



9 772088 235001

MENJAMIN AKSES LAYANAN KESEHATAN PADA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Tri Rini Puji Lestari*

Abstrak

Rapat Paripurna DPR RI tertanggalkan 23 September 2025 menyetujui Rancangan Undang-Undang tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun 2026 untuk disahkan menjadi undang-undang. Termasuk di dalamnya Rp69 triliun pembiayaan iuran jaminan kesehatan nasional (JKN). Peningkatan anggaran perlu diimbangi pemerataan akses layanan kesehatan pada program JKN. Tulisan ini mengkaji akses layanan kesehatan pada program JKN dan strategi pemerataannya. Akses layanan kesehatan terkendala tingginya peserta nonaktif JKN yang mencapai 56,9 juta peserta dan ketimpangan mutu layanan kesehatan di daerah tertinggal, terdepan, dan terluar. Adapun strategi yang diperlukan antara lain penguatan pendataan, pemerataan sumber daya kesehatan, dan peningkatan mutu layanan. Komisi IX DPR RI perlu memastikan verifikasi, validasi, dan pemutakhiran data kepesertaan agar bantuan iuran JKN dapat tepat sasaran, memastikan alokasi anggaran PBI yang memadai dan tepat sasaran, mendorong peningkatan kontribusi anggaran pendapatan dan belanja daerah pada PBI, serta memperkuat pengawasan terhadap mutu layanan kesehatan dan pemerataan sumber daya kesehatan.

Pendahuluan

Sejak 2014, JKN menjadi penopang utama pemerataan layanan kesehatan dengan menyediakan akses bagi seluruh masyarakat. Dengan cakupan peserta yang terus meningkat, JKN berperan penting dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang inklusif dan berkeadilan. Hingga 31 Agustus 2025, JKN telah mencakup 279,7 juta peserta atau 98,3% penduduk (BPJS Kesehatan, 2025). Jumlah tersebut meningkat drastis jika dibandingkan dengan tahun 2014 yang berjumlah 133,4 juta peserta atau 52,7% penduduk (DJSN & BPJS Kesehatan, 2020).

Penyelenggaraan JKN didukung dengan alokasi anggaran kesehatan yang semakin meningkat. Dalam Rapat Kerja Badan Anggaran DPR RI dengan Menteri Keuangan, Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Bappenas, Menteri Hukum, dan Gubernur Bank Indonesia pada 21 Agustus 2025, pemerintah menyebutkan bahwa anggaran kesehatan pada tahun 2026 sebanyak Rp244 triliun. Adapun rencana pemanfaatan anggaran tersebut di antaranya untuk bantuan iuran JKN bagi 96,8 juta peserta serta iuran pekerja bukan penerima upah/bukan pekerja yang berjumlah 49,6 juta peserta sebanyak Rp69 triliun

*) Analis Legislatif Ahli Madya Bidang Kesejahteraan Rakyat pada Pusat Analisis Keparlemenan, Badan Keahlian DPR RI.
Email: tri.lestari@dpr.go.id

(Banggar DPR RI, 2025). Selanjutnya, pada Rapat Paripurna DPR RI ke-5 Masa Persidangan I Tahun Sidang 2025-2026 tertanggal 23 September 2025, DPR RI menyetujui anggaran tersebut yang tercantum pada Rancangan Undang-Undang tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun 2026 untuk disahkan menjadi undang-undang (DPR RI, 2025). Peningkatan anggaran tersebut perlu diimbangi dengan pemerataan akses layanan kesehatan. Tulisan ini mengkaji akses layanan kesehatan pada program JKN dan strategi pemerataannya.

Akses Layanan Kesehatan pada Program JKN

Akses layanan kesehatan dalam program JKN dijamin oleh Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Peraturan tersebut pada dasarnya menegaskan hak setiap orang dan kewajiban negara menyediakan layanan kesehatan yang adil dan terjangkau. Selain itu, untuk menjamin seluruh masyarakat memperoleh perlindungan kesehatan, mengurangi beban pembiayaan kesehatan, dan meningkatkan kualitas hidup dan produktivitas penduduk melalui akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai. Prinsip gotong royong menjadi dasar penyelenggaraan JKN dan pembiayaan penuh bagi masyarakat miskin melalui anggaran pendapatan dan belanja negara serta anggaran pendapatan dan belanja daerah.

Akses layanan kesehatan pada program JKN merupakan hak seluruh masyarakat tanpa memandang status sosial ekonomi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Termasuk juga pelayanan kesehatan yang diperuntukan bagi kelompok rentan terhadap kesehatan seperti kelompok anak-anak, lansia, penyandang disabilitas, ibu hamil dan menyusui, orang dengan penyakit kronis, masyarakat fakir miskin, dan masyarakat di daerah terpencil. Dalam implementasinya, akses layanan kesehatan dalam program JKN menghadapi beberapa tantangan.

Pertama, tingginya peserta nonaktif JKN yang mencapai 56,9 juta peserta pada Januari 2025 (DJSN, 2025). Peserta JKN dapat ditangguhkan kepesertaannya sehingga tidak dapat menggunakan JKN untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Kondisi ini menyebabkan peserta tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan untuk dirinya maupun keluarganya. Adapun penyebabnya antara lain keterlambatan pembayaran iuran pada peserta mandiri seperti terkena pemutusan hubungan kerja dan pendapatan ekonominya berkurang (Rohmadoni dkk, 2022). Namun demikian, peserta nonaktif dapat mengurus kepesertaannya kembali untuk tetap mendapatkan pelayanan kesehatan dalam program JKN dengan memenuhi ketentuan dan persyaratan yang berlaku di BPJS Kesehatan.

Selain itu, keterlambatan pembayaran iuran juga dapat disebabkan oleh pemberi kerja yang telat membayar untuk peserta pekerja penerima upah. Penyebab peserta nonaktif lainnya yaitu adanya perubahan status kepesertaan seperti peserta pekerja menjadi peserta mandiri atau anak peserta yang sudah melewati batas usia tanggungan, serta



tidak lagi memenuhi persyaratan seperti perubahan status PBI. Perubahan tersebut dapat disebabkan oleh data yang diperoleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah dianggap mampu untuk membayar iuran secara mandiri atau dibayarkan oleh perusahaan.

Kedua, ketimpangan mutu layanan kesehatan antara wilayah perkotaan dengan daerah tertinggal, terdepan, dan terluar yang masih besar. Permasalahan utama meliputi ketimpangan pemerataan fasilitas pelayanan kesehatan, hambatan geografis dan transportasi, keterbatasan layanan rujukan di rumah sakit, serta kurangnya kesiapan administrasi fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengelola klaim JKN. Rumah sakit di daerah tertinggal, terdepan, dan terluar banyak yang belum memiliki dokter spesialis lengkap, peralatan kesehatan penunjang, dan sistem informasi rujukan digital (Yusvaa, 2025).

Selain itu, penyebab ketimpangan mutu layanan kesehatan di daerah tertinggal, terdepan, dan terluar antara lain adanya keterbatasan tenaga medis dan tenaga kesehatan serta kurangnya obat dan alat kesehatan di daerah tertinggal, terdepan, dan terluar. Penyebab lainnya yaitu kurangnya jaringan internet untuk mendukung sistem informasi kesehatan, teknologi kesehatan yang sudah usang, dan pendanaan kesehatan yang tidak mencukupi (Lajuck, 2024). Kondisi ini menyebabkan akses pelayanan kesehatan pada program JKN menjadi kurang terjangkau dan pelayanan kesehatan yang ada tidak dapat memenuhi kebutuhan masyarakat.

Strategi Pemerataan Akses Layanan Kesehatan

Menjaga akses layanan kesehatan dalam program JKN memerlukan strategi yang fokus pada pendataan; pemerataan sumber daya kesehatan seperti tenaga medis, tenaga kesehatan, pembiayaan, fasilitas kesehatan, alat kesehatan, dan obat; serta peningkatan mutu layanan. Langkah awal yang mendesak adalah pemutakhiran data PBI serta validasi dan verifikasi data. Saat ini pemutakhiran data dilakukan melalui integrasi data tunggal sosial ekonomi nasional (DTSEN) sesuai dengan Instruksi Presiden Nomor 4 Tahun 2025 tentang Data Tunggal Sosial dan Ekonomi Nasional. Terdapat 18 kementerian/lembaga yang diberikan perintah untuk memastikan akurasi, interoperabilitas, pemutakhiran data, serta sinergi antar kementerian/lembaga.

Melalui DTSEN, proses validasi dan verifikasi dilakukan secara berkala, lintas kementerian/lembaga, dan disinkronkan oleh Badan Pusat Statistik. Selain itu, informasi berdasarkan *by name by address* pada DTSEN memungkinkan subsidi JKN akan menjadi tepat sasaran dan menjangkau masyarakat yang mengalami kesulitan akses pelayanan kesehatan karena alasan keterbatasan ekonomi. DTSEN menjadi acuan baru untuk menentukan peserta dengan kategori PBI.

Dengan demikian, peserta PBI yang sebelumnya terdaftar di data terpadu kesejahteraan sosial (DTKS) tetapi tidak terdata di DTSEN maka kepesertaannya akan ditangguhkan.



Hal ini dikarenakan peserta dianggap sudah tidak memenuhi kriteria atau sudah sejahtera sehingga terdapat perubahan status PBI. Untuk menghadapi peralihan perubahan status dan agar peserta tetap dapat mengakses layanan kesehatan, maka strategi yang dapat dilakukan antara lain pemerintah perlu mempertimbangkan untuk memberikan bantuan iuran sebagian dan sementara pada masa peralihan tersebut bagi kelompok yang sudah tidak berstatus PBI tetapi mengalami kesulitan membayar iuran JKN setiap bulannya.

Selain itu, pemerintah perlu memberikan program perlindungan sosial lainnya untuk membantu peserta nonaktif selama masa transisi. Pemerintah juga perlu meningkatkan komunikasi, informasi, dan edukasi kepada masyarakat yang kepesertaannya telah dan akan ditangguhkan. Hal ini dikarenakan banyaknya masyarakat yang tidak mengetahui jika sudah tidak berstatus PBI ketika sedang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Selain pendataan, pemerintah perlu melakukan pemerataan sumber daya kesehatan. Pemerataan tenaga medis dan tenaga kesehatan harus diperkuat dengan insentif ke daerah tertinggal, terdepan, dan terluar. Khusus untuk tenaga medis, tunjangan khusus diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 81 Tahun 2025 tentang Tunjangan Khusus bagi Dokter Spesialis, Dokter Subspesialis, Dokter Gigi Spesialis, dan Dokter Gigi Subspesialis yang Bertugas di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan. Berdasarkan peraturan presiden tersebut, tunjangan khusus tenaga medis sebesar Rp30 juta. Selain itu, program nusantara sehat yang dibentuk Kementerian Kesehatan sejak 2019 juga mendukung pelaksanaan JKN dengan menyediakan tenaga medis dan tenaga kesehatan guna memperkuat fasilitas pelayanan kesehatan primer di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan. Pemerataan tenaga medis dan tenaga kesehatan perlu didukung dengan ketersediaan alat kesehatan dan perbekalan kesehatan sehingga pelayanan kesehatan dapat diberikan secara optimal.

Selain itu, pemerataan akses layanan kesehatan pada program JKN juga dilakukan melalui keterlibatan puskesmas keliling untuk mendatangi peserta JKN yang mengalami kesulitan mengakses pelayanan kesehatan. Upaya ini sebagai bagian dari penguatan fasilitas pelayanan kesehatan primer. Puskesmas dan klinik sebagai *gatekeeper* layanan kesehatan perlu ditingkatkan sarana diagnostik dan digitalisasi pencatatan. Pemerataan juga membutuhkan pemberdayaan kader kesehatan. Pemberdayaan menjadi salah satu strategi untuk melakukan penyuluhan kesehatan dan pencegahan penyakit. Selain itu, pemerataan akses layanan kesehatan juga perlu pemanfaatan konsultasi kesehatan jarak jauh atau telemedisin untuk mengurangi ketimpangan akses pelayanan kesehatan. Tentunya hal ini perlu didukung dengan ketersediaan infrastruktur teknologi informasi. Dengan demikian, mutu layanan kesehatan pada program JKN dapat meningkat.

Penutup

Akses layanan kesehatan pada program JKN merupakan hak seluruh masyarakat tanpa memandang status sosial ekonomi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Tantangan akses layanan kesehatan seperti tingginya peserta nonaktif JKN



yang mencapai 56,9 juta peserta pada Januari 2025. Hal ini menyebabkan peserta nonaktif tidak dapat menggunakan JKN untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Tantangan lainnya yaitu adanya ketimpangan mutu layanan kesehatan antara wilayah perkotaan dengan daerah tertinggal, terdepan, dan terluar. Adapun strategi yang diperlukan antara lain penguatan pendataan, pemerataan sumber daya kesehatan, dan peningkatan mutu layanan.

Komisi IX DPR RI perlu memastikan verifikasi, validasi, dan pemutakhiran data kepesertaan akurat agar bantuan iuran JKN dapat tepat sasaran, memastikan alokasi anggaran PBI yang memadai dan tepat sasaran, mendorong peningkatan kontribusi anggaran pendapatan dan belanja daerah pada PBI, serta memperkuat pengawasan terhadap mutu layanan kesehatan dan pemerataan sumber daya kesehatan di daerah tertinggal, terdepan, dan terluar.

Referensi

- Banggar DPR RI. (2025, Agustus 21). *Banggar DPR RI rapat kerja dengan pemerintah* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=AectJMj8m3c>
- BPJS Kesehatan. (2025, Agustus 31). Cakupan kepesertaan program JKN. *Bpjss-kesehatan.go.id*. <https://data.bpjss-kesehatan.go.id/bpjss-portal/action/dash-publik-detail.cbi?id=22f081ce-419d-11eb-a5e7-b5beb99935c0#g>
- DJSN. (2025, Januari). Kepesertaan aktif dan nonaktif. *Djsn.go.id*. <https://kesehatan.djsn.go.id/kesehatan/aktifnonaktif/>
- DJSN & BPJS Kesehatan. (2020). *Statistik JKN 2014-2018: Mengungkap fakta dengan data*. Dewan Jaminan Sosial Nasional dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
- DPR RI. (2025, September 23). Seluruh fraksi di DPR setuju sahkan ruu apbn 2026 jadi uu. *Dpr.go.id*. <https://jdih.dpr.go.id/berita/detail/id/59605/t/Seluruh+Fraksi+di+DPR+Setuju+Sahkan+RUU+APBN+2026+Jadi+UU>
- Lajuck, P. B., Krissinta, M. W., & Simanjuntak, D. (2024). Kesehatan sebagai bagian dari hak asasi manusia: Studi kasus terhadap kesenjangan akses pelayanan kesehatan di sebuah rumah sakit pratama di daerah kepulauan.
- Rohmadoni, T., Fannya, P., Putra, D. H., & Rumana, N. A. (2022). Faktor penyebab BPJS nonaktif di puskesmas kecamatan tanah abang. *Journal of Innovation Research and Knowledge*, 2(6), 2423-2434.
- Yusvaa, Z. E. (2025). *Gratis tapi sulit: Dilema layanan kesehatan BPJS di daerah 3t (tertinggal, terdepan, dan terluar)*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

