
Evaluasi Pelaksanaan Program JKN dalam Upaya Menuju Universal Health Coverage (UHC) di Kab. Tanjung Jabung Timur

Nasrul Diman^{1*}, Rapael Ginting², Subang Aini Nasution³

¹ Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Adiwangsa Jambi.

^{2,3} Universitas Adiwangsa, Jambi, Indonesia

*Email Korespondensi : nasrulperdana123@gmail.com

Submitted : 27/04/2026

Accepted: 26/09/2026

Published: 30/09/2026

Abstract

The National Health Insurance Program (JKN) is a government strategy to achieve Universal Health Coverage (UHC), which ensures fair, quality, and affordable access to health services for all people. This study aimed to evaluate the implementation of the JKN Program in supporting UHC achievement in Tanjung Jabung Timur Regency. This study used a qualitative method with a descriptive approach. The informants consisted of 9 people from the Social Affairs Office, Population and Civil Registration Office, Regional Financial and Asset Management Agency, Regional Development Planning Agency, Health Office, BPJS Kesehatan, Public Health Center, Hospital, and JKN users. Data were collected through in-depth interviews, document review, and source triangulation. The results showed that the input aspect was supported by regulations, budget, population data, and cross-sector roles. However, several obstacles remained, such as limited budget, data synchronization problems, limited human resources, and inadequate health facilities. In the process aspect, JKN implementation had been carried out through data verification, registration, cross-sector coordination, and health services, but the referral system and data integration were not optimal. In the output aspect, JKN helped reduce people's health care costs, but membership coverage only reached 87.85%, with 63% active participants. Therefore, the UHC target has not yet been achieved.

Keywords: *evaluation, JKN, membership, health services, UHC*

Abstrak

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadi strategi pemerintah dalam mewujudkan Universal Health Coverage (UHC), yaitu jaminan akses pelayanan kesehatan yang adil, bermutu, dan terjangkau bagi seluruh masyarakat. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan Program JKN dalam upaya menuju UHC di Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Informan berjumlah 9 orang yang terdiri dari unsur Dinas Sosial, Dukcapil, BPKAD, Bappeda, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, Puskesmas, Rumah Sakit, dan masyarakat pengguna JKN. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, telaah dokumen, dan triangulasi sumber. Hasil penelitian menunjukkan bahwa aspek input telah didukung oleh regulasi, anggaran, data kependudukan, serta peran lintas sektor. Namun, masih terdapat kendala berupa keterbatasan anggaran, sinkronisasi data, SDM, dan sarana kesehatan. Pada aspek proses, pelaksanaan JKN telah berjalan melalui verifikasi data, pendaftaran, koordinasi lintas OPD, dan pelayanan kesehatan, tetapi sistem rujukan dan integrasi data belum optimal. Pada aspek output, JKN membantu meringankan biaya kesehatan masyarakat, namun capaian kepesertaan baru 87,85% dengan peserta aktif 63%, sehingga target UHC belum tercapai.

Kata Kunci : Evaluasi, JKN, kepesertaan, pelayanan kesehatan, UHC

PENDAHULUAN

Tekanan darah tinggi (hipertensi) Universal Health Coverage (UHC) merupakan sistem perlindungan kesehatan yang bertujuan menjamin seluruh masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan secara adil, bermutu, dan terjangkau. Di Indonesia, penerapan UHC dilaksanakan melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. UHC juga menjadi salah satu agenda penting kesehatan global karena menjamin setiap orang dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan biaya. Komitmen ini sejalan dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau Sustainable Development Goals (SDGs). Pada September 2019, seluruh negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) telah menyatakan komitmen untuk mencapai UHC pada tahun 2030 sebagai upaya membangun derajat kesehatan yang lebih baik bagi seluruh masyarakat dunia (Tao, 2020).

Secara global, indeks cakupan layanan UHC meningkat dari 45% pada tahun 2000 menjadi 68% pada tahun 2021. Namun, perkembangan tersebut mulai melambat setelah tahun 2015. Pada periode 2015 sampai 2021, indeks cakupan hanya bertambah 3 poin dan tidak mengalami perubahan sejak tahun 2019. Pada tahun 2021, sekitar 4,5 miliar penduduk dunia belum sepenuhnya memperoleh layanan kesehatan esensial. Selain itu, sekitar 2 miliar orang menghadapi masalah pembiayaan kesehatan, termasuk 1 miliar orang yang mengalami pengeluaran kesehatan pribadi sangat besar dan 344 juta orang yang terdorong ke dalam kemiskinan ekstrem akibat biaya kesehatan. Pandemi COVID-19 juga memperburuk kondisi tersebut karena mengganggu layanan kesehatan penting di 92% negara pada puncak pandemi tahun 2021. Pada tahun

2022, sebanyak 84% negara masih melaporkan adanya gangguan pelayanan kesehatan (WHO, 2023).

WHO merekomendasikan agar sistem kesehatan diarahkan kembali melalui pendekatan pelayanan kesehatan primer atau Primary Health Care (PHC). Pendekatan ini dinilai penting karena sekitar 90% intervensi utama UHC dapat diberikan melalui PHC. Jika diterapkan secara optimal, pendekatan tersebut berpotensi menyelamatkan 60 juta jiwa dan meningkatkan angka harapan hidup global rata-rata hingga 3,7 tahun pada tahun 2030 (WHO, 2023).

UHC dapat dipahami sebagai cakupan kesehatan yang memberikan akses kepada seluruh masyarakat terhadap berbagai jenis pelayanan kesehatan. Cakupan ini merujuk pada sistem atau program pemerintah yang memastikan setiap orang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan tanpa menimbulkan beban keuangan. Program UHC dirancang untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang esensial dan berkualitas, meliputi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, rehabilitasi, perawatan paliatif, serta pelayanan rumah sakit (Ranabhat, 2023).

Pencapaian UHC membutuhkan komitmen politik yang kuat dan strategi yang terarah. Sistem kesehatan harus mampu menyelaraskan berbagai aspek penting agar dapat menjawab tantangan pelayanan kesehatan. Empat fungsi utama sistem kesehatan meliputi pembiayaan, pengelolaan, penyediaan sumber daya, dan pelayanan kesehatan. Reformasi pembiayaan kesehatan juga memiliki peran penting dalam mendukung keberhasilan UHC. WHO menyebutkan bahwa pencapaian UHC membutuhkan empat unsur utama, yaitu sistem kesehatan yang efektif, pembiayaan yang adil dan terjangkau, akses terhadap obat serta teknologi esensial, dan tenaga kesehatan yang kompeten serta memiliki motivasi kerja yang baik (Darrudi, 2022).

Indonesia mulai menerapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2014 sebagai bentuk komitmen menuju UHC. Program ini ditujukan untuk mencakup seluruh penduduk Indonesia dan semula ditargetkan tercapai pada tahun 2019. Meskipun target tersebut belum sepenuhnya terpenuhi, perkembangan kepesertaan JKN menunjukkan kemajuan yang besar. Pada 31 Juli 2020, jumlah peserta JKN telah mencapai lebih dari 220 juta orang atau sekitar 82% dari total penduduk Indonesia sebanyak 268 juta jiwa. Hal ini menjadikan JKN sebagai salah satu skema asuransi kesehatan pembayar tunggal terbesar di dunia. Namun, perluasan kepesertaan belum selalu menjamin cakupan pelayanan yang efektif karena ketersediaan layanan kesehatan di beberapa wilayah masih terbatas (Pratiwi, 2021).

Kepesertaan JKN bersifat wajib. Pembayaran iuran dilakukan oleh pemberi kerja, pemerintah, atau peserta mandiri. Pemerintah menanggung iuran bagi pegawai pemerintah, masyarakat miskin, dan masyarakat hampir miskin. Kelompok ini mencakup sekitar 69% dari seluruh premi. Sementara itu, masyarakat yang bekerja tanpa upah tetap, terutama dari sektor informal, harus membayar iuran secara mandiri. Dalam praktiknya, sebagian peserta mandiri belum membayar iuran secara rutin (Pratiwi, 2021). Pada awal pelaksanaan program, iuran bulanan JKN berkisar dari Rp25.500 hingga Rp80.000 untuk pelayanan kelas satu (Muttaqien, 2021).

Pada tahun 2017, sebanyak 69 juta pekerja Indonesia atau 57% dari total tenaga kerja berada di sektor informal. Namun, hanya sekitar 30 juta pekerja informal yang telah terdaftar atau pernah terdaftar sebagai peserta JKN. Dari jumlah tersebut, sebagian besar peserta memilih iuran terendah sebesar Rp25.500 untuk memperoleh layanan kelas III. Selain masih banyak pekerja informal yang belum terdaftar, program JKN juga menghadapi

masalah tingginya peserta tidak aktif akibat tunggakan iuran. Sekitar 14 juta dari 30 juta pekerja informal yang terdaftar berstatus tidak aktif. Kondisi ini menyebabkan berkurangnya potensi pendapatan JKN dan menunjukkan perlunya pemetaan yang lebih jelas antara masyarakat yang mampu tetapi tidak bersedia membayar dan masyarakat yang sebenarnya bersedia tetapi tidak mampu membayar iuran (Muttaqien, 2021).

Pemerintah daerah memiliki peran penting dalam mendukung pencapaian UHC. Peran tersebut meliputi peningkatan pemahaman masyarakat tentang JKN-KIS serta memastikan seluruh penduduk terdaftar sebagai peserta JKN. Pada tahun 2020, sebanyak 82% penduduk Indonesia telah menjadi peserta JKN. Terdapat empat provinsi yang telah mencapai kepesertaan semesta, yaitu DKI Jakarta, Papua Barat, Aceh, dan Sulawesi Utara. Sementara itu, beberapa provinsi masih memiliki cakupan kepesertaan rendah, termasuk Riau, Maluku Utara, Jambi, Banten, Jawa Barat, dan Sumatera Selatan dengan cakupan kepesertaan sebesar 74,7% (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, target kepesertaan JKN ditetapkan minimal 98% dari total populasi. Berdasarkan data Januari 2025, cakupan kepesertaan JKN di Provinsi Jambi mencapai 93,88% dengan tingkat keaktifan peserta sebesar 69,26%. Dari 11 kabupaten dan kota di Provinsi Jambi, Kabupaten Tanjung Jabung Timur termasuk wilayah dengan capaian kepesertaan JKN rendah, yaitu 87,87% dengan tingkat keaktifan peserta 64,62% (Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, 2025).

Hasil survei awal di Dinas Kesehatan Tanjung Jabung Timur menunjukkan bahwa cakupan kepesertaan JKN di Kabupaten Tanjung Jabung Timur belum mencapai target UHC. Pemerintah telah melaksanakan Program Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang bersumber dari APBN

serta Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang diintegrasikan ke dalam kepesertaan BPJS Kesehatan melalui segmen Peserta Bukan Penerima Upah (PBPJU). Pembiayaan program tersebut berasal dari APBD Provinsi Jambi dan APBD Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Namun, pelaksanaan program tersebut belum mampu memenuhi target UHC. Pada Januari 2025, kepesertaan JKN di Kabupaten Tanjung Jabung Timur baru mencapai 87,87% dengan peserta aktif sebesar 64,62%. Artinya, masih terdapat 12,13% penduduk yang belum terlindungi JKN dan 23,25% peserta yang berstatus tidak aktif (Dinas Kesehatan Kabupaten Tanjung Jabung Timur, 2025).

Berdasarkan uraian tersebut, evaluasi terhadap pelaksanaan Program JKN dalam upaya mencapai Universal Health Coverage di Kabupaten Tanjung Jabung Timur perlu dilakukan. Evaluasi ini penting untuk mengetahui capaian program, hambatan pelaksanaan, tingkat keaktifan peserta, serta strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan cakupan kepesertaan JKN menuju UHC.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif melalui wawancara mendalam (in-depth interview) untuk memperoleh informasi terkait pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam upaya menuju Universal Health Coverage (UHC) di Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Evaluasi dilakukan dengan menilai tiga parameter utama, yaitu input, proses, dan output.

Pemilihan informan dilakukan berdasarkan asas kecukupan dan kesesuaian dengan kebutuhan data penelitian. Jumlah informan dalam penelitian ini sebanyak 9 orang, yang terdiri dari informan pada level pengambil kebijakan atau pejabat, informan pada level teknis, serta triangulasi sumber dari penerima manfaat JKN di wilayah

Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam dilaksanakan pada bulan Agustus 2025.

HASIL

Karakteristik Informan

Tabel 1 Karakteristik Informan

Inisial Nama	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Instansi/Peran
M	40	L	S1	Dinas Sosial
F	50	L	S1	Dinas Kependudukan & Catatan Sipil
H	49	L	S1	BPKAD
Y	45	P	S1	BAPPEDA
S	50	L	S1	Dinas Kesehatan
R	46	L	S1	BPJS Kesehatan
Y	48	L	S1	Puskesmas
K	43	P	S1	Rumah Sakit

Berdasarkan Tabel 1, informan dalam penelitian ini berjumlah 8 orang yang berasal dari berbagai instansi terkait pelaksanaan Program JKN menuju UHC di Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Informan terdiri dari 6 laki-laki dan 2 perempuan, dengan rentang umur 40 sampai 50 tahun. Seluruh informan memiliki tingkat pendidikan S1.

Dilihat dari instansi atau perannya, informan berasal dari Dinas Sosial, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil, BPKAD, BAPPEDA, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, Puskesmas, dan Rumah Sakit. Keberagaman asal instansi ini menunjukkan bahwa data yang diperoleh mencakup berbagai sudut pandang, baik dari pihak pengambil kebijakan maupun pelaksana teknis dalam mendukung pelaksanaan Program JKN menuju UHC

Input (Sumber Daya, Regulasi, Dukungan)

Berdasarkan hasil wawancara, dapat disimpulkan bahwa aspek *input* dalam pelaksanaan Program JKN menuju UHC di

Kabupaten Tanjung Jabung Timur sudah mendapat dukungan dari berbagai instansi terkait. Dukungan tersebut terlihat dari pendataan masyarakat miskin oleh Dinas Sosial, validasi data kependudukan oleh Dukcapil, pengalokasian anggaran oleh BPKAD, perencanaan program oleh Bappeda, serta dukungan teknis dari Dinas Kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan JKN menuju UHC tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan, tetapi memerlukan kerja sama lintas sektor.

Namun, pelaksanaan pada aspek *input* masih menghadapi kendala, terutama pada keterbatasan anggaran, sarana, dan sumber daya manusia kesehatan. Kondisi ini diperkuat oleh pernyataan informan dari Dinas Kesehatan yang menyampaikan bahwa dukungan APBD tahun 2025 untuk integrasi Jamkesda ke BPJS Kesehatan hanya mampu menjangkau 24.000 jiwa dengan alokasi Rp11 miliar, sementara sarana dan SDM Dinas Kesehatan masih belum memadai. Dengan demikian, meskipun dukungan regulasi, data, pembiayaan, dan perencanaan sudah tersedia, penguatan anggaran serta peningkatan kapasitas SDM dan sarana masih diperlukan agar pencapaian UHC di Kabupaten Tanjung Jabung Timur dapat berjalan lebih optimal

Proses Pelaksanaan JKN

Berdasarkan hasil wawancara, dapat disimpulkan bahwa proses pelaksanaan JKN di Kabupaten Tanjung Jabung Timur sudah berjalan melalui beberapa tahapan, yaitu verifikasi dan validasi data, penganggaran, koordinasi lintas OPD, pendaftaran peserta, proses klaim, serta pelayanan rujukan. Setiap instansi memiliki peran masing-masing dalam mendukung kelancaran program, mulai dari Dinas Sosial dalam pendataan PBI, Dukcapil dalam validasi data kependudukan, BPKAD dalam penganggaran, Bappeda dalam koordinasi lintas sektor, Dinas Kesehatan dalam

pelayanan kesehatan, hingga BPJS Kesehatan dalam pendaftaran dan klaim peserta.

Namun, proses pelaksanaan JKN masih menghadapi beberapa kendala. Kendala tersebut meliputi data kependudukan yang belum sinkron, masalah kelengkapan berkas klaim, serta sistem rujukan berjenjang yang belum berjalan optimal. Hal ini diperkuat oleh pernyataan informan dari Dinas Kesehatan yang menyampaikan bahwa sistem rujukan berjenjang belum optimal karena masih banyak masyarakat yang ingin langsung berobat ke rumah sakit provinsi, padahal mekanisme rujukan seharusnya dimulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Dengan demikian, proses pelaksanaan JKN di Kabupaten Tanjung Jabung Timur sudah berjalan, tetapi masih perlu diperkuat melalui pembaruan data, peningkatan koordinasi, edukasi kepada masyarakat, dan perbaikan sistem rujukan agar pelaksanaan JKN menuju UHC dapat lebih efektif.

Output Program JKN

Berdasarkan hasil wawancara, dapat disimpulkan bahwa *output* Program JKN di Kabupaten Tanjung Jabung Timur telah memberikan manfaat bagi masyarakat, terutama dalam membantu meringankan beban biaya pelayanan kesehatan. Program JKN juga mendukung percepatan pelayanan melalui penggunaan NIK sebagai identitas tunggal, sehingga proses pendaftaran dan verifikasi peserta menjadi lebih mudah.

Namun, capaian UHC di Kabupaten Tanjung Jabung Timur belum terpenuhi. Hal ini terlihat dari cakupan kepesertaan yang baru mencapai 87,85% dan peserta aktif 63%, sedangkan target UHC adalah 98% penduduk terdaftar dan minimal 80% peserta aktif. Kendala lain yang masih ditemukan yaitu akses pelayanan kesehatan di daerah DTPK yang belum merata serta adanya beban pembiayaan di

rumah sakit akibat tarif INA-CBG yang belum sesuai dengan biaya riil pelayanan.

Kesimpulan ini diperkuat oleh pernyataan informan dari Bappeda yang menyampaikan bahwa “cakupan kepesertaan baru 87,85% dan peserta aktif 63%, masih jauh dari target UHC, yaitu 98% terdaftar dan minimal 80% aktif.” Dengan demikian, *output* Program JKN sudah dirasakan manfaatnya oleh masyarakat, tetapi perlu peningkatan kepesertaan aktif, pemerataan akses layanan, dan penguatan pembiayaan fasilitas kesehatan agar target UHC dapat tercapai.

Triangulasi Sumber

Pada penelitian ini, informan triangulasi merupakan penerima manfaat dari JKN di Kab. Tanjung Jabung Timur. Penerima manfaat dari JKN dipilih sebagai informan kunci karena merupakan perwakilan dari suara masyarakat sebagai pengguna dan penerima manfaat JKN

Deskripsi Informan

Informan penerima manfaat JKN dalam penelitian ini adalah masyarakat miskin/rentan yang telah terdaftar sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun peserta mandiri JKN.

Responden ID	Inisial Nama	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Instansi/Peran
9	Mr	48	L	S1	Masyarakat (Pengguna JKN)

Hasil Triangulasi

Berdasarkan hasil wawancara mendalam (*in-depth interview*) yang telah disimpulkan dalam matriks penelitian, dapat ditarik informasi yang bisa dijabarkan seperti berikut ini.

“Pengalaman saat mendaftar JKN prosesnya mudah, pendaftarannya cepat. Alasan ikut JKN, jika kita sakit ada jaminan kesehatan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan/pemerintah sehingga kita tidak mengeluarkan uang lagi untuk biaya

rumah sakit. Manfaat JKN bagi keluarga, biaya berobat kami sangat terbantu. Layanan yang kami butuhkan sudah sesuai, kami puas terhadap layanan yang telah diberikan.”

Secara Aksesibilitas pendaftaran mudah dan tidak berbelit. Dari aspek Perlindungan Finansial: Tidak perlu mengeluarkan biaya saat berobat. Manfaat untuk Keluarga: Terbantu secara ekonomi

PEMBAHASAN

Input Program JKN

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Tanjung Jabung Timur telah memiliki dasar input yang cukup baik. Namun, masih ditemukan beberapa kendala yang perlu diperbaiki agar pencapaian Universal Health Coverage (UHC) dapat berjalan lebih optimal.

Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil telah mendukung pelaksanaan JKN melalui penyediaan Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai identitas tunggal peserta. Kebijakan ini sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang JKN dan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program JKN. Penggunaan NIK juga sejalan dengan prinsip penguatan tata kelola sistem kesehatan dari WHO, terutama pada aspek sistem informasi dalam mendukung pencapaian UHC. Namun, dalam pelaksanaannya masih ditemukan kendala berupa data ganda, data yang belum diperbarui, serta ketidaksesuaian antara data DTKS dan data Dukcapil. Kondisi ini dapat menyebabkan kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI) menjadi kurang tepat sasaran.

Masalah sinkronisasi data juga ditemukan pada penelitian Nugroho (2020) di Kabupaten Pandeglang. Ketidaksesuaian data menyebabkan sebagian masyarakat miskin belum masuk ke dalam daftar penerima PBI. Berbeda

dengan Kota Surabaya, integrasi data antara Dukcapil, Dinas Sosial, dan BPJS Kesehatan sudah berjalan lebih baik karena didukung sistem teknologi informasi yang lebih maju. Hal ini menunjukkan bahwa tata kelola data dan kemampuan sistem informasi daerah sangat berpengaruh terhadap ketepatan sasaran kepesertaan JKN.

Dari aspek pembiayaan, iuran JKN di Kabupaten Tanjung Jabung Timur berasal dari APBN untuk PBI pusat dan APBD untuk PBI daerah. Dinas Keuangan Daerah menyampaikan bahwa keterbatasan APBD berdampak pada terbatasnya jumlah peserta yang dapat ditanggung oleh pemerintah daerah. Kondisi ini menunjukkan bahwa kemampuan fiskal daerah menjadi salah satu faktor penting dalam pencapaian UHC. Menurut teori evaluasi kebijakan Dunn (2003), keterbatasan input akan memengaruhi capaian output program. Temuan ini sejalan dengan penelitian Putri (2022) yang menunjukkan bahwa daerah dengan kapasitas fiskal rendah cenderung mengalami kesulitan dalam memperluas cakupan kepesertaan JKN.

Pada aspek perencanaan dan regulasi, Bappeda telah memasukkan program JKN/UHC ke dalam RPJMD Kabupaten. Hal ini menunjukkan adanya komitmen politik pemerintah daerah. Namun, komitmen tersebut perlu diwujudkan dalam perencanaan lintas sektor yang lebih terarah dan sinkron, terutama antara Bappeda, Dinas Sosial, Dukcapil, BPKAD, dan Dinas Kesehatan. Kondisi ini sesuai dengan model *Collaborative Governance* yang menekankan pentingnya komunikasi, kepercayaan, dan koordinasi antarlembaga dalam pelaksanaan program lintas sektor.

Pada aspek sumber daya kesehatan, Dinas Kesehatan menyampaikan bahwa jumlah tenaga kesehatan, distribusi dokter, serta ketersediaan sarana di daerah terpencil masih menjadi kendala. WHO menjelaskan bahwa tenaga kesehatan dan

pelayanan kesehatan merupakan unsur penting dalam sistem kesehatan. Hambatan yang sama juga ditemukan pada penelitian Rahmadani (2021) di Kabupaten Kepulauan Sangihe, yaitu distribusi dokter dan perawat belum merata serta sistem rujukan sulit dijalankan karena faktor geografis.

Jika dibandingkan dengan negara lain, Thailand berhasil memperbaiki distribusi tenaga kesehatan melalui kebijakan *Compulsory Rural Service* dan penguatan pelayanan kesehatan primer. Sementara itu, Korea Selatan mampu memperkuat sistem jaminan kesehatan melalui regulasi ketat dalam distribusi tenaga kesehatan serta dukungan rumah sakit swasta. Di Kabupaten Tanjung Jabung Timur, strategi pemerataan tenaga kesehatan masih banyak bergantung pada program nasional seperti Nusantara Sehat. Program ini bermanfaat, tetapi efektivitasnya masih perlu diperkuat melalui dukungan daerah, insentif tenaga kesehatan, dan pemanfaatan telemedicine.

Dengan demikian, dari aspek input, Kabupaten Tanjung Jabung Timur telah memiliki fondasi penting berupa data kependudukan, dukungan regulasi, dan alokasi anggaran dasar. Namun, masih terdapat hambatan struktural seperti keterbatasan fiskal, data yang belum sinkron, serta keterbatasan tenaga kesehatan. Oleh karena itu, pemerintah daerah perlu memperkuat integrasi data lintas sektor, meningkatkan kapasitas fiskal, serta memperluas strategi pemerataan tenaga kesehatan agar program JKN menuju UHC dapat berjalan lebih efektif.

Proses Pelaksanaan JKN

Pelaksanaan JKN di Kabupaten Tanjung Jabung Timur melibatkan beberapa tahapan, mulai dari verifikasi data, pendaftaran peserta, koordinasi lintas sektor, proses klaim, hingga pemberian pelayanan kesehatan. Hasil wawancara menunjukkan bahwa proses validasi

kepesertaan masih menghadapi kendala, terutama karena adanya ketidaksesuaian antara data DTKS, Dukcapil, dan BPJS Kesehatan. Akibatnya, masih ditemukan NIK ganda, peserta tidak aktif, dan data yang tidak sinkron. Menurut teori evaluasi program Patton (1997), efektivitas program sangat dipengaruhi oleh keandalan data input. Jika data peserta tidak akurat, maka sasaran program dapat menjadi kurang tepat.

Proses pendaftaran peserta saat ini sudah lebih mudah karena adanya layanan Mobile JKN, integrasi NIK, dan pelayanan langsung di fasilitas kesehatan. Namun, dari sisi pembiayaan pelayanan, klaim INA-CBG di rumah sakit masih menjadi kendala karena tarif yang diterima sering tidak sesuai dengan biaya riil pelayanan. Kondisi ini dapat menyebabkan defisit pada rumah sakit. Penelitian Sari (2020) juga menemukan bahwa beberapa RSUD di daerah mengalami beban keuangan akibat ketidaksesuaian antara nilai klaim dan biaya pelayanan.

Koordinasi lintas sektor sudah dilakukan melalui Bappeda. Namun, koordinasi tersebut masih cenderung bersifat administratif. Koordinasi seharusnya tidak hanya berupa rapat rutin, tetapi juga mencakup integrasi perencanaan, pembagian data, dan penyelesaian masalah secara bersama. Model *Collaborative Governance* menjelaskan bahwa keberhasilan program lintas sektor sangat ditentukan oleh kepercayaan, komitmen, dan komunikasi antarlembaga.

Dari aspek pelayanan, kunjungan masyarakat ke Puskesmas meningkat setelah adanya kepesertaan JKN. Namun, masyarakat di daerah terpencil masih menghadapi kendala akses pelayanan karena keterbatasan tenaga medis, jarak, dan transportasi. Sistem rujukan berjenjang juga belum berjalan optimal. Temuan ini sejalan dengan penelitian Rahmadani (2021) yang menyatakan bahwa sistem

rujukan di daerah kepulauan dan terpencil sering terhambat oleh kondisi geografis.

Dengan demikian, proses pelaksanaan JKN di Kabupaten Tanjung Jabung Timur telah berjalan sesuai mekanisme nasional. Namun, masih terdapat kendala pada integrasi data, koordinasi lintas sektor, klaim pelayanan, dan pemerataan akses kesehatan. Oleh karena itu, perlu dilakukan penguatan digitalisasi verifikasi data, evaluasi berkala terhadap klaim INA-CBG, serta koordinasi lintas OPD yang lebih substantif. Untuk daerah terpencil, pemerintah daerah perlu memperluas layanan telemedicine, menyediakan transportasi rujukan, dan menambah tenaga kesehatan kontrak daerah.

Output Program JKN

Dari aspek output, pelaksanaan Program JKN di Kabupaten Tanjung Jabung Timur telah memberikan manfaat bagi masyarakat. Namun, capaian UHC masih belum memenuhi target nasional. Cakupan kepesertaan JKN di Kabupaten Tanjung Jabung Timur mencapai 87,85%, sedangkan peserta aktif hanya 63%. Angka ini masih berada di bawah target UHC, yaitu 98% penduduk terdaftar dan minimal 80% peserta aktif. Rendahnya jumlah peserta aktif menunjukkan bahwa kepatuhan membayar iuran dan keberlanjutan kepesertaan masih menjadi masalah penting.

Kondisi tersebut sejalan dengan penelitian Putri (2022) di Kabupaten Lombok Timur yang menemukan bahwa keterbatasan fiskal daerah menyebabkan cakupan peserta aktif belum mencapai target UHC. Sebaliknya, penelitian Sari (2021) di Kota Yogyakarta menunjukkan bahwa kepesertaan aktif JKN lebih tinggi karena didukung kemampuan fiskal daerah yang lebih kuat. Hal ini memperkuat bahwa kapasitas fiskal daerah menjadi faktor penting dalam keberhasilan pencapaian UHC.

Program JKN terbukti membantu masyarakat miskin dalam mengurangi beban biaya kesehatan. Hal ini sesuai dengan konsep *financial protection* dari WHO dan indikator SDGs 3.8 yang menekankan pentingnya perlindungan masyarakat dari beban biaya kesehatan. Dengan adanya JKN, masyarakat lebih mudah mengakses pelayanan kesehatan tanpa harus menanggung biaya besar secara langsung.

Akses masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas dan rumah sakit juga mengalami peningkatan. Namun, ketimpangan akses masih terjadi di daerah terpencil. Kondisi ini menunjukkan bahwa distribusi tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan belum merata. Masalah ini juga menjadi tantangan utama dalam pencapaian UHC di banyak negara berkembang.

Sebagian besar masyarakat merasa terbantu dan puas dengan adanya layanan JKN. Namun, masih terdapat keluhan terkait antrean panjang, administrasi, dan keterbatasan fasilitas. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara harapan masyarakat dan kualitas pelayanan yang diterima. Oleh karena itu, peningkatan mutu layanan tetap perlu dilakukan, terutama pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit rujukan.

Di RSUD, jumlah pasien meningkat setelah adanya JKN. Namun, tarif INA-CBG yang belum sesuai dengan biaya riil pelayanan menimbulkan risiko defisit operasional. Jika kondisi ini tidak segera ditangani, keberlanjutan pelayanan rumah sakit dapat terganggu. Penelitian Fauzan (2020) di RSUD Kota Pekanbaru juga menemukan bahwa klaim INA-CBG yang lebih rendah dari biaya operasional dapat menimbulkan masalah keuangan rumah sakit.

Berdasarkan perspektif UHC menurut WHO, terdapat tiga indikator utama yang perlu diperhatikan. Pertama, cakupan kepesertaan, yaitu Kabupaten Tanjung Jabung Timur masih berada di

bawah target nasional. Kedua, cakupan layanan, yaitu pelayanan kesehatan sudah meningkat tetapi belum merata di daerah terpencil. Ketiga, perlindungan finansial, yaitu JKN telah membantu masyarakat miskin, tetapi keberlanjutan pembiayaan rumah sakit masih menjadi tantangan.

Dengan demikian, Kabupaten Tanjung Jabung Timur sudah berada pada arah yang tepat menuju UHC. Namun, masih diperlukan penguatan pada aspek kepesertaan aktif, pemerataan akses pelayanan, dan keberlanjutan pembiayaan kesehatan. Pemerintah daerah perlu meningkatkan sosialisasi kepada masyarakat, memperkuat subsidi bagi kelompok rentan, mendorong kepatuhan pembayaran iuran, serta melakukan advokasi kepada pemerintah pusat terkait penyesuaian tarif INA-CBG. Selain itu, pemerataan layanan di daerah terpencil perlu ditingkatkan melalui mobile clinic, fasilitas kesehatan bergerak, telemedicine, dan penambahan tenaga kesehatan.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, pelaksanaan Program JKN menuju Universal Health Coverage (UHC) di Kabupaten Tanjung Jabung Timur sudah berjalan, tetapi belum optimal. Pada aspek input, dukungan kebijakan telah tercantum dalam RPJMD dan Renstra Dinas Kesehatan. Dukcapil dan Dinas Sosial juga berperan dalam validasi data peserta melalui NIK dan DTSEN. Namun, keterbatasan anggaran daerah, sinkronisasi data yang belum maksimal, serta keterbatasan sarana dan SDM kesehatan di puskesmas masih menjadi hambatan.

Pada aspek proses, verifikasi, validasi, pendaftaran, dan pelayanan peserta JKN sudah didukung sistem digital seperti SIKS-NG, Mobile JKN, dan Sisrute. Koordinasi lintas OPD juga telah dilakukan secara berkala. Namun, integrasi data, antrean pelayanan, dan alur rujukan masih perlu diperbaiki.

Pada aspek output, Program JKN telah membantu masyarakat miskin dan rentan dalam mengurangi beban biaya kesehatan serta meningkatkan akses layanan. Namun, kepesertaan JKN baru mencapai 87,85% dengan peserta aktif 63%, sehingga target UHC belum tercapai. Tingkat kepuasan peserta cukup baik, tetapi pemanfaatan layanan promotif dan preventif masih perlu ditingkatkan.

SARAN

Bagi Pemerintah Daerah (Dinkes, Bappeda, BPKAD, Dukcapil, Dinsos) memperkuat alokasi anggaran untuk JKN, khususnya peserta PBI daerah. Memastikan sinkronisasi data kependudukan dan sosial secara rutin, melibatkan perangkat desa/kelurahan. Meningkatkan distribusi SDM kesehatan, terutama di wilayah DTPK (Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan)

UCAPAN TERIMA KASIH

Bapak Dr. Rapael Ginting, SKM, M.Kes selaku Pembimbing yang telah membimbing dalam menyelesaikan Tesis ini.

DAFTAR PUSTAKA

Ansell, & Gash. (2019). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571.

Cheng, Q. (2025). Determinants of healthcare utilization under the Indonesian national health insurance system – a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 25(48).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-024-11951-8>

Darrudi, A. (2022). Challenges to Achieving Universal Health Coverage Throughout the World: A Systematic Review. *Journal of Preventive Medicine Public Health*, 8(55), 125–

133.
<https://doi.org/10.3961/jpmpmh.21.542>

Dayrit. (2019). The Philippines health system review. *World Health Organization*.

Dunn, W. N. (2003). Public Policy Analysis. In *University of Pittsburgh* (Terjemahan). Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Hasanudin, A. S. (2022). *Evaluasi Program Panduan Praktis Perencanaan Evaluasi Program*.

Hasibuan, R. (2021). *Perencanaan dan Evaluasi kesehatan*. Jawa Tengah: NEM.

Hsiao, & Shaw. (2017). *Social Health Insurance for Developing Nations*. Washington, DC: World Bank.

Komariah, A., & Satori, D. (2020). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.

Kwon. (2019). Thirty Years of National Health Insurance in South Korea: Lessons for Achieving Universal Health Care Coverage. *Health Policy and Planning*, 24(1), 63–71. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61890-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61890-9)

Miles, & Huberman. (1992). *Analisis Data Kualitatif*. Depok, Jawa Barat: Penerbit Universitas Indonesia.

Muttaqien. (2021). Why did informal sector workers stop paying for health insurance in Indonesia? *PLoS ONE*, 16.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252708>

Nugroho. (2020). Permasalahan sinkronisasi data kepesertaan JKN: Studi kasus Penerima Bantuan Iuran (PBI) di Kabupaten Pandeglang. In *Universitas Sultan Ageng Tirtayasa*. Banten.

Obermann. (2019). hilHealth: The Development and Challenges of Social Health Insurance in the Philippines. *Health Policy and Planning*, 21(3), 220–229. Retrieved

- from
<https://doi.org/10.1093/heapol/czl009>
- Patton. (1997). *Utilization-focused evaluation: The new century text* (3rd ed.). *Sage Publications*.
- Pratiwi. (2021). Is Indonesia achieving universal health coverage? Secondary analysis of national data on insurance coverage, health spending and service availability. *BMJ Open*, 11(10).
- Prinja. (2019). Impact of publicly financed health insurance schemes on healthcare utilization and financial risk protection in India: A systematic review. *PLoS ONE*, 14(2), e0211957. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211957>
- Putri. (2022). Kapasitas fiskal daerah dan perluasan kepesertaan JKN menuju Universal Health Coverage. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 11(2), 134–145.
- Rahmadani. (2021). Distribusi tenaga kesehatan dan tantangan sistem rujukan di daerah kepulauan: Studi kasus Kabupaten Kepulauan Sangihe. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 10(3), 201–212.
- Ranabhat, C. L. (2023). Universal health coverage evolution, ongoing trend, and future challenge: A conceptual and historical policy review. *Frontiers Public Health*, 3(11). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1041459>
- Sari. (2020). Analisis beban finansial rumah sakit akibat mismatch klaim INA-CBG dalam program JKN. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 6(2), 101–112.
- Sari, N. M. (2022). *Manajemen Praktik Kedokteran*. Surakarta: MUhamadiyah University Press.
- Siahaan, J. (2023). *Ekonomi Kesehatan*. Serang, Banten: Sada Penerbit.
- Sugiyono. (2020). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Tangcharoensathien, V. (2020). Achieving Universal Health Coverage Goals in Thailand: The Result of Policy Responses. *The Lancet*, 377(9765), 149–155. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61890-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61890-9)
- Tao, W. (2020). Towards universal health coverage: Achievements and challenges of 10 years of healthcare reform in China,. *BMJ Glob Health*, 19(5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002086>
- WHO. (2020). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: WHO.
- WHO. (2023). *Universal health coverage (UHC)*. Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- .