

Steven Russel berpendapat, pendekatan kualitatif lebih tepat untuk mengetahui ATP keluarga terhadap pelayanan kesehatan. dengan pendekatan kualitatif dapat memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang kemampuan finansial, termasuk untuk mengeksplorasi secara detail dilema, prioritas, dan keputusan keputusan dan akibat bagi keluarga. (Noerjoedianto, 2016)

d. Teori Pendekatan ATP di Indonesia

Pendekatan untuk menghitung ATP di Indonesia, berbeda dengan teori Steven Russel. ATP tidak dinilai dari besaran pendapatan dan aset saja, tetapi juga mengitung besarnya pengeluaran. (Ritanenny,2012) Berdasarkan pengeluaran, ATP masyarakat dapat dibagi menjadi tiga kelompok :

1. ATP belanja bukan makanan (non food expenditure) biasanya diukur secara bulanan dan tahunan. Belanja untuk kesehatan digolongkan dalam kelompok ini
2. ATP belanja bukan pokok (non essential expenditure) seperti belanja rokok, tembakau, sirih, minuman beralkohol, kosmetik, dan hiburan.
3. ATP belanja pokok (essential expenditure) meliputi belanja untuk makanan, sewa rumah, dan pakaian.

(Noerjoedianto, 2016)

Asumsi seseorang dapat dikatakan mampu untuk mengeluarkan belanja untuk belanja bukan pokok (non essential expenditure), maka tentu orang tersebut juga mampu untuk mengeluarkan biaya untuk belanja bukan makanan dan belanja pokok. (Noormalasari, 2015)

2.1.6 Konsep Pekerja Sektor Informal

Gambaran umum pekerja sektor informal masih identik dengan aktivitas ekonomi skala kecil, kurang produktif, dan tidak mempunyai prospek yang menjanjikan. Predikat tersebut bermula dari sifat usaha sektor informal yang cenderung sebagai usaha mandiri, teknologi sederhana, modal kecil, relatif tidak terorganisir, dan ilegal. Bagi kelompok masyarakat kecil, sektor informal bagaikan penyelamat karena dapat dijadikan sebagai sumber pendapatan utama ataupun sampingan. Penduduk yang tidak mampu bersaing dan berkompetisi di sektor formal cenderung masuk ke sektor informal. Kelompok yang termasuk dalam kelompok ini adalah penduduk dengan tingkat

pendidikan dan keterampilan rendah, korban penggusuran, kaum perempuan, dan lain lain. hal ini berarti sektor informal telah memberikan ruang bagi kelompok tersebut untuk dapat tetap bertahan hidup daripada menjadi pengangguran. (Pitoyo,2007)

Teori kelebihan tenaga kerja menjelaskan Perkembangan sektor informal berdasarkan pada konsep *supply* dan *demand*, Menurut teori ini, berkembang sektor informal adalah respon terhadap keterbatasan sektor formal dalam menyerap ketersediaan tenaga kerja. Hal ini terjadi dikarenakan ketidak sempurnaan pada pasar tenaga formal. Sektor tenaga formal lebih cenderung untuk memilih tenaga kerja yang terdidik disertai dengan keahlian keahlian tertentu, padahal tenaga kerja yang tersedia tidak semuanya memenuhi persyaratan tersebut. Akibatnya tenaga kerja yang tidak terserap di sektor formal beralih ke sektor yang lebih mudah sebagai alternatif yakni sektor informal. (Pitoyo,2007)

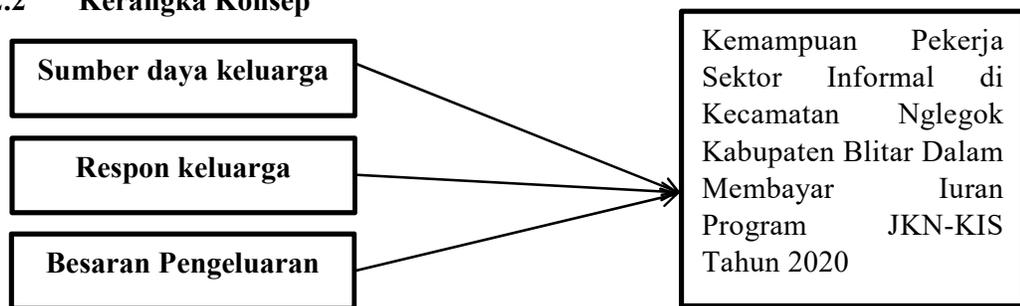
Menurut *Underground Approach*, Sektor informal tumbuh sebagai akibat dari kompetensi internasional antara industri industri besar dunia. Industri berskala besar tersebut lebih menguasai pasar. Keberadaan industri berskala besar secara alamiah menumbuhkan banyak industri industri kecil sehingga menimbulkan berbagai bentuk persaingan. Persaingan ini akan memaksa para industri kecil melakukan berbagai aktivitas informal. (Pitoyo,2007)

Tumbuhnya tenaga kerja sektor informal pada umumnya disebabkan oleh ketidakmampuan sektor formal menyerap lebih banyak tenaga kerja. Jika dilihat dari jenis pekerjaannya, pekerja sektor informal memiliki profesi yang sangat bervariasi dan hal ini menimbulkan tingkat kesejahteraan yang bervariasi pula. (Haryoko, 2011)

Sektor informal berdasarkan pada KBBI dapat diartikan sebagai lingkungan usaha tidak resmi, lapangan pekerjaan yang diciptakan dan

diusahakan sendiri oleh pencari kerja. (Hardy,2018) *The International Conference Of Labour Statistic (ICLS)* yang ke-15 memberikan definisi sektor informal sebagai unit produksi dalam usaha rumah tangga. pekerja sektor informal adalah seorang yang bekerja secara mandiri (tanpa ikatan dengan pihak lain) dengan pendapatan tidak menentu tiap harinya. (Nurbaeti, 2018)

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka konsep kombinasi modifikasi berdasarkan teori Steven Russel dan Teori pendekatan ATP di Indonesia

Berdasarkan Kerangka konsep kombinasi modifikasi dari teori Steven Russel dan Teori pendekatan ATP di Indonesia memprediksikan bahwa kemampuan pekerja sektor informal untuk membayar iuran dipengaruhi oleh sumber daya keluarga, Respon keluarga, dan Pengeluaran. Di penelitian ini peneliti hanya membatasi tiap faktor sebagai berikut :

1. Sumber daya keluarga
 - Pendapatan
2. Respon keluarga dalam mengambil keputusan untuk memobilisasi sumberdaya atau tidak
3. Besaran Pengeluaran
 - Belanja bukan makanan
 - Belanja bukan pokok
 - Belanja pokok

