ANALISIS ATP (*ABILITY TO PAY*) DAN WTP (*WILLINGNESS TO PAY*) TERHADAP KEPUTUSAN PENENTUAN KELAS IURAN JAMINAN KESEHATAN PADA SOPIR ANGKOT DI KOTA SEMARANG

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:

Ishmah Fauziyyah

6411412126

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2016

ANALISIS ATP (*ABILITY TO PAY*) DAN WTP (*WILLINGNESS TO PAY*) TERHADAP KEPUTUSAN PENENTUAN KELAS IURAN JAMINAN KESEHATAN PADA SOPIR ANGKOT DI KOTA SEMARANG

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:

Ishmah Fauziyyah

6411412126

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2016

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang
Juni
2016

Ishmah Fauziyyah

Analisis ATP (Ability to Pay) dan WTP (Willingness to Pay) terhadap Penentuan Kelas Iuran Jaminan Kesehatan pada Sopir Angkot di Kota Semarang

XIX +148 halaman+ 9 tabel+ 2 gambar+ 10 lampiran

ABSTRAK

Pembiayaan kesehatan dan kepesertaan jaminan pemeliharaan kesehatan menjadi masalah yang sangat penting karena cukup memberatkan. Masyarakat miskin telah mendapatkan bantuan dari pemerintah, sedangkan masyarakat kaya, mampu untuk membiayai sendiri. Dipihak lain masyarakat pekerja informal yang bukan merupakan sasaran program pemerintah dalam Jamkesmas, merupakan sasaran yang perlu diprioritaskan karena cukup banyak jumlahnya dan merupakan potensi pendanaan kesehatan yang berkaitan dengan pelaksanaan asuransi kesehatan berbasis sumber daya masyarakat. Kelompok tersebut mempunyai kemampuan untuk menyisihkan sejumlah uang bagi jaminan kesehatan, namun terbatas. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan ATP dan WTP terhadap Iuran Jaminan Kesehatan. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Instrumen penelitian ini adalah lembar kuesioner. Data dianalisis dengan rumus uji *Chi-Square*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat ATP (*Ability to Pay*) terhadap iuran jaminan kesehatan dengan *p value 0.003* dan hubungan antara tingkat WTP (*Willingness to Pay*) terhadap keputusan penentuan kelas iuran jaminan kesehatan pada supir angkot di Kota Semarang dengan *p value 0.000*. Saran yang dapat diambil dari penelitian ini ialah masyarakat berusaha untuk menyisihkan sebagian penghasilannya untuk dana kesehatan sehingga tingkat ATP (*Ability to Pay*) dan WTP (*Willingness to Pay*) sopir angkot meningkat.

Kata Kunci: ATP (*Ability to Pay*); WTP (*Willingness to Pay*); Iuran Jaminan Kesehatan

Public Health Department
Sport Science Faculty
Semarang State University
June 2016

Ishmah Fauziyyah

Analysis of Ability to Pay and Willingness to Pay of Health Insurance Payment's Decision on Public Transportation's Driver in Semarang City

XIX+ 148 pages+ 9 tables+ 2 figures + 10 attachments

ABSTRACT

Health financing and health care insurance's coverage becomes important issue because it's quite burdensome. Low economic level of society have received a financial support from government, while the high economic level of society, able to fund themselves. Informal workers that is not a target of the government program in Jamkesmas, that related to the implementation of health insurance based on community resources. They has the ability to save money for health insurance, but that is limited. The purpose of this study to determine the influence of Ability to Pay and Willingness to Pay of the Health Insurance Payment. This study using cross sectional approach. The research instrument was a questionnaire. Data were analyzed with Chi-Square test formula. The results showed that there are relationship between ATP to the health insurance payment with p value 0.003 and relationship between WTP to the health insurance payment on public transportation drivers in Semarang city with p value 0.000. Suggestions from this research is to persuade people to save their income for health insurance payment so that the level of Ability to Pay and Willingness to Pay increased.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Keywords *: Ability to Pay, Willingness to Pay, Health Insurance Payment.*

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri, dan didalamnya terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar sarjana di perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, Juni 2016

Ishmah Fauziyyah

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Ishmah Fauziyyah, NIM : 6411412126, dengan judul "**Analisis ATP (*Ability to Pay*) dan WTP (*Willingness to Pay*) terhadap Keputusan Penentuan Kelas Iuran Jaminan Kesehatan pada Sopir Angkot di Kota Semarang**"

Pada hari : Senin
Tanggal : 8 Agustus 2016

Panitia Ujian

Ketua Panitia,

Prof. Dr. Tandryo Rahayu,M.Pd
NIP.196405201984032001

Sekretaris,

Mardiana, S.KM., M.Si
NIP.198004202005012003

Dewan Penguji — Tanggal persetujuan

Ketua Penguji — 1. dr.Fitri Hidrawati, M.P.H
NIP.198307112008012008 — 23/8/2016

Anggota Penguji — 2. dr. Mahalul Azam, M.Kes
NIP.197511192001121001 — 31/8/2016

Anggota Penguji (Pembimbing) — 3. dr. RR. Sri Ratna Rahayu, M.Kes., Ph.D
NIP.197205182008012011 — 25/8/2016

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

1. Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan, makan apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada Tuhanmulah kamu berharap (Q.S Al-Insyirah: 6-8).
2. This is a new beginning. I will dream once again. I will step out this door and meet the new world outside of me. And I will not let go of the star I kept in my heart (Bangtan Sonyeondan)

Persembahan

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Bapak dan Ibuku tercinta (Ahmad Fauzan dan Sri Wulan)
2. Adikku tersayang Naila Matsna Assyifa'
3. Almamaterku UNNES

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga skripsi yang berjudul "**Analisis ATP (*Ability to Pay*) dan WTP (*Willingness to Pay*) terhadap Keputusan Penentuan Kelas Iuran Jaminan Kesehatan pada Sopir Angkot di Kota Semarang**" dapat terselesaikan. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Keberhasilan penyelesaian penelitian sampai dengan tersusunnya skripsi ini atas bantuan dari berbagai pihak, sehingga dengan rendah hati penulis sampaikan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd, atas ijin penelitian.
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. Tri Rustiadi, M.Kes, atas ijin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Irwan Budiono, S.KM, M.Kes, atas persetujuan penelitian.
4. Dosen Pembimbing, Ibu dr. RR. Sri Ratna Rahayu, M.Kes., Ph.D atas arahan, bimbingan, masukan serta motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
5. Penguji Proposal Skripsi I, Ibu dr. Fitri Indrawati, S.KM, M.P.H., atas arahan, bimbingan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
6. Penguji Proposal Skripsi II, Bapak dr. Mahalul Azam, M.Kes., atas arahan, bimbingan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.

7. Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, atas bekal ilmu, bimbingan dan bantuannya.
8. Staff Tata Usaha (TU) Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Sungatno, atas bantuan dalam segala urusan administrasi.
9. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang, atas ijin penelitian yang telah diberikan.
10. Kepala Paguyuban Sopir Angkot di Kota Semarang, atas ijin penelitian yang telah diberikan.
11. Abuyaku Ahmad Fauzan dan Ibukku Sri Wulan terima kasih atas do'a, motivasi, semangat dan segala yang telah diberikan untuk ananda.
12. Saudaraku Naila Matsna Assyifa' yang telah memberikan dorongan dan semangat.
13. Pak Dhe Machfudz yang telah memberikan semangat dan dorongan do'a selama penyusunan skripsi.
14. Sahabatku (Destia, Anis, Mb Ida, Elya, Mb Qoni, Mb Nunuk, Mb Mumun, Tyo, Ikha, Nefi, Novi, Ita) atas bantuan, kerjasama, dan motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
15. Teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2012, atas bantuan, masukan dan motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
16. Semua pihak yang terlibat yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu penyelesaian skripsi ini.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Semoga amal baik dari semua pihak pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun dari semua pihak sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Semarang, Juni 2016

Penulis

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL ..... **i**

ABSTRAK ..... **ii**

ABSTRACT ..... **iii**

HALAMAN PERNYATAAN ..... **iv**

HALAMAN PENGESAHAN ..... **v**

DAFTAR ISI ..... **x**

DAFTAR TABEL ..... **xvii**

DAFTAR GAMBAR ..... **vix**

BAB 1 PENDAHULUAN **1**

1.1 LATAR BELAKANG 1

1.2 RUMUSAN MASALAH 8

1.3 TUJUAN PENELITIAN 9

1.3.1 Tujuan Umum 9

1.3.2 Tujuan Khusus 9

1.4 MANFAAT PENELITIAN 9

1.5 KEASLIAN PENELITIAN 10

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN 13

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat 13

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu 13

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan 13

BAB II TINJAUAN PUSTAKA 14

2.1 LANDASAN TEORI 14

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional 14

2.1.1.1 Pengertian 14

2.1.1.2 Kelembagaan 14

2.1.1.3 Azas, Tujuan dan Prinsip Penyelenggaraan 14

2.1.2 Petunjuk Teknis Kepesertaan 16

2.1.2.1 Kelompok Peserta Jaminan Kesehatan Nasional 16

2.1.2.2 Iuran Jaminan Kesehatan 17

2.1.3 ATP (*Ability to Pay*) 17

2.1.3.1 Pengertian 17

2.1.3.2 Determinan yang Mempengaruhi ATP (*Ability to Pay*) 18

2.1.3.2.1 Pekerjaan 18

2.1.3.2.2 Pendapatan 19

2.1.3.2.3 Pengeluaran 19

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.1.3.2.4 Jumlah Anggota Keluarga 20

2.1.3.2.5 Pendapatan Anggota Keluarga Lain 20

2.1.3.2.6 Kepemilikan Rumah 21

2.1.3.2.7 Kepemilikan Kendaraan 21

2.1.3.2.8 Tabungan Kesehatan 21

2.1.3.3 Metode untuk Mengukur ATP (*Ability to Pay*) 22

2.1.4 WTP (*Willingness to Pay*) 22

2.1.4.1 Pengertian 22

2.1.4.2 Determinan yang Mempengaruhi WTP (*Willingness to Pay*) 23

2.1.4.3 Metode untuk Mengukur WTP (*Willingness to Pay*) 24

2.1.5 Hubungan antara ATP (*Ability to Pay*) dan WTP (*Willingness to Pay*) 25

2.1.6 Sektor Informal 26

2.1.6.1 Sektor Informal 26

2.1.6.2 Pengertian dan Ciri-ciri Sektor Informal 27

2.1.6.3 Kelebihan dan Kelemahan Sektor Informal 31

2.1.6.4 Jenis-jenis Lapangan Usaha Sektor Informal 33

2.1.6.5 Sopir Angot 34

2.2 KERANGKA TEORI 35

BAB III METODE PENELITIAN 36

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

3.1 KERANGKA KONSEP 36

3.2 VARIABEL PENELITIAN 36

3.2.1 Variabel Bebas 37

3.2.2 Variabel Terikat 37

3.1 HIPOTESIS PENELITIAN 37

3.2 DEFINISI OPERASIONALDAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL . 38

3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN 40

3.4 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN 40

3.6.1 Populasi Target 40

3.6.2 Populasi Terjangkau 40

3.6.3 Sampel Penelitian 41

3.6.4 Teknik Pengambilan Sampel 41

3.6.5 Besar Sampel 42

3.5 SUMBER DATA 43

3.7.1 Data Primer 43

3.7.2 Data Sekunder 43

3.6 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA 44

3.8.1 Instrumen Penelitian 44

3.8.1.1 Validitas 44

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

3.8.1.2 Reliabilitas 46

3.8.2 Teknik Pengambilan Data 47

3.8.3 Teknik Pengolahan Data 48

3.7 PROSEDUR PENELITIAN 49

3.8 TEKNIK ANALISIS DATA 50

BAB IV HASIL PENELITIAN 51

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian 51

4.2 Hasil Penelitian 55

4.2.1 Analisis Univariat 55

4.2.1.1 Ability to Pay 55

4.2.1.2 Willingness to Pay 56

4.2.1.3 Iuran Jaminan Kesehatan 57

4.2.2 Analisis Bivariat 57

4.2.2.1 Hubungan Ability to Pay dengan Iuran Jaminan Kesehatan 58

4.2.2.2 Hubungan Willingness to Pay dengan Iuran Jaminan Kesehatan 59

4.2.2.3 Rangkuman Analisis Bivariat antara Variabel Bebas dengan Iuran Jaminan Kesehatan 60

BAB V PEMBAHASAN 62

5.1 Pembahasan 62

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

5.1.1 Hubungan antara ATP (*Ability to Pay*) dengan Keputusan Penentuan Kelas Iuran Jaminan Kesehatan 62

5.1.2 Hubungan antara WTP (*Willingness to Pay*) dengan Keputusan Penentuan Kelas Iuran Jaminan Kesehatan 64

5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian 66

5.2.1 Hambatan Penelitian 66

5.2.2 Kelemahan Penelitian 66

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN 68

6.1 Simpulan 68

6.2 Saran 68

DAFTAR PUSTAKA 70

LAMPIRAN 77

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR TABEL

Tabel

Halaman

1.1 Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini 10

3.1 Definisi Operasional 38

4.1 Persebaran Penduduk di Kota Semarang berdasarkan Jenis Kelamin pada Tahun 2015 52

4.2 Jumlah Penduduk Kota Semarang berdasarkan Kategori Pekerjaan 53

4.3 Sarana dan Pra Sarana Kesehatan di Kota Semarang Tahun 2015 53

4.4 Data Distribusi Frekuensi Kemampuan Membayar Sopir Angkot di Kota Semarang 56

4.5 Data Distribusi Frekuensi Kemauan Membayar Sopir Angkot di Kota Semarang 56

4.6 Data Distribusi Frekuensi Iuran Jaminan Kesehatan pada Sopir Angkot di Kota Semarang 57

4.7 Hubungan Tingkat ATP dengan Keputusan Penentuan Kelas Iuran Jamina Kesehatan pada Sopir Angkot di Kota Semarang 58

4.8 Hubungan Tingkat WTP dengan Keputusan Penentuan Kelas Iuran Jamina Kesehatan pada Sopir Angkot di Kota Semarang 59

4.9 Rangkuman Hasil Analisis Bivariat 60

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR GAMBAR

Gambar Halaman

2.1 Kerangka Teori 35

3.1 Kerangka Konsep 36

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Halaman

1. Surat Tugas Pembimbing 75

2. Surat Ijin Penelitian 76

3. Surat Ijin Penelitian dari Tempat Penelitian 77

4. Ethical Clearance 79

5. Daftar Sampel Penelitian 80

6. Instrumen Penelitian 86

7. Data Mentah Hasil Penelitian 94

8. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen 126

9. Hasil Uji Statistik 135

10. Dokumrntasi 143

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Undang-Undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa jaminan kesehatan menggunakan prinsip asuransi sosial yaitu kepesertaan yang bersifat wajib, besaran premi berdasarkan persentase pendapatan dan semua anggota mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama. Melalui pelaksanaan SJSN ini, seluruh masyarakat akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang akan berdampak pada peningkatan derajat kesehatan. Undang-Undang No. 36/2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya dalam bidang kesehatan serta mempunyai kewajiban untuk ikut mewujudkan, mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, serta turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Dengan demikian, masyarakat sebagai sasaran program merupakan salah satu komponen yang harus dipersiapkan untuk ikut serta dalam pembiayaan jaminan kesehatan sesuai kemampuannya.

Saat ini hampir di seluruh pelosok daerah, pembiayaan kesehatan dan kepesertaan jaminan pemeliharaan kesehatan menjadi masalah yang sangat penting karena cukup memberatkan khususnya bagi golongan ekonomi menengah ke bawah. Masyarakat miskin telah mendapatkan bantuan baik dari pemerintah pusat (Jamkesmas) maupun pemerintah daerah, sedangkan masyarakat yang kaya, mampu untuk membiayai kesehatannya. Dipihak lain masyarakat pekerja informal

yang tidak mempunyai penghasilan tetap serta bukan merupakan sasaran program pemerintah dalam Jamkesmas baik di tingkat nasional, provinsi maupun kabupaten/kota, merupakan sasaran yang perlu diprioritaskan karena kelompok ini cukup banyak jumlahnya dan merupakan potensi pendanaan kesehatan yang berkaitan dengan pelaksanaan asuransi kesehatan yang berbasis sumber daya masyarakat. Kelompok tersebut mempunyai kemampuan untuk menyisihkan sejumlah uang bagi jaminan kesehatan, namun terbatas (Zuhdiar, 2015).

Pekerja bukan penerima upah atau yang sering disebut dengan pekerja informal adalah sebagian dari mereka yang tidak menempati lokasi usaha yang permanen. Jumlah pekerja penerima upah hanya 37,9 % sementara pekerja bukan penerima upah mencapai 62,1 % (DJSN, 2012). Hal ini menunjukkan bahwa pekerja informal di Indonesia memberikan pengaruh besar terhadap kemampuan dan kemauan membayar iuran Jaminan Kesehatan.

Thabrany (2005), mengemukakan bahwa pendanaan kesehatan yang adil dan merata adalah pendanaan dimana seseorang mampu mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya dan membayar pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan membayarnya. Meskipun sudah diperkenalkan tarif yang dihitung atas dasar *Ability to Pay* dan *Willingness to Pay*, permasalahan tarif yang terjangkau masih belum selesai karena sifat kebutuhan yang tidak pasti.

Ketidak mampuan secara ekonomi menyebabkan sebagian masyarakat memiliki keterbatasan kemampuan membayar atas pelayanan kesehatan yang mereka terima secara equal dengan sebagian masyarakat lainnya. Hal ini

menyebabkan ketidak sesuaian antara apa yang mampu dibayarkan dengan apa yang diharapkan. Semua masyarakat berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu, sesuai dengan keseimbangan antara kebutuhan medis dan kemampuan ekonominya. Sudah menjadi kewajiban negara untuk mensubsidi pembayaran bagi kelompok masyarakat yang tidak mampu sehingga pembayaran atas jasa pelayanan kesehatan tidak dilakukan secara dipaksakan, namun pelayanan yang tetap didasari asas keadilan dalam menerima pelayanan kesehatan. Artinya tetap berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memuaskan sesuai dengan harapan keseluruhan masyarakat (Handayani, 2013).

Hasil studi yang dilakukan Hasbullah Thabrany (2008) memperlihatkan kondisi yang sama, yakni, lebih dari 70 % pendanaan kesehatan berasal dari rumah tangga (*out of pocket*). Ini berarti, masih banyak masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan dan harus membayar secara langsung untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Handayani dkk (2013) dalam penelitiannya juga memperjelas bahwa kemauan seseorang untuk membayar iuran Jaminan Kesehatan hanya sebesar 76,8 %. Penelitian lebih lanjut oleh Handayani dkk, menyatakan bahwa nilai *Ability to Pay* (ATP) yang lebih besar diatas rata-rata akan berpengaruh terhadap tingginya tingkat *Willingness to Pay* (WTP) dalam membayar iuran Jaminan Kesehatan (Handayani, dkk, 2013). Studi penelitian oleh Obinna dkk juga menyatakan bahwa kurang dari 40 % penduduk Nigeria yang berkemauan untuk membayar iuran CBHI. (Onwujekwe, et al., 2009)

Kota Semarang merupakan salah satu kota di Jawa Tengah dengan jumlah penduduk sebanyak 1.575.068 jiwa dengan sumber dana kesehatan dari berbagai

pihak seperti APBD Kota, Provinsi dan APBN (Dinkes Kota Semarang, 2014). Dari seluruh total pendanaan, pendanaan kesehatan di Kota Semarang pada tahun 2012 berkisar Rp. 128.956.186.687,- dan pada tahun 2013 Rp. 169.460.202.414,- serta Rp. 176.623.496,- pada tahun 2014. Alokasi dana ini terbagi atas: sumber APBD Kota Semarang sebesar 91,69%, sumber APBD Propinsi Rp. 2,83%, sumber APBN sebesar 4,95%, pinjaman luar negeri sebesar 0,52%, dan sumber pemerintah lain sebesar 0% (Dinkes Kota Semarang, 2014). Jika dibandingkan dengan total APBD Kota Semarang yang sebesar Rp. 2.865.509.578.000,- terhadap total APBD dinas Kesehatan adalah 5,65%. Keadaan ini masih jauh dari standar yang telah ditetapkan Undang-undang yaitu 10% (UU No.36 Th.2009). Melihat kenyataan tersebut, di satu pihak anggaran pemerintah terbatas, di pihak lain merupakan kewajiban masyarakat untuk turut meningkatkan kesehatannya, maka partisipasi masyarakat Kota Semarang menjadi sebuah potensi untuk pencapaian u*niversal coverage*.

Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota (Jamkesmaskot) merupakan pengembangan program jaminan kesehatan di daerah (Jamkesda) dalam upaya menuju pencapaian kepesertaan *universal coverage* (Peraturan Walikota Semarang No.28 Tahun 2009, 2009). Walaupun sebagian penduduk Kota Semarang sudah ada yang melakukan pendanaan kesehatannya melalui pihak ketiga, namun masih relatif kecil yaitu 57 %. Dengan demikian, potensi penggalian dana untuk kesehatan masih cukup tinggi yaitu sekitar 43 % (Dinkes Kota Semarang, 2014). Seberapa besar kemampuan dan kemauan masyarakat pekerja informal tersebut untuk turut serta dalam program jaminan pemeliharaan

kesehatan di Kota Semarang belum diketahui, sehingga perlu dilakukan penelitian dalam rangka menunjang *universal coverage* khususnya pada kemauan membayar iuran Jaminan Kesehatan oleh masyarakat pekerja informal.

Sopir angkot merupakan salah satu bentuk pekerja informal dengan prosentase tertinggi dari pekerjaan informal lainnya di Kota Semarang yaitu 25.553 dari 219.996 pekerja informal (BPS Jateng, 2015). Dari jumlah pekerja informal sebesar 219.996 hampir sebagian besar tercakup dalam Jaminan Kesehatan Nasional yaitu 153.168 pekerja, dengan jumlah PBI sebanyak 88.063 peserta dan 65.105 peserta non PBI (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2015). Dari jumlah 25.553 sopir angkot hanya sebagian kecil yang ikut dalam kepesertaan BPJS Kesehatan, yaitu hanya 10.615 (BPS Jateng, 2015). Penelitian Eka Bada (2014), mengatakan bahwa sopir angkot memiliki risiko tinggi terhadap pencemaran udara dari gas buangan kendaraan bermotor (Pb) karena waktu lamanya kerja dan lamanya paparan. Sopir angkot ini mulai beroperasi pada pukul 05.00-18.00 WIB yaitu 13 jam dalam sehari. Padahal lama bekerja yang baik bagi seseorang setiap harinya hanya 6-8 jam. Hal ini membuktikan bahwa paparan sopir angkot terhadap pencemaran gas buangan kendaraan bermotor lebih berisiko.

Kusnadi (2012) menyebutkan bahwa tingginya angka kecelakaan lalu lintas dikarenakan tidak layaknya angkot yang digunakan. Hal ini juga disebutkan oleh Suyatmin, Kepala Seksi Angkutan Dishubkominfo Kota Semarang, bahwa hampir 20% angkot yang beroperasi di Semarang sudah tidak layak beroperasi, karena pada dasarnya angkot yang beroperasi minimal keluaran tahun 2003, tapi

pada kenyataannya angkot yang digunakan banyak yang keluaran tahun 1997. Maka perlu adanya suatu perlindungan pekerja informal khususnya sopir angkot dalam bentuk asuransi kesehatan guna menjamin kesehatan dan keselamatan kerja pekerja (Kusnadi, 2012).

Pembayaran iuran jaminan kesehatan pada sopir angkot dibebankan sepenuhnya kepada sopir angkot itu sendiri. Menurut Suyatmin, Ketua Seksi Angkutan Dinas Perhubungan, Komunikasi, dan Informatika jumlah angkutan umum yang beroperasi di Kota Semarang sampai tahun 2015 ini mencapai 5000 buah (Gufron, 2013). Jumlah angkutan umum yang sedemikian besar juga berpengaruh pada banyaknya sopir angkot. Sopir angkot dengan penghasilan yang belum menetap tiap bulannya diharuskan untuk mengikuti program jaminan kesehatan yang bersifat wajib kepesertaannya (Perpres No.111/2013). Kepesertaan yang bersifat wajib tersebut juga disertai dengan pembayaran iuran jaminan kesehatan mandiri, yaitu pembayaran yang tidak dibayarkan oleh pemerintah, melainkan oleh sopir angkot itu sendiri (Perpres No.111/2013). Kenyataannya menarik iuran jaminan kesehatan kepada pekerja informal khususnya sopir angkot tidak mudah dan membutuhkan waktu yang lama (Zuhdiar, 2015). Hal demikian dikarenakan beberapa faktor yang mempengaruhi sehingga kemampuan dan kemauan membayar iuran jaminan kesehatan oleh sopir angkot menjadi tidak sesuai dengan apa yang diharapkan.

Kota Semarang terdiri dari 16 Kecamatan dimana terdapat 12 titik pangkalan angkot yang beroperasi. Menurut Joni, salah satu sopir angkot yang beroperasi di paguyuban Trans Unnes (Jatingaleh – Unnes) setiap pangkalan

memiliki paguyuban atau perkumpulan dengan ketua masing-masing. Setiap paguyuban memiliki jumlah anggota sekitar 50-80 sopir angkot. Ketua paguyuban Trans Unnes, Rejo mengatakan bahwa setiap paguyuban terdapat organisasi yang mengelola perkumpulan sopir angkot mulai dari jam kerja, tarif angkot, serta iuran untuk sopir angkot yang dilakukan tiap bulan sebesar Rp 30.000,-. Iuran tersebut digunakan sebagai bentuk tabungan jika terjadi suatu kecelakaan atau ada anggota sopir angkot yang sakit, dalam arti lain iuran tersebut bisa dikatakan sebagai bentuk tabungan kesehatan bagi sopir angkot.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan diperoleh data jumlah seluruh sopir angkot yang aktif beroperasi ada 744 orang dimana hanya 164 orang (22%) yang ikut serta dalam BPJS Kesehatan Mandiri. Sedangkan 78% dari sopir angkot termasuk dalam beberapa asuransi kesehatan lain seperti BPJS Kesehatan PBI dan asuransi pihak ketiga. Jumlah yang sedemikian rupa tersebut (78%) tidak sebanding dengan ATP (*Ability to Pay*) dan WTP (*Willingness to Pay*) yang dimiliki. Ada beberapa alasan tertentu dimana 78% sopir angkot tidak termasuk dalam kepesertaan BPJS Kesehatan Mandiri padahal tingkat ATP-nya tinggi. Diantaranya adalah ketidak tahuan tentang BPJS Kesehatan, sulitnya menyisihkan uang untuk pembayaran tiap bulannya, proses pembayaran yang rumit, serta adanya anggapan bahwa BPJS Kesehatan hanya diperlukan saat sakit saja sedangkan kemungkinan untuk sakit sangatlah kecil.

Wawancara yang dengan beberapa sopir angkot di Kota Semarang, diperoleh hasil bahwa sebagian besar sopir angkot di Kota Semarang (60%) sudah tercakup dalam keikutsertaan dimana asuransi kesehatan yang dimiliki beraneka

ragam dari BPJS Kesehatan Mandiri dengan berbagai kelas. Dari 10 sampel yang diambil dalam studi pendahuluan ditemukan 8 diantaranya yang sudah memiliki asuransi kesehatan telah sesuai dengan ATP (*Ability to Pay*) dan WTP (*Willingness to Pay*) yang dimiliki tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa mereka mampu untuk membayar iuran asuransi kesehatan, namun hal tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya karena adanya anggota keluarga yang sakit. Hanya 4 dari 10 yang ikut kepesertaan asuransi kesehatan atas kemauan dan kesadaran diri sendiri. Dapat dikatakan bahwa ATP (*Ability to Pay*) sopir angkot dalam studi pendahuluan sudah tinggi sehingga sesuai untuk membayar iuran jaminan kesehatan sedangkan untuk WTP (*Wilingness to Pay*) juga tinggi sehingga sesuai karena ketersediaan responden dalam kepesertaan asuransi kesehatan atas kemauan sendiri.

Dari uraian diatas, peneliti ingin menggali lebih lanjut mengenai **"Analisis ATP (*Ability to Pay*) dan WTP (*Willingness to Pay*) terhadap Keputusan Penentuan Kelas Iuran Jaminan Kesehatan pada Sopir Angkot di Kota Semarang"**.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas maka diperoleh rumusan masalah apakah terdapat hubungan antara ATP (*Ability to Pay*) dan WTP (*Willingness to Pay*) terhadap Keputusan Penentuan Kelas Iuran Jaminan Kesehatan pada sopir angkot di Kota Semarang?

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan ATP (*Ability to Pay*) dan WTP (*Willingness to Pay*) terhadap Keputusan Penentuan Kelas Iuran Jaminan Kesehatan pada sopir angkot di Kota Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Mengetahui tingkat ATP (*Ability to Pay*) sopir angkot di Kota Semarang terhadap keputusan penentuan kelas iuran jaminan kesehatan.
2. Mengetahui tingkat WTP (*Willingness to Pay*) sopir angkot di Kota Semarang terhadap keputusan penentuan kelas iuran jaminan kesehatan.
3. Mengetahui huungan antara ATP (*Ability to Pay*) dan WTP (*Willingness to Pay*) terhadap keputusan penentuan kelas iuran jaminan kesehatan pada sopir angkot di Kota Semarang.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Institusi

   Mempermudah pihak BPJS Kesehatan dalam mengcover kepesertaan yang sesuai dengan kemampuan membayar iuran Jaminan Kesehatan.

2. Bagi Masyarakat

   Sebagai tambahan informasi mengenai kemampuan dan kemauan membayar iuran Jaminan Kesehatan.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

3. Bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat FIK

   Bahan pertimbangan untuk pengembangan penelitian serupa di tempat lain dengan masalah yang sama.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Table 1.1 Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini

No	Judul penelitian	Nama peneliti	Tahun dan tempat penelitian	Rancangan penelitian	Variabel penelitian	Hasil penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	*Ability to Pay* dan Catastrophic Payment pada Peserta Pembayaran Mandiri BPJS Kesehatan Kota Makassar	Ryryn Suryaman Prana Putra, Indar, Nurhaedar Jafar	2014 Kantor BPJS Kesehatan Divisi Regional IX Provinsi Sulawesi Selatan	*Cross sectional*	Variabel bebas : *Ability to Pay*, Catastrophic Variabel terikat : pembayaran mandiri BPJS Kesehatan	1. *Ability to Pay* pada peserta pembayaran mandiri BPJS Kesehatan Kota Makassar adalah Rp 405.484,- 2. Catastrophic pada peserta pembayaran mandiri BPJS Kesehatan Kota Makassar sebesar 0,5%

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2.	The Analysis of Ability and *Willingness to Pay* of Inpatients in Kapal Bandung Hospital	Putu Linda Astrini Waty, dr. Ketut Suarjana, M.PH	2013, Rumah Sakit Kapal Bandung	*Cross sectional*	Variabel bebas : *Ability to Pay*, *Willingness to Pay* Variabel terikat : pembayaran jaminan kesehatan pada pelayanan kesehatan	1. ATP kelas III Rp 22.777,- Kelas II Rp 42.500,- Kelas I Rp 42.500,- VIP Rp 241.667 2. WTP kelas III Rp 279.985,- Kelas II Rp 297.995,- Kelas I Rp 443.557 VIP Rp 950.796,-
3.	Analisis Kemampuan dan Kemauan Membayar Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Karangasem Tahun 2013	I Gusti Ayu Juliasih, Putu Dedy Kastama Hardy	2013 Rumah Sakit Umum Daerah Karangasem	*Cross sectional*	Variabel bebas: Kampuan dan kemauan membayar Variabel terikat : pembayaran jaminan kesehatan pada pelayanan kesehatan	1. ATP VIP A Rp 700.000,- – Rp 1.200.000,- VIP B Rp 854.800,- Kelas II Rp 1.809.000,- Kelas III Rp 300.000,-

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
						– Rp 700.000,- 2. WTP VIP A Rp 178.000,- VIP B Rp 126.000,- Kelas II Rp 45.000,- Kelas III Rp 23.000,-
4.	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemauan Masyarakat Membayar Iuran Jaminan Kesehatan di Kabupaten Hulu sungai Selatan (2013)	Elmammy Handayani, Sharon Gondodiputro, Afif Saefullah	2013, Kabupaten Hulu Sungai Selatan	*Cross sectional*	Variabel bebas: *Ability to Pay* (Jenis Jaminan Keshatan, tabungan untuk pelayanan kesehatan, pengalaman kesakitan dan kematian, kasus katastropik) Variabel terikat: *Willingness to Pay*	1. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemauan membayar iuran jaminan kesehatan adalah kemampuan membayar iuran dan Tabungan untuk pelayanan kesehatan

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah variabel bebas. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah ATP (*Ability to Pay*) yang meliputi karakteristik pendapatan dan

pengeluaran, tabungan kesehatan, jumlah anggota keluarga, pendapatan anggota keluarga lain, kepemilikan rumah serta kepemilikan kendaraan dan WTP (*Willingness to Pay*) dengan karakteristik besaran iuran jaminan kesehatan.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitin ini berada di beberapa daerah di Kota Semarang

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei 2016

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Materi dalam penelitian ini tentang kesehatan masyarakat dalam hubungannnya dengan *Ability to Pay* dan *Willingness to Pay* terhadap iuran jaminan kesehatan pada sopir angkot di Kota Semarang.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional

2.1.1.1 Pengertian

Peraturan Presiden No.12 Tahun 2013 telah menyatakan bahwa yang dimaksud dengan 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.

2.1.1.2 Kelembagaan

Undang-undang No.24 Tahun 2011 menyatakan bahwa badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS.

2.1.1.3 Azas, Tujuan dan Prinsip Penyelenggaraan

Berdasarkan undang-undang No.24 Tahun 2011, Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

Adapun prinsip Sistem Jaminan Sosial antara lain :

1. Prinsip kegotong royongan. Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong- royong dari peserta yang mampu kepada peserta yamg kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat; peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit.
2. Prinsip nirlaba. Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan sosial, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta
3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip- prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya
4. Prinsip portabilitas. Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia
5. Prinsip kepesertaan bersifat wajib. Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menajdi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat

6. Prinsip dana amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta
7. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional dalam Undang-Undang ini adalah hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial

2.1.2 Petunjuk Teknis Kepesertaan

2.1.2.1 Kelompok Peserta Jaminan Kesehatan Nasional

Peserta Jaminan Kesehatan dalam Peraturan presiden No.12 Tahun 2013 meliputi:

1. PBI Jaminan Kesehatan

   Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.

2. Bukan PBI Jaminan Kesehatan

   Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan merupakan Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:

a. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya (Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri, Pegawai Swasta, dan Pekerja penerima upah)

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya (Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan Pekerja bukan penerima Upah)

c. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya. (investor; Pemberi Kerja; penerima pensiun; Veteran; Perintis Kemerdekaan; dan bukan Pekerja yang mampu membayar iuran)

2.1.2.2 Iuran Jaminan Kesehatan

Pasal 16F Perpres No.111 Tahun 2013 telah menjelaskan bahwa besar Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja:

1. Sebesar Rp 25.500,00 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
2. Sebesar Rp 42.500,00 (empat puluh dua ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
3. Sebesar Rp 59.500,00 (lima puluh sembilan ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

2.1.3 ATP (*Ability to Pay*)

2.1.3.1 Pengertian

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Kemampuan membayar (*Ability to Pay*) adalah jumlah uang yang mampu dibayarkan masyarakat untuk menggantikan biaya pelayanan yang diterimanya (Rubiani, 2004). Menurut Russel (1995) bahwa *Ability to Pay* adalah pertimbangan dalam membelanjakan penghasilannya/pengeluaran untuk membeli barang atau pelayanan lain. Hal ini berkaitan dengan keterbatasan penerimaan sehingga secara ekonomis dalam memilih kepuasan maksimal. *Ability to Pay*

dibagi menjadi 3 kelompok yaitu non food expenditure, non essensial expenditure, dan essensial expenditure.

Ability to Pay (ATP) adalah kemampuan seseorang untuk membayar jasa pelayanan yang diterimanya berdasarkan penghasilan yang dianggap ideal. Dua batasan ATP yang dapat digunakan sebagai berikut (Adisasmita, 2008) :

1. ATP 1 adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan 5 % dari pengeluaran pangan non esensial dan non makanan. Batasan ini didasarkan bahwa pengeluaran untuk non makanan dapat diarahkan untuk keperluan lain, termasuk untuk kesehatan.
2. ATP 2 adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan jumlah pengeluaran untuk konsumsi alkohol, tembakau, sirih, pesta/upacara. Batasan ini didasarkan kepada pengeluaran yang sebenarnya dapat digunakan secara lebih efesien dan efektif untuk kesehatan. Misalnya dengan mengurangi pengeluaran alkohol/tembakau/sirih untuk kesehatan.

2.1.3.2 Determinan yang Mempengaruhi ATP (Ability to Pay)

2.1.3.2.1 Pekerjaan

Menurut Notoatmodjo (2010), mengatakan pekerjaan adalah aktivitas atau kegiatan yang dilakukan oleh responden sehingga memperoleh penghasilan. Pekerjaan adalah sesuatu yang dikerjakan untuk mendapatkan nafkah atau pencaharian masyarakat yang sibuk dengan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari akan memiliki waktu yang lebih untuk memperoleh informasi (Depkes RI, 2001). Hal ini berkaitan dengan tingkat penghasilan seseorang. Dengan demikian dapat

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

dikatakan bahwa mata pencaharian dapat mempengaruhi tingkat kemampuan membayar seseorang dalam membayar iuran jaminan kesehatan.

2.1.3.2.2 Pendapatan

Menurut Russell (1995) kemampuan membayar berhubungan dengan tingkat pendapatan (Income). Sedangkan menurut Gertlet (1990) pendapatan dapat mempengaruhi penentuan pasien dalam memilih pengobatan yang dapat memaksimalkan kepuasan dan manfaat (utility) yang diperolehnya.

Ada hubungan antara tingginya pendapatan dengan besarnya permintaan akan pemeliharaan kesehatan, terutama dalam hal pelayanan kesehatan modern. Pada masyarakat berpendapatan rendah, akan mencukupi kebutuhan barang terlebih dahulu, setelah kebutuhan akan barang tercukupi akan mengkonsumsi kesehatan (Andersen et al, 1975; Santerre & Neun, 2000 dalam Andhika 2010; Mills & Gilson,1990).

2.1.3.2.3 Pengeluaran

Menurut Gani dkk (1997) kemampuan membayar biaya pelayanan kesehatan masyarakat dapat dilihat dari pengeluaran tersier non pangan. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Mukti (2001) bahwa kemampuan membayar masyarakat dapat dilihat dari pengeluaran tersier seperti: pengeluaran rekreasi, sumbangan kegiatan sosial, dan biaya rokok.

Menurut BPS, 2002. Pengeluaran rumah tangga merupakan salah satu indikator yang dapat memberikan gambaran kesejahteraan penduduk. Sernakin tinggi pendapatan maka porsi pengeluaran rumah taggaa akan bergeser dari pengeluaran untuk makanan ke pengeluaran bukan makanan. Pergeseran pola

pengeluaran terjadi karena elastisitas permintaan terhadap makanan pada umumnya rendah, sebaliknya elastisitas permintaan terhadap barang bukan makanan pada umumnya tinggi. Engels Law menyatakan bahwa proporsi anggaran rumah tangga yang alokasikan untuk membeli pangan akan semakin kecil pada saat tingkat pendapatan meningkat (Harianto, 2001).

2.1.3.2.4 Jumlah Anggota Keluarga

Menurut Lofgren dkk. 2008, jumlah anggota keluarga memengaruhi persepsi kepala keluarga terhadap risiko dan persepsi terhadap besarnya kerugian. Semakin banyak jumlah anggota keluarga, semakin besar risiko sakit, dan semakin besar kerugian finansial yang akan dialami. Teori ini terbukti pada penelitian Woldemariam (2008) di Ethiopia dan Masanjala-Phiri (2008) di Malawi. Babatunde dkk. 2011, membuktikan hasil sebaliknya. Semakin besar jumlah anggota keluarga semakin menurunkan WTP, karena jumlah iuran yang harus dibayar semakin besar.

2.1.3.2.5 Pendapatan Anggota Keluarga Lain

Menurut Thabrany (2012), semakin banyak jumlah anggota keluarga maka akan semakin banyak pula kebutuhan untuk memenuhi kesehatannya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Susanti, et.al, 2014 pada PT Tiga Serangkai yang sebagian besar tenaga kerjanya harus menaggung jumlah anggota keluarga sebanyak > 4 orang sehingga biaya yang harus dikeluarkan untuk biaya kesehatan lebih besar. Kesesuaian hasil penelitian dengan teori dikarenakan rumah tangga dengan jumlah keluarga lebih dari 4 orang memiliki risiko pemiskinan lebih tinggi. Hal ini akan berpengaruh jika masing-masing atau

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

lebih dari satu anggota keluarga yang mendapatkan pendapatan, jadi kebutuhan akan ditanggung lebih dari satu orang.

2.1.3.2.6 Kepemilikan Rumah

Hasil penelitian Djuhaeni dkk (2010) menunjukkan bahwa, sebagian besar (51,9%) masyarakat telah memiliki rumah sendiri. Menurut Maslow, rumah merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Dengan terpenuhinya kebutuhan dasar tersebut, maka diasumsikan bahwa seseorang dapat mengalihkan pengeluarannya untuk kebutuhan yang lain termasuk membayar iuran/premi asuransi kesehatan. Walaupun hasilnya tidak terlalu jauh berbeda dengan masyarakat yang belum memiliki rumah sendiri yaitu 48,1%, namun implikasinya cukup besar karena meningkatnya biaya-biaya yang harus dikeluarkan untuk rumah seperti biaya sewa/kontrak.

2.1.3.2.7 Kepemilikan Kendaraan

Soekanto (2001) mengemukakan bahwa kepemilikan kendaraan khususnya di kota-kota besar menunjukkan tingkat sosial seseorang. Penelitian oleh Djuhaeni dkk (2010) menyatakan seseorang yang tidak memiliki kendaraan milik sendiri mengakibatkan meningkatnya biaya pengeluaran untuk transportasi dalam akses terhadap pelayanan kesehatan dibandingkan dengan seseorang yang memiliki kendaraan sendiri.

2.1.3.2.8 Tabungan Kesehatan

Jacobs (1997) mengatakan bahwa faktor ekonomi yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kemampuan membayar seseorang salah satunyan adalah dengan adanya tabungan kesehatan. Djuhaeni dkk (2010) dalam penelitiannya

mengatakan bahwa seseorang yang tidak memiliki tabungan untuk kesehatan belum mempersiapkan sejumlah dana yang digunakan untuk menghadapi masalah kesehatan.

2.1.3.3 Metode untuk Mengukur ATP (Ability to Pay)

Susilowati dkk. (2001) mengemukakan bahwa kemampuan membayar biaya pelayanan kesehatan dapat diukur dari keseluruhan biaya untuk konsumsi di luar kebutuhan dasar (antara lain : minuman jadi, minuman beralkohol, tembakau atau sirih, pengeluaran pesta yang diukur setahun). Dalam WHO yang ditulis Xu, et. al., (2005) Kapasitas Membayar diperoleh dari perhitungan pengeluaran non pangan ditambah pengeluaran pangan non esensial (makanan/minuman jadi, rokok /tembakau dan sirih, Alkohol)

Menurut Depkes (2000) kemampuan membayar masyarakat dapat dilakukan dengan pendekatan formula :

1. 10% dari Disposible income (pendapatan yang dapat dipakai setelah dikeluarkan untuk pengeluaran pangan (esensial).
2. 50 % dari pengeluaran Rokok (Rokok/Sirih) ditambah dengan Pengeluaran Non Pangan
3. 5 % dari total Pengeluaran

2.1.4 WTP (*Willingness to Pay*)

2.1.4.1 Pengertian

WTP adalah jumlah maksimum dari status individu seseorang untuk kemauan membayar atas suatu barang atau jasa, menurut Wedgwood, A(2003). Mankiw (2004), mendefinisikan WTP sebagai harga tertinggi yang rela

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

dibayarkan oleh masing-masing pembeli dengan menggunakan pendekatan surplus konsumen dari kurva permintaan (demand). Surplus konsumen adalah nilai kerelaan seseorang untuk membayar suatu nilai barang ekonomi dikurangi nilai yang sebenarnya dibayarkan olehnya.

Secara umum, nilai ekonomi suatu barang atau jasa didefinisikan sebagai pengukuran jumlah maksimal seseorang ingin mengorbankan barang dan jasa untuk memperoleh barang dan jasa lainnya. Secara formal, konsep ini disebut sebagai keinginan membayar (*Willingness to Pay*) seseorang terhadap barang dan jasa yang dihasilkan. Keinginan membayar juga dapat diukur dalam bentuk kenaikan pendapatan yang menyebabkan seseorang berada dalam posisi indiferrent terhadap perubahan exogenous. Perubahan exogenous ini bisa terjadi karena perubahan harga (misalnya akibat sumber daya makin langka) atau karena perubahan kualitas sumber daya. Jadi WTP dapat juga diartikan sebagai jumlah maksimal seseorang mau membayar untuk menghindari terjadinya penurunan terhadap sesuatu.

2.1.4.2 Determinan yang Mempengaruhi WTP (Willingness to Pay)

Willingness to Pay didefinisikan sebagai seberapa besar seseorang atau kelompok orang bersedia untuk membayar barang atau pelayanan tertentu. Djuhaeni dkk (2010) menjelaskan bahwa ada beberapa pertimbangan yang mempengaruhi keputusan *Willingness to Pay* antara lain *Ability to Pay*, pelayanan kesehatan yang akan dijamin oleh asuransi kesehatan, kepercayaan terhadap pengumpul iuran/premi dan besaran iuran/premi asuransi kesehatan.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Dalam penelitian mengenai pembayaran PDAM oleh Metalia (2004) menunjukkan variabel yang berpengaruh terhadap kemauan membayar yaitu kesesuaian biaya jasa, cara pembayaran, pengetahuan tentang pelayanan, dan pengetahuan tentang pentingnya pelayanan.

Sejalan dengan penelitian Metalia, penelitian yang dilakukan Iriani(1998) mengenai iuran dana sehat di desa tertinggal di kecamatan Sukaraja, kabupaten Bogor menunjukkan bahwa kemauan membayar bergantung pada variabel yaitu pengetahuan, persepsi, kelengkapan sarana dan pelayanan kesehatan, kemudahan mengumpulkan iuran, dan prilaku pertugas.

2.1.4.3 Metode untuk Mengukur WTP (Willingness to Pay)

Beberapa rumusan tentang kemauan membayar (*Willingness to Pay*) adalah Russel (1996) mengemukakan bahwa kemauan membayar suatu jasa dapat dilihat dari dua hal : pertama, mengamati dan menempatkan model pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan di masa lalu, pengeluaran terhadap harga pelayanan kesehatan, kedua, wawancara langsung pada masyarakat seberapa besar kemampuan dan kemauan untuk membayar paket atau jasa pelayanan kesehatan.

Mukti (2001), berpendapat kemauan membayar dapat dilihat dari pengeluaran sebenarnya yang selama ini telah dibelanjakan untuk keperluan kesehatan. Sedangkan pendapat Susilowati dkk. (2001) bahwa kemauan masyarakat membayar biaya pelayanan kesehatan dapat dilihat dari pengeluaran kesehatan riil dalam bentuk biaya obat, jasa pelayanan dan transportasi. Kartman dkk. (1996), berpendapat kemauan untuk membayar dalam pelayanan kesehatan

sebaiknya dilakukan dalam penelitian tidak hanya pada pasien secara individu, tetapi juga kepada pasien yang menjadi tanggungan asuransi.

2.1.5 Hubungan antara ATP (*Ability to Pay*) dan WTP (*Willingness to Pay*)

Sustein dalam jurnal Havard Law & Policy Review mengatakan bahwa jika seseorang tidak memiliki banyak uang, berarti mereka memiliki kemampuan membayar yang rendah. Saat orang miskin menunjukkan WTP yang rendah, hal tersebut berarti kemampuan membayar mereka memang rendah. Tapi bagi seseorang dengan WTP yang rendah tidak berarti mereka memperoleh jaminan kesejahteraan yang rendah dari Pemerintah untuk barang yang bersesuaian. Penilaian penduga WTP yang diharapkan menurut Fujita et all (2005) sebagai informasi yang berguna dari sisi permintaan (demand) untuk tingkat penetapan tarif pelayanan dengan menyertakan keterbatasan dari pengguna (ATP).

Menurut Gupta (2005) dalam konferensi internasional jaminan kesehatan sosial bagi negara miskin, kemampuan membayar yang rendah berkorelasi dengan keinginan membayar. Sedangkan Bayarsaikhan (2005) mempresentasikan dalam konferensi tersebut bahwa semua segmen populasi yang dijamin dan dilindungi dan tidak sakit serta miskin diabaikan status pendapatannya atau kemampuan membayar pelayanan kesehatannya pada saat dibutuhkan.

Penelitian Kemauan membayar untuk meningkatkan pelayanan sanitasi dan dampaknya pada pendekatan responsif pada air BRAC oleh Faisal (2008) menunjukkan dalam mendisain struktur tarif termasuk didalamnya pertimbangan ATP selain dari WTP. Analisa yang detail mengenai WTP dan ATP memberikan banyak dimensi untuk suatu proyek yang akan diimplementasikan pada tingkat

bawah. Jika suatu WTP rumah tangga lebih rendah dari ATPnya menunjukkan pembelian sesuatu yang tidak diinginkan dari pembuat keputusan pada rumah tangga itu untuk membiayai pelayanan. ATP terlalu rendah itu sebagai gambaran dari ketidakmampuan rumah tangga untuk suatu keinginan membayar dari suatu. Nilai ATP yang rendah dan nilai WTP yang tinggi disebut sebagai masyarakat yang perlu dukungan pengaturan keuangan (favourable financial arrangement). ATP yang rendah dengan WTP yang rendah juga disebut masyarakat yang perlu dukungan keuangan dan motivasi.

Hubungan antara kemampuan membayar dengan kemauan membayar dalam penelitian Rudianto (1998) di Puskesmas Cikole, Kabupaten daerah tingkat II Bandung menunjukkan hubungan yang nyata. Hasil dari kajian tersebut adalah Kemampuan membayar lebih tinggi dibandingkan kemauan membayar. Dalam penelitian dewi (2004) di Puskesmas Sukmajaya, Depok menghasilkan bahwa keinginan membayar berhubungan nyata dengan pendidikan, manfaat yang dirasakan pasien, dan pendapatan pasien. Hal ini menunjukkan pasien yang mau membayar pelayanan lebih baik adalah pasien dengan karakteristik pendidikan baik, pendapatan relatif tinggi dan manfaat pelayanan yang telah dirasakan oleh pasien dengan baik pula.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.1.6 Sektor Informal

2.1.6.1 Sektor Informal

Konsep sektor informal berawal dari prakarsa seorang ahli antropolog asal Inggris yaitu Keith Hart, melalui studinya setelah mengamati kegiatan penduduk di Kota Accra dan Nima, Ghana, Afrika. Karya ini diterbitkan pada tahun 1973,

sejak munculnya konsep ini banyak penelitan dan kebijakan mulai menyoroti masalah ini secara khusus. (Manning dan Efendi, 1985 : 75)

Sektor informal merupakan bagian dari angkatan kerja yang berada di luar pasar tenaga kerja. Istilah sektor informal pada umumnya dinyatakan dengan usaha sendiri atau wirausaha. Ini merupakan jenis kesempatan kerja yang kurang terorganisir, padat karya, dan tidak memerlukan keterampilan khusus sehingga mudah keluar masuk dalam usahanya. Sektor informal mudah dilakukan oleh siapapun tanpa memandang tingkat pendidikan seseorang, baik yang memiliki pendidikan tinggi maupun yang memiliki pendidikan rendah.

Sulit untuk merumuskan secara tegas batasan – batasannya, karena luasnya spektrum dan kompleksitas sektor informal ini walaupun dengan mudah orang menggolongkan mereka bekerja sebagai pedagang kecil maupun pelaku industri kecil. Namun bukan berarti seluruh pekerja di sektor informal itu merupakan pekerja yang tidak mampu bersaing di sektor formal, karena banyak diantara mereka memilih sektor informal karena menurutnya sektor ini menjanjikan hidup yang lebih baik. Peluang di sektor informal ini dapat memberikan solusi bagi angkatan kerja dan dapat menekan angka pengangguran karena mampu menyerap tenaga kerja yang tidak terserap pada sektor formal.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.1.6.2 Pengertian dan Ciri-ciri Sektor Informal

Dalam perekonomian suatu negara perkembangan populasi penduduk tidak selalu berbanding lurus dengan penciptaan lapangan kerja. Oleh karena itu sektor informal merupakan salah satu alternatif kesempatan kerja yang mampu menyerap kelebihan tenaga kerja yang tidak terserap oleh sektor formal yang

persyaratannya lebih kompetetif. Sektor informal di kota selama ini dipadati oleh kelompok migran, motif utama mereka berimigrasi adalah alasan ekonomi. Hal ini didasari atas adanya perbedaan tingkat perkembangan ekonomi antara pedesaan dan perkotaan, karena menurut mereka di kota terdapat kesempatan ekonomi yang lebih baik dibanding dengan pedesaan.

Sektor informal ditandai dengan karakteristik khas seperti aneka bidang kegiatan produksi barang dan jasa berskala kecil, sebagian besar unit – unit produksinya dimiliki secara perorangan atau keluarga, banyak menggunakan tenaga kerja (padat karya) dan teknologi yang dilibatkan terhitung sederhana. Pada umumnya mereka tidak banyak memiliki pendidikan formal, tidak memiliki keterampilan khusus dan sangat kekurangan modal. Oleh sebab itu produktivitas dan pendapatan mereka cenderung lebih rendah dari tenaga kerja di sektor formal. (Todarro,1995 : 265).

Sethuraman (dalam Manning dan Effendi, 1985 : 90), mengemukakan istilah sektor informal sebagai suatu manifestasi dari situasi pertumbuhan kesempatan kerja di negara berkembang yang bertujuan untuk mencari kesempatan kerja dan pendapatan untuk memperoleh keuntungan. Sektor informal biasanya digunakan untuk menyatakan sejumlah kegiatan ekonomi yang berskala kecil. Alasan dikatakan berskala kecil karena umumnya mereka pada umumnya berasal dari kalangan miskin, berpendidikan rendah, berketerampilan rendah, dan kebanyakan dilakukan oleh para pendatang. Dapat digambarkan bahwa usaha – usaha di sektor informal berupaya menciptakan kesempatan kerja dan memperoleh pendapatan sendiri.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Jan Breman (dalam Manning dan Effendi, 1985 : 139), membedakan sektor formal dan informal yang menujukkan pada suatu sektor ekonomi masing – masing dengan konsistensi dan dinamika strukturnya. Sektor formal digunakan dalam pengertian pekerjaan yang permanen meliputi: sejumlah pekerja yang saling berhubungan yang merupakan bagian dari suatu struktur pekerjaan yang terjalankan dan amat terorganisir, pekerja yang secara resmi terdaftar dalam statistik perekonomian, dan syarat bekerja dilindungi oleh hukum kegiatan – kegiatan perekonomian yang tidak memenuhi kriteria ini kemudian dimasukkan dalam istilah sektor informal, suatu istilah yang mencakup pengertian berbagai kegiatan yang seringkali dinyatakan dengan usaha mandiri.

Dipak Mazumdar (dalam Manning dan Effendi, 1985 : 111-113), memberikan definisi sektor informal sebagai pasaran tenaga kerja yang tidak dilindungi. Salah satu perbedaan antara sektor formal dan informal sering dipengaruhi oleh jam kerja yang tidak tetap dalam jangka waktu tertentu. Hal ini disebabkan oleh tidak adanya hubungan kontrak kerja jangka panjang dalam sektor informal, cara perhitungan upah berdasarkan hari atau jam kerja dan menonjolnya usaha sendiri.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Ciri – ciri sektor informal menurut Santos (dalam Safaria, 2003 : 8), adalah jumlah barang sedikit dengan mutu rendah, modal sangat terbatas, teknik operasinya masih tradisional, kesempatan kerja yang elastis, terdapat banyak tenaga kerja yang tidak diberi upah, pemberian kredit terjadi secara pribadi, serta ketergantungannya terhadap faktor – faktor eksternal relatif rendah.

Wirosardjono (dalam Budi, 2006 : 33), mendefenisikan sektor informal sebagai sektor kegiatan ekonomi kecil - kecilan yang mempunyai ciri sebagai berikut : Pola kegiatan tidak teratur baik dalam arti waktu, permodalan, maupun penerimaannya; Tidak tersentuh oleh ketentuan atau peraturan yang ditetapkan oleh pemerintah; Modal, peralatan, dan perlengkapan maupun omset - omsetnya biasanya kecil dan atas dasar hitungan harian; Umumnya tidak mempunyai tempat usaha yang permanen; Tidak mempunyai keterikatan dengan usaha lain yang besar; Umumnya dilakukan oleh dan melayani golongan masyarakat yang berpendapatan rendah; Tidak membutuhkan keahlian dan keterampilan khusus sehingga dapat menyerap bermacam - macam tingkat tenaga; Tidak mengenal sistem perbankan, pembukuan, dan lain sebagainya; Umumnya tiap satuan usaha memperkerjakan tenaga kerja yang sedikit dan berasal dari lingkungan keluarga, kenalan, atau dari daerah yang sama.

Dari pengertian dan ciri - ciri sektor informal yang telah dijelaskan sebelumnya maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ciri – ciri sektor informal adalah sebagai berikut :

1. Tidak memerlukan izin usaha
2. Modal yang dimiliki terbatas dan padat karya
3. Sektor informal adalah unit usaha dengan pola kegiatan tidak teratur dengan manajemen yang sederhana
4. Peralatan dan perlengkapan yang digunakan sederhana
5. Jumlah produksi terbatas dan produksinya berkualitas rendah jika dibandingkan sektor formal

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

6. Tidak memandang tingkat pendidikan dan tidak membutuhkan keahlian khusus dalam menjalankan usahanya
7. Penghasilan yang diperoleh tidak menentu
8. Pada umumnya satuan usahanya mempekerjakan tenaga kerja dari kalangan keluarga dan jika menerima pekerja hanya berdasarkan kepercayaan
9. Status pekerja tidak tetap artinya bukan merupakan karyawan atau pekerja tetap dengan kontrak kerja tertentu
10. Mudah keluar masuk usaha dan dapat beralih ke usaha lain, dan
11. Kurang mendapat dukungan dari pemerintah

Sektor informal dapat dilihat sebagai bentuk kegiatan perekonomian atau sebagai wadah penampung angkatan kerja, meskipun pendapatan yang diperoleh pekerja tidak menentu dan pada umumnya relatif kecil, namun sektor informal dapat berperan sebagai katup pengaman masalah ketenagakerjaan di Indonesia maupun Negara – negara yang sedang berkembang lainnya.

2.1.6.3 Kelebihan dan Kelemahan Sektor Informal

Sektor informal tentunya memiliki kelebihan dan kelemahan, adapun beberapa kelebihan yang dimiliki sektor informal adalah sebagai berikut:

a. Padat Karya, dibanding sektor formal, khususnya usaha skala besar, sektor informal yang pada umumnya adalah usaha kecil bersifat padat karya. Sementara itu persediaan tenaga kerja di Indonesia sangat banyak, sehingga upahnya relatif lebih murah jika dibandingkan di negara - negara lain dengan jumlah penduduk yang kurang dari Indonesia. Dengan asumsi faktor - faktor lain yang mendukung (seperti kualitas produk yang dibuat baik dan tingkat

efisiensi usaha serta produktivitas pekerja tinggi), maka upah murah merupakan salah satu keunggulan komparatif yang dimiliki usaha kecil di Indonesia.

b. Daya Tahan**,** selama krisis terbukti sektor informal tidak hanya dapat bertahan, bahkan berkembang pesat. Hal ini disebabkan faktor permintaan (pasar output) dan faktor penawaran. Dari sisi permintaan, akibat krisis ekonomi pendapatan riil rata - rata masyarakat menurun drastis dan terjadi pergeseran permintaan masyarakat, dari barang - barang sektor formal atau impor (harganya relatif murah) ke barang - barang sederhana buatan sektor informal (harganya relatif murah).

c. Keahlian Khusus (Tradisional), bila dilihat dari jenis - jenis produk yang dibuat di industri kecil dan industri rumah tangga di Indonesia, dapat dikatakan bahwa produk - produk yang mereka buat umumnya sederhana dan tidak terlalu membutuhkan pendidikan formal, tetapi membutuhkan keahlian khusus (*traditional skill*). Di sinilah keunggulan lain sektor informal, yang selama ini terbukti dapat membuat mereka bertahan walaupun persaingan dari sektor formal, termasuk impor sangat tinggi. Keahlian khusus tersebut biasanya dimiliki pekerja atau pengusaha secara turun temurun dari generasi ke generasi.

d. Permodalan**,** kebanyakan pengusaha di sektor informal menggantungkan diri pada uang (tabungan) sendiri, atau dana pinjaman dari sumber - sumber informal (diluar sektor perbankan/keuangan) untuk kebutuhan modal kerja dan investasi mereka. Walaupun banyak juga pengusaha - pengusaha kecil

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

yang memiliki fasilitas - fasilitas kredit khusus dari pemerintah. Selain itu, investasi di sektor informal rata - rata jauh lebih rendah daripada investasi yang dibutuhkan sektor informal. Tentu, besarnya investasi bervariasi menurut jenis kegiatan dan skala usaha.

Disamping kelebihan yang dimilikinya, sektor informal juga memiliki kelemahan – kelemahan menyebabkan sektor informal akan mengalami kesulitan. Kelemahan yang dimiliki adalah bagi sebagian orang menganggap bahwa sektor informal sebagai beban yang mencemari keindahan dan ketertiban kota, masih lemah bersaing baik dalam pasar domestik maupun ekspor, selain itu sektor informal juga kurang memiliki diversifikasi produk. Hal ini akan menjadi kendala serius bagi perkembangan dan pertumbuhannya sektor informal.

2.1.6.4 Jenis-jenis Lapangan Usaha Sektor Informal

Tenaga kerja sektor informal merupakan tenaga kerja yang bekerja pada segala jenis pekerjaan. Sesuai dengan klasifikasi baku yang digunakan dalam penggolongan lapangan pekerjaan/lapangan usaha adalah Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KLBI) 2009.

Maka klasifikasi lapangan usaha sektor informal dibagi menjadi beberapa bagian antara lain :

1. Pertanian, kehutanan, perburuan, dan perikanan
2. Pertambangan dan penggalian
3. Industri pengolahan
4. Listrik, gas, dan air
5. Bangunan

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

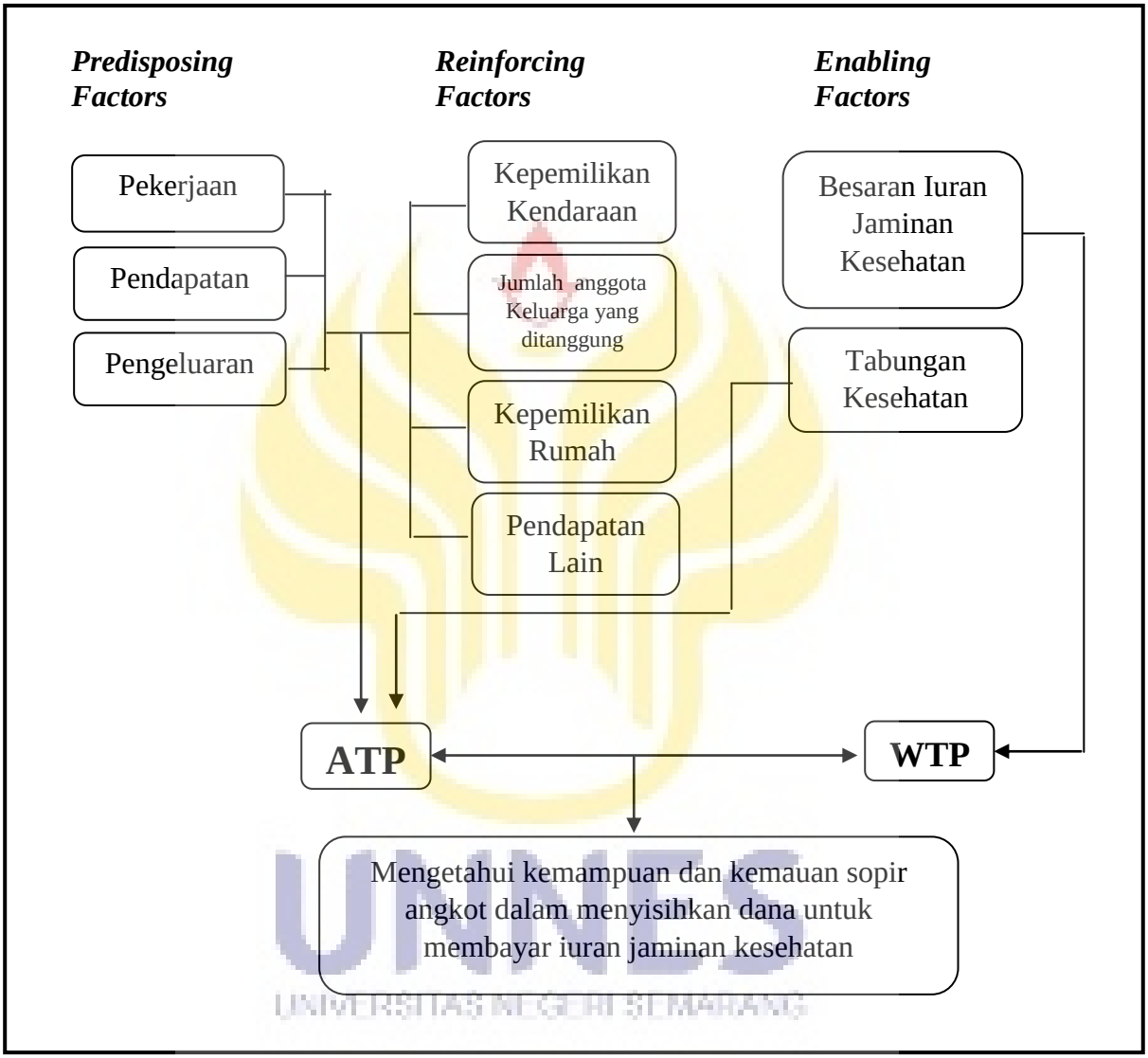
6. Perdagangan besar, eceran, rumah makan, dan hotel
7. Transportasi, pergudangan, dan komunikasi
8. Keuangan, asuransi, usaha persewaan bangunan, tanah, dan jasa perusahaan
9. Jasa kemasyarakatan

2.1.6.5 Sopir Angkot

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, sopir adalah pengemudi mobil. Sementara angkot atau angkutan adalah barang-barang (orang-orang dan sebagainya) yang diangkut. Kendaraan umum adalah setiap kendaraan bermotor yang disediakan untuk dipergunakan oleh umum dengan dipungut bayaran (Undang-Undang Lalu Lintas No.14 Tahun 1992)

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 Kerangka Teori

(Sumber : Hendriyanto, 2009; L.Green, 1980; Russel, 1995; Notoatmojo, 2005; Handayani, 2012)

BAB VI
SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang analisis ATP (*Ability to* Pay) dan WTP (*Willingness to Pay*) terhadap iuran jaminan kesehatan pada sopir angkot di Kota Semarang, dapat disimpulkan sebagai berikut:

6.1.1 Ada hubungan antara tingkat ATP (*Ability to* Pay) terhadap keputusan penentuan kelas iuran jaminan kesehatan pada sopir angkot di Kota Semarang dengan *p value 0.003*.

6.1.2 Ada hubungan antara tingkat WTP (*Willingness to Pay*) terhadap keputusan penentuan kelas iuran jaminan kesehatan pada sopir angkot di Kota Semarang dengan *p value 0.000*.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Masyarakat

1. Dengan adanya kerjasama dengan pihak BPJS setempat diharapkan masyarakat mengerti akan manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan berusaha untuk menyisihkan sebagian penghasilannya untuk dana kesehatan sehingga tingkat ATP (*Ability to Pay*) dan WTP (*Willingness to Pay*) sopir angkot menigkat.

6.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

1. Bagi peneliti selanjutnya disarankan sebelum penelitian dimulai telah mengidentifikasi berbagai sumber yang mungkin menyebabkan bias dan merencanakan upaya untuk mencegah terjadinya kesalahan.

2. Menambah atau mengganti variabel bebas dalam penelitian.

6.2.3 Bagi BPJS Kesehatan

1. Menfasilitasi para sopir angkot untuk ikut serta dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui koordinasi kelompok persatuan sopir angkot dengan kerjasama BPJS setempat.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR PUSTAKA

Adisasmita, Wiku, 2008, *Rancangan Peraturan Daerah Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan*, FKM UI, Jakarta.

Ali Ghufron Mukti dan Moertjahyo, *Sistem Jaminan Kesehatan, Konsep Desentralisasi Terintegrasi*. Yogyakarta: Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan, FK UGM bekerjasama dengan Asosiasi Jamsosda, 2008.

Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik (Edisi Revisi VI)*. Jakarta : Rineka Cipta.

_____. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik.* Jakarta : Rineka Cipta.

Budiarto, Eko, 2001, *Biostatistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta.

Bustami. 2011. *Penjamin Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akseptabilitasnya*. Jakarta : Erlangga.

Departemen Kesehatan, Pedoman Penetapan Tarif JPKM [*e-book*]. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2000.[diunduh tanggal 21 Maret 2012].Tersedia dari www.depkes.go.id.

Dewan Jaminan Sosial Nasional , 2012, Roadmap JKN 2012-2019

Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2014, Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2013

Gubernur Jawa Tengah, 2014, Surat Keputusan Gubernur Jawa Tengah No.560/85 tentang UMK Jawa Tengah Tahun 2015

Handayani, Elmammy, dkk, 2013, *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemauan Masyarakat Membayar Iuran Jaminan Kesehatan di Kabupaten Hulu Sungai Selatan*. Laporan Penelitian, Universitas Padjajaran.

Jacobs, The Economics of Health and Medical Care, Fourth Ed., Aspen Publication, Maryland, 1997.

Juliasih, IGA, dkk, 2013, *Analisis Kemampuan dan Kemauan Membayar Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah karangasem Tahun 2013, Community Health*, Volume 1, No 3, Juli 2013, hlm. 151-161.

Laksono Trisnantoro. 2006. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.

Munawar, Siradjuddin Beku, Alimin Maidin. 2003. *Rasionalisasi Tarif Rawat Inap Rumah Sakit melalui Analisis Biaya Satuan, Kemampuan dan Kemauan Pasien Membayar (Studi Kasus di Rumah sakit Umum Kabupaten Majene)*. Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan, Volume 01 Nomor 02, Mei 2003:84-92.Thabrany. 2002. *Peran Publik dalam Pembiayaan Kesehatan*. Majalah Kedokteran Indonesia, volume 52, nomor 1, hlm 1-6.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta : Rineka Cipta.

Onwujekwe, Obinna, dkk, 2009, *Willingness to Pay for Community Based-Health Insurance in Nigeria : Do Economic Status and Place of Residence Matter?, Health Policy and Planning 2010*, hlm. 155-161.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Peraturan Presiden No.111 Tahun 2013 tentang Perubahan Peraturan Presiden No.12 Tahun 2013 tetang Jaminan Kesehatan, 2013

Peraturan Walikota Semarang No.28 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Warga Miskin dan atau Tidak Mampu di Kota Semarang, 2009

Priyoto, 2014, *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan,* Nuha Medika, Yogyakarta.

Putra, RSP, dkk, 2014, *Ability to Pay dan Catastrophic Payment pada Peserta Pembayaran Mandiri BPJS Kesehatan Kota Makassar, JST Kesehatan,* Volume 4, No 3, Juli 2014, hlm. 283-290.

Russel Steven, *Ability to Pay* for Health Care: Concepts and Evidence. Health Policy and Planning, 1996; 11(3):219-37.

Saryono dan Mekar Dwi Anggraeni. 2013. *Metodologi Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Sastroasmoro, Sudigdo, & Sofyan, Ismael, 1995, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis,* Binarupa Aksara, Jakarta.

Soekanto, Soerjono, Sosiologi : Suatu Pengantar. Cetakan ke-32. RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2001.

Susanti, et. al, 2014, *Perbandingan Kemampuan dan Kemauan Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Antara PT Tiga Serangkai dan CV Fajar Elektronik Kabupaten Jember* (*A Comparative of Ability and Willingness to Pay Of National Health Care Premium Between PT Tiga Serangkai and CV*

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Fajar Elektronik Jember), Artikel Ilmiah Hasil Penelitian Mahasiswa, Universitas Jember, hlm. 1-6.

Subagyo, Pangestu dan Djarwanto. 2005. Statistika Induktif Edisi 5. Yogyakarta : BPFE Yogyakarta.

Sugiyono. 2010. *Statistika Untuk Penelitian. Bandung* : Alfabeta.

_____. 2010. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung : Alfabeta.

Thabrany, Hasbullah, 2008, *Strategi Pendanaan Jaminan Kesehatan Indonesia dalam SJSN*. Jakarta

Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasioanal, 2004

Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, 2009

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, 2011

Undang-Undang No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, 2013

Waty, PLA, dkk, 2013, *The Analysis of Ability and Willingness to Pay of Inpatient in Kapal Bandung Hospital, Community Health*, Volume 1, No 1, April 2013, hlm. 48-53.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG