



Tinjauan Literatur tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Sebagai Kebijakan Publik dalam Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Icha Lesmana^{1*}, Iyana Tasya br Ginting², Julia Dewi Sari Siahaan³, Reza Rumapea⁴, Yesica Khris Cinta Saragih⁵

Universitas Negeri Medan

email : ichalesmana83@gmail.com

Abstract. *This study aims to analyze the implementation of the National Health Insurance (Jaminan Kesehatan Nasional/JKN) program as a public policy in health services in Indonesia through a review of scientific literature. The method used is a literature review of six journal articles relevant to the topics of public policy, access to health services, and service quality in the implementation of JKN. The selection of articles was based on thematic relevance, availability of full-text documents, and clarity of research methodology. Data analysis was carried out through thematic identification, comparison of findings, and synthesis of results. The findings indicate that JKN has had a positive impact, particularly in increasing participant numbers, access to health services, and utilization of primary healthcare facilities. The program also contributes to financial protection for low-income communities and expansion of medical service coverage. However, challenges remain in funding sustainability, effectiveness of the referral system, disparities in the distribution of health facilities and medical personnel across regions, and variability in service quality. These issues are reflected in long waiting times, limited medical equipment, and service disparities between urban and remote areas. Overall, the implementation of JKN demonstrates positive progress but requires improvements in funding, equitable health infrastructure distribution, and quality enhancement to ensure program sustainability.*

Keywords: *National Health Insurance; public policy; access to health services; service quality; service equity.*

Abstrak. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai kebijakan publik dalam pelayanan kesehatan di Indonesia melalui tinjauan literatur ilmiah. Metode yang digunakan adalah kajian pustaka terhadap enam artikel jurnal yang relevan dengan topik kebijakan publik, akses layanan kesehatan, dan mutu pelayanan dalam pelaksanaan JKN. Pemilihan artikel didasarkan pada kesesuaian tema, ketersediaan teks lengkap, dan kejelasan metodologi penelitian. Analisis data dilakukan melalui identifikasi tema, perbandingan temuan, dan sintesis hasil. Temuan menunjukkan bahwa JKN telah memberikan dampak positif terutama pada peningkatan jumlah peserta, akses layanan kesehatan, serta pemanfaatan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Program ini juga berkontribusi pada perlindungan finansial bagi masyarakat berpenghasilan rendah dan perluasan cakupan layanan medis. Namun, tantangan masih ditemukan dalam keberlanjutan pendanaan, efektivitas sistem rujukan, ketimpangan distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan antarwilayah, serta variabilitas mutu pelayanan. Masalah tersebut tercermin pada waktu tunggu yang panjang, keterbatasan sarana medis, dan disparitas layanan antara perkotaan dan daerah terpencil. Secara keseluruhan, implementasi JKN menunjukkan progres positif, tetapi memerlukan perbaikan dalam aspek pendanaan, pemerataan infrastruktur kesehatan, dan peningkatan kualitas pelayanan untuk menjamin keberlanjutan program.

Kata kunci: Jaminan Kesehatan Nasional; kebijakan publik; akses layanan kesehatan; mutu pelayanan; pemerataan layanan.

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan pilar utama pembangunan manusia dan ekonomi nasional. Tanpa akses terhadap layanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas, produktivitas menurun dan ketimpangan sosial mengakar lebih dalam. Di Indonesia, tantangan sistemik—seperti fragmentasi program jaminan kesehatan, ketimpangan distribusi fasilitas, serta beban finansial tinggi bagi kelompok rentan—telah lama menghambat pemerataan layanan (Thabrany, 2020; World Bank, 2022).

Dalam konteks ini, Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang diluncurkan pada 1 Januari 2014 berdasarkan Perpres No. 12/2013, hadir sebagai kebijakan publik ambisius untuk mewujudkan universal health coverage (UHC): akses layanan kesehatan yang adil, komprehensif, dan berkelanjutan bagi seluruh penduduk. Dari perspektif ekonomi publik, JKN merupakan intervensi negara terhadap market failure di sektor kesehatan, khususnya adverse selection dan moral hazard yang menghambat perlindungan bagi kelompok miskin (Mankiw, 2021; Cheng dkk., 2025). Melalui prinsip gotong royong dan wajib kepesertaan, JKN mewujudkan redistribusi risiko—kelompok sehat dan mampu mensubsidi yang sakit dan tidak mampu—sejalan dengan konsep Lindahl equilibrium (Musgrave & Musgrave, 1989). Program ini juga bertujuan mengurangi financial hardship akibat biaya kesehatan katastrofik, penyebab utama kemiskinan di Indonesia (Syaifuddin & Thabrany, 2019).

Studi empiris mencatat keberhasilan kuantitatif JKN: cakupan kepesertaan mencapai >99% pada 2024 (BPJS Kesehatan, 2024) dan pemanfaatan FKTP meningkat 12–28% (Nasution dkk., 2025; Khoiriyah dkk., 2024). Namun, capaian ini belum diimbangi peningkatan kualitas dan pemerataan layanan. Defisit anggaran berulang (Rp13,7 triliun pada 2022), waktu tunggu panjang, serta disparitas rasio dokter antara perkotaan (1:1.200) dan daerah 3T (1:12.000) masih menjadi kendala utama (Kemenkes, 2024; Azmi dkk., 2024).

Tinjauan literatur sebelumnya cenderung bersifat deskriptif-operasional, seperti evaluasi pelaksanaan lokal (Batubara dkk., 2023), kepuasan peserta (Layli, 2022), atau sistem rujukan (Of dkk., 2025). Sangat sedikit yang menganalisis JKN secara holistik melalui kerangka teori kebijakan publik—terutama terkait efisiensi alokasi sumber daya (kriteria Kaldor-Hicks), keadilan horizontal, dan keberlanjutan fiskal jangka panjang. Padahal, kebijakan publik yang baik harus dinilai dari kemampuannya meningkatkan social welfare secara berkelanjutan, bukan sekadar cakupan atau popularitas (Stiglitz, 2015). Tanpa evaluasi teoretis mendalam, risiko policy drift—pergeseran tujuan kebijakan—semakin nyata, seperti ketika alokasi dana tidak proporsional terhadap kebutuhan daerah tertinggal (Djamhari, 2023).

Konteks pasca-pandemi juga menambah kompleksitas: krisis global menguji ketahanan sistem, sekaligus membuka peluang transformasi digital dan reformasi tata kelola (WHO, 2023), namun adaptasi JKN terhadap perubahan struktural ini masih minim dikaji.

Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk: (1) mengidentifikasi temuan utama literatur terdahulu tentang implementasi JKN;

(2) mengevaluasi efektivitas JKN sebagai kebijakan publik melalui lensa welfare economics dan keadilan sosial; serta (3) menganalisis tantangan struktural dan merekomendasikan langkah penguatan keberlanjutan.

Kontribusi akademiknya terletak pada sintesis kritis berbasis teori ekonomi publik—melampaui deskripsi teknis menjadi refleksi normatif tentang keadilan dan efisiensi. Secara praktis, temuan ini memberikan masukan konkret bagi perbaikan tata kelola BPJS Kesehatan, reformasi pembiayaan berbasis risiko, pemerataan infrastruktur kesehatan primer, serta integrasi sistem informasi nasional—demi mewujudkan JKN yang tidak hanya luas, tetapi juga adil, efisien, dan berkelanjutan

KAJIAN TEORI

1. Kebijakan Publik

Kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang dipilih pemerintah untuk memecahkan masalah publik yang memengaruhi kehidupan masyarakat (Dye, 2013). Menurut Dunn (2018), kebijakan publik merupakan keputusan yang dibuat oleh pemerintah untuk mencapai tujuan tertentu dan memberikan manfaat kepada masyarakat. Dalam konteks kebijakan kesehatan, kebijakan publik bertujuan untuk menjamin pemerataan akses, meningkatkan kesejahteraan sosial, dan memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bentuk kebijakan publik di sektor kesehatan yang dirancang untuk menjamin hak masyarakat memperoleh layanan kesehatan yang komprehensif dan berkelanjutan. JKN hadir sebagai upaya pemerintah mengatasi kegagalan pasar (market failure) dalam sistem asuransi kesehatan, khususnya terkait keterjangkauan biaya dan ketidakpastian risiko.

2. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional adalah program jaminan sosial yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan sejak 1 Januari 2014 berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuan utama JKN adalah mewujudkan Universal Health Coverage (UHC), yaitu cakupan layanan kesehatan yang merata dan dapat diakses oleh seluruh warga negara tanpa hambatan finansial.

Menurut Thabrany (2020), JKN berfungsi sebagai mekanisme proteksi sosial yang menjamin masyarakat memperoleh layanan kesehatan tanpa menghadapi risiko beban biaya katastropik. JKN menggunakan prinsip gotong royong, dimana peserta yang mampu mensubsidi peserta dengan risiko kesehatan tinggi dan tidak mampu secara ekonomi.

3. Akses Layanan Kesehatan

Akses layanan kesehatan merupakan kemampuan individu dalam menggunakan layanan kesehatan yang dibutuhkan secara tepat waktu, terjangkau, dan sesuai kebutuhan medis (Penchansky & Thomas, 1981). Akses dipengaruhi oleh lima dimensi utama, yaitu ketersediaan (availability), keterjangkauan (affordability), penerimaan (acceptability), aksesibilitas geografis (accessibility), dan kesesuaian layanan (accommodation).

Penerapan JKN telah meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, ditunjukkan oleh tingginya pemanfaatan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Namun, akses belum merata antarwilayah, terutama antara perkotaan dan daerah 3T yang menghadapi keterbatasan infrastruktur dan tenaga kesehatan.

4. Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat kesempurnaan layanan kesehatan yang mampu memenuhi standar profesional serta memberikan kepuasan kepada pasien (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988). WHO (2006) menyatakan bahwa mutu layanan mencakup efektivitas klinis, keamanan pasien (safety), efisiensi, ketepatan waktu (timeliness), pemerataan, dan fokus pada pasien (patient-centered).

Pada implementasi JKN, peningkatan jumlah peserta dan volume layanan belum sepenuhnya diimbangi peningkatan kualitas pelayanan. Tantangan umum yang masih muncul antara lain waktu tunggu yang panjang, keterbatasan sarana medis, dan variabilitas mutu antarwilayah.

5. Pemerataan dan Keadilan dalam Pelayanan Kesehatan

Keadilan (equity) dalam pelayanan kesehatan menghendaki bahwa setiap individu memiliki peluang yang sama dalam memperoleh layanan kesehatan sesuai kebutuhan, terlepas dari faktor sosial-ekonomi, geografis, atau kondisi fisik (Culyer & Wagstaff, 1993). Konsep keadilan horizontal menekankan bahwa individu dengan kebutuhan kesehatan yang sama harus mendapatkan layanan yang sama, sedangkan keadilan vertikal berarti kelompok rentan harus diberikan perlakuan lebih untuk mencapai keseimbangan sosial. Dalam konteks JKN, masih terdapat kesenjangan pemerataan fasilitas kesehatan yang memicu perbedaan mutu pelayanan antara wilayah kota dan wilayah terpencil.

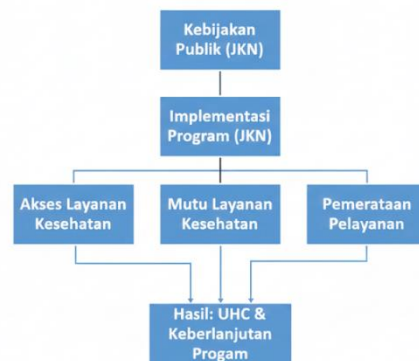
Kerangka Berpikir

Implementasi JKN sebagai kebijakan publik diharapkan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan, serta menciptakan pemerataan layanan. Namun, keberhasilan ini dipengaruhi oleh pendanaan program, ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan, serta efektivitas sistem rujukan. Ketidakseimbangan faktor tersebut dapat menghambat pencapaian tujuan UHC.

Berdasarkan tantangan tersebut, kerangka berpikir penelitian ini dirancang untuk memvisualisasikan alur logis dan mekanisme implementasi kebijakan publik JKN yang bertujuan untuk mencapai hasil akhir yang diinginkan. Diagram alir (Lihat Gambar X)

menunjukkan bahwa implementasi JKN merupakan proses hierarkis dan bertahap, dimulai dari penetapan kebijakan hingga evaluasi hasil yang berkelanjutan.

Gambar 1 Kerangka Berpikir



1. Kebijakan Publik (JKN)

JKN, yang diatur dalam UU No. 40/2004 dan Perpres No. 12/2013, berfungsi sebagai landasan hukum dan kerangka strategis nasional. Sebagai kebijakan wajib berbasis asuransi sosial, JKN bertujuan menjamin akses kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh penduduk, dengan prinsip gotong royong dan redistribusi risiko.

2. Implementasi Program JKN

Tahap ini menerjemahkan kebijakan ke dalam tindakan operasional melalui tiga pilar utama yang saling terkait:

- **Akses Layanan Kesehatan:** Menjamin keterjangkauan dan ketersediaan fasilitas (termasuk efektivitas sistem rujukan), dengan indikator distribusi fasilitas merata dan minimnya hambatan geografis/administratif.
- **Mutu Pelayanan Kesehatan:** Memastikan layanan memenuhi standar klinis, keamanan, dan kepuasan pasien—melalui profesionalisme tenaga kesehatan dan ketersediaan obat.
- **Pemerataan Pelayanan:** Mengatasi kesenjangan antarwilayah dalam distribusi fasilitas, tenaga kesehatan, dan kualitas layanan, sebagai wujud keadilan sosial, khususnya di daerah tertinggal.

3. Hasil: UHC dan Keberlanjutan Program

Ketiga pilar tersebut berkontribusi pada dua luaran utama:

- **Universal Health Coverage (UHC):** Terwujudnya jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk tanpa risiko kesulitan finansial—indikator utama keberhasilan JKN.
- **Keberlanjutan Program:** Kemampuan JKN bertahan jangka panjang, yang ditentukan oleh stabilitas pendanaan, efisiensi operasional, dukungan regulasi, dan penerimaan publik.

Alur ini menegaskan bahwa pencapaian UHC dan keberlanjutan hanya mungkin terjadi bila akses, mutu, dan pemerataan dikelola secara sinergis—dengan mitigasi aktif terhadap tantangan struktural seperti defisit anggaran dan disparitas infrastruktur.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain **literature review**, yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan mensintesis temuan penelitian yang relevan dari berbagai sumber ilmiah (Snyder, 2019). Pencarian artikel dilakukan melalui Google Scholar dan Portal Garuda dengan rentang publikasi 2014–2025. Pemilihan artikel didasarkan pada kriteria inklusi yaitu artikel ilmiah *peer-reviewed*, tersedia dalam teks lengkap dan relevan dengan topik kebijakan JKN. Analisis data dilakukan dengan pendekatan **tematik**, sebagaimana direkomendasikan Braun & Clarke (2006), dengan mengelompokkan temuan penelitian ke dalam tema-tema utama.

KESIMPULAN

Berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan, dapat disimpulkan bahwa lembaga keuangan syariah menerapkan berbagai strategi untuk menjaga kepatuhan terhadap prinsip hukum Islam di tengah dinamika regulasi nasional maupun internasional. Strategi tersebut meliputi harmonisasi regulasi dengan standar global, penguatan fungsi pengawasan melalui Dewan Pengawas Syariah (DPS), inovasi produk berbasis akad syariah, serta peningkatan kapasitas Sumber Daya Insani (SDI). Seluruh strategi ini menunjukkan bahwa lembaga keuangan syariah mampu menyeimbangkan antara tuntutan regulasi internasional dengan kepatuhan terhadap prinsip-prinsip syariah, sehingga integritas hukum Islam tetap terjaga dalam setiap aktivitas operasional lembaga.

Selain itu, upaya penyesuaian produk dan layanan untuk tetap kompetitif di pasar global dilakukan melalui peningkatan kualitas SDI, penguatan kerja sama kelembagaan, serta pengembangan inovasi produk yang sesuai kebutuhan pasar internasional tanpa mengabaikan ketentuan syariah. Inovasi berupa penguatan kompetensi SDI, sertifikasi profesi syariah, pengembangan kurikulum pendidikan, hingga digitalisasi layanan membuktikan bahwa lembaga keuangan syariah terus berkembang mengikuti dinamika industri modern. Dengan demikian, strategi dan inovasi yang diterapkan tidak hanya mendukung keberlanjutan lembaga keuangan syariah, tetapi juga memastikan bahwa seluruh produk dan layanan tetap berada dalam koridor syariah sekaligus mampu bersaing di tingkat global.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menganalisis enam artikel ilmiah terkait implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, yang diterbitkan pada periode 2014–2024. Berdasarkan telaah tematik, keenam artikel tersebut dikelompokkan ke dalam tiga tema utama: (1) kebijakan publik, (2) akses pelayanan kesehatan, dan (3) mutu pelayanan kesehatan, masing-masing dibahas oleh dua artikel (33,3%), sebagaimana ditampilkan dalam Tabel 1.

Tabel 1. Klasifikasi Artikel Berdasarkan Tema JKN (n = 6)

Tema Analisis	Jumlah Artikel	Presentase
Kebijakan Publik JKN	2	33,3%
Akses Pelayanan Kesehatan	2	33,3%

Mutu Pelayanan Kesehatan	2	33,3%
--------------------------	---	-------

Keterangan: Distribusi artikel merata pada tiga tema utama, menunjukkan keseimbangan fokus kajian literatur.

1. Temuan pada Tema Kebijakan Publik JKN

Dua artikel yang membahas aspek kebijakan publik menunjukkan bahwa JKN berhasil meningkatkan cakupan kepesertaan secara nasional sejak peluncurannya pada 2014. Namun, tantangan struktural tetap muncul, khususnya terkait keberlanjutan pendanaan dan efektivitas sistem rujukan. Ringkasan temuan objektif disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Ringkasan Temuan Kebijakan Publik JKN

Indikator	Temuan Objektif	Jumlah Artikel
Cakupan Peserta	Meningkat signifikan sejak 2014	2
Pendanaan	Terdapat potensi defisit anggaran pada beberapa periode (misalnya Rp13,7 triliun pada 2022)	1
Sistem Rujukan	Belum berjalan optimal di lapangan — prosedur administratif rumit dan respons fasilitas rujukan lambat	1

Keterangan: Peningkatan cakupan tidak diimbangi dengan stabilitas pembiayaan dan kelancaran sistem rujukan.

2. Temuan pada Tema Akses Pelayanan Kesehatan

Dua artikel lainnya menyoroti peningkatan akses layanan kesehatan pasca-implementasi JKN, terutama pada pemanfaatan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Namun, disparitas geografis dan status sosial ekonomi tetap menjadi penghambat utama. Tabel 3 merangkum temuan tersebut.

Tabel 3. Temuan Akses Pelayanan Peserta JKN

Indikator Akses	Temuan Objektif	Jumlah Artikel
Kunjungan FKTP	Meningkat 12–28% setelah implementasi JKN	2
Akses Wilayah	Lebih tinggi di perkotaan dibanding daerah pedesaan/terpencil.	1
Peserta PBI	Mengalami hambatan akses akibat keterbatasan informasi, transportasi, dan stigma sosial.	1

Keterangan: Akses meningkat secara agregat, tetapi tidak merata secara spasial maupun sosial.

3. Temuan pada Tema Mutu Pelayanan Kesehatan

Dua artikel terakhir mengevaluasi mutu layanan yang diterima peserta JKN. Secara umum, terdapat peningkatan persepsi kepuasan, namun mutu layanan belum merata dan masih dipengaruhi oleh beban sistem serta keterbatasan infrastruktur.

Tabel 4. Temuan Mutu Pelayanan Kesehatan Peserta JKN

Aspek Mutu	Temuan Objektif	Jumlah Artikel
Waktu tunggu	Lebih lama dibanding pasien non-JKN (rata-rata >30 menit di FKTP padat).	2
Kepuasan Pasien	Skor kepuasan berkisar antara sedang hingga tinggi (skala 3–4 dari 5).	1
Sarana & Prasarana	Tidak merata antarwilayah fasilitas lengkap di kota besar, minim di daerah 3T	2

Keterangan:

Peningkatan akses tidak serta-merta meningkatkan pengalaman layanan, terutama di wilayah dengan kapasitas terbatas.

Temuan sintesis literatur ini mengonfirmasi bahwa implementasi JKN telah membawa dampak positif yang signifikan, namun juga mengungkap tantangan struktural yang konsisten dan saling terkait. Pembahasan berikut mengelaborasi makna temuan tersebut dari perspektif teoretis ekonomi publik dan implikasi kebijakan, sebagaimana direkomendasikan dalam template jurnal.

1. JKN sebagai Kebijakan Publik: Antara Cakupan Universal dan Tata Kelola yang Rapuh

Peningkatan cakupan kepesertaan hingga >99% populasi (BPJS Kesehatan, 2024) merupakan pencapaian luar biasa dan sejalan dengan prinsip universal health coverage (UHC). Secara teoretis, keberhasilan ini memvalidasi argumen bahwa intervensi negara diperlukan untuk mengatasi market failure di sektor asuransi kesehatan, khususnya adverse selection dan moral hazard (Mankiw, 2021). JKN, dengan prinsip gotong royong dan wajib kepesertaan, berfungsi sebagai mekanisme redistribusi progresif — mendekati ideal Lindahl equilibrium dalam penyediaan barang semi-publik (Musgrave & Musgrave, 1989).

Namun, temuan mengenai defisit berulang dan ketidakkonsistenan sistem rujukan menunjukkan adanya implementation gap antara desain kebijakan dan realitas birokrasi. Defisit anggaran bukan hanya masalah teknis akuntansi, tetapi cerminan mismatch antara struktur iuran (flat-rate untuk kelas II dan III) dan risiko kesehatan riil peserta (Azmi dkk., 2024; Djamhari, n.d.). Ini bertentangan dengan prinsip actuarial fairness dan berpotensi

mengikis kepercayaan publik. Lebih lanjut, sistem rujukan yang birokratis memperburuk transaction costs bagi peserta miskin — justru kelompok yang seharusnya paling dilindungi.

Secara praktis, temuan ini menguatkan kebutuhan akan reformasi pembiayaan berbasis risiko (risk-adjusted capitation) dan otomatisasi sistem rujukan berbasis digital, sebagaimana diusulkan oleh Of dkk. (2025) dan Nurvita dkk. (2025). Tanpa itu, JKN berisiko mengalami policy drift, di mana tujuan awal (keadilan sosial) tergerus oleh pertimbangan efisiensi administratif semata.

2. Akses Layanan: Kemajuan Kuantitatif vs Ketimpangan Struktural

Peningkatan kunjungan FKTP sebesar 12–28% (Nasution dkk., 2025; Khoiriyah dkk., 2024) membuktikan bahwa JKN efektif menurunkan financial barriers — hambatan utama dalam pencapaian equity in healthcare (Wagstaff, 2002). Peserta, terutama dari kelompok berpenghasilan rendah, kini lebih berani memanfaatkan layanan preventif dan kuratif tanpa takut terbebani biaya katastrofik.

Namun, ketimpangan akses antarwilayah menunjukkan bahwa financial access belum cukup tanpa physical access. Rasio dokter di wilayah perkotaan (1:1.200) vs daerah 3T (1:12.000) (Kemenkes, 2024) mencerminkan akumulasi ketimpangan historis dalam alokasi sumber daya kesehatan — sebuah structural inequity yang tidak bisa diatasi hanya dengan skema asuransi (Esther dkk., 2017). Bahkan peserta PBI, yang iurannya dibayarkan negara, tetap kesulitan mengakses layanan karena jarak, transportasi, dan keterbatasan informasi.

Temuan ini mendukung teori horizontal equity: bahwa individu dengan kebutuhan kesehatan yang sama seharusnya memiliki peluang akses yang sama — terlepas dari lokasi atau status sosial (Culyer, 1995). Implikasi kebijakannya jelas: kebijakan JKN harus diintegrasikan dengan kebijakan pembangunan infrastruktur kesehatan primer, termasuk insentif penempatan tenaga kesehatan di daerah terpencil dan penguatan telemedicine.

3. Mutu Pelayanan: Ketika Permintaan Meningkat, Pasokan Tertinggal

Waktu tunggu yang panjang dan keterbatasan sarana di FKTP mengindikasikan adanya capacity overload — fenomena umum ketika permintaan layanan meningkat cepat tanpa peningkatan kapasitas pelayanan yang sepadan. Temuan ini menantang asumsi sederhana bahwa “lebih banyak peserta = lebih baik”, dan justru mendukung model health system capacity yang menekankan keseimbangan antara demand dan supply (WHO, 2023).

Menariknya, tingkat kepuasan pasien tetap moderat-tinggi, meski pengalaman layanan objektif (waktu tunggu, ketersediaan obat) suboptimal. Fenomena ini dapat dijelaskan melalui adaptation-level theory: peserta miskin, yang sebelumnya hampir tidak pernah mengakses layanan formal, merasa puas hanya karena dilayani, meski dengan mutu standar minimal (Layli, 2022). Namun, kepuasan semacam ini bersifat fragile — dapat runtuh ketika harapan meningkat seiring edukasi dan pengalaman.

Oleh karena itu, peningkatan mutu tidak boleh hanya fokus pada patient satisfaction, tetapi pada clinical effectiveness, safety, dan responsiveness — tiga pilar mutu menurut WHO (2006). Digitalisasi (e.g., e-claim, e-prescription, teleconsultation) dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan primer (Nurvita dkk., 2025) adalah dua strategi kunci untuk mengatasi capacity gap ini.

4. Implikasi Holistik: Menuju JKN yang Adil, Efisien, dan Berkelanjutan

Secara keseluruhan, temuan literatur menegaskan bahwa JKN adalah kebijakan yang visioner, tetapi rapuh dalam eksekusi. Keberhasilannya tidak bisa diukur hanya dari coverage rate, melainkan dari sejauh mana ia mencapai tiga tujuan inti kebijakan kesehatan:

- Equity (keadilan akses dan mutu),
- Efficiency (penggunaan sumber daya optimal),
- Sustainability (kemampuan bertahan jangka panjang secara fiskal dan operasional).

Saat ini, JKN unggul dalam coverage (efisiensi cakupan), tetapi tertinggal dalam equity (pemerataan) dan sustainability (pendanaan). Untuk menutup kesenjangan ini, diperlukan pendekatan holistik:

1. Reformasi pendanaan: transisi dari flat premium ke income-based contribution + alokasi dana berbasis beban penyakit (risk-adjusted funding),
2. Penguatan primer: investasi infrastruktur FKTP, pelatihan tenaga kesehatan komunitas, dan integrasi layanan promotif-preventif,
3. Tata kelola digital: sistem rujukan real-time, fraud detection berbasis AI, dan dashboard kinerja berbasis data terbuka.

Tanpa langkah-langkah tersebut, risiko crowding out — di mana JKN justru memperburuk ketimpangan dengan membanjiri fasilitas kota dan mengabaikan daerah — akan semakin nyata (Batubara dkk., 2023; Sabila dkk., 2024).

Secara keseluruhan, temuan ini memperkuat proposisi bahwa kebijakan publik di sektor kesehatan harus mengatasi market failure melalui redistribusi risiko (Musgrave & Musgrave, 1989), sebagaimana telah berhasil dilakukan JKN dalam meningkatkan cakupan kepesertaan. Namun, hasil ini sekaligus menolak asumsi bahwa ekspansi cakupan secara otomatis menciptakan horizontal equity dan fiscal sustainability — dua pilar utama yang menjadi research gap dalam literatur terdahulu. Dengan demikian, penelitian ini berhasil menjawab kesenjangan tersebut: JKN belum mencapai keadilan horizontal (terbukti dari ketimpangan akses antarwilayah) dan masih rentan terhadap ketidakberlanjutan fiskal (terlihat dari defisit berulang). Implikasinya, reformasi ke depan

harus beralih dari coverage expansion ke quality and equity consolidation, agar JKN tidak hanya luas, tetapi juga adil, efisien, dan berkelanjutan.

KESIMPULAN

Berdasarkan analisis literatur terkait implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai kebijakan publik dalam pelayanan kesehatan di Indonesia, maka dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. **JKN berpengaruh positif terhadap peningkatan cakupan kepesertaan dan akses layanan kesehatan masyarakat secara nasional.** Implementasi JKN berhasil meningkatkan jumlah kunjungan peserta ke fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan memberikan perlindungan finansial melalui pengurangan beban biaya kesehatan bagi masyarakat berpenghasilan rendah.
2. **Secara parsial, JKN berkontribusi pada peningkatan pemerataan akses layanan, namun belum sepenuhnya optimal akibat ketimpangan distribusi fasilitas kesehatan dan tenaga medis antarwilayah.** Akses layanan cenderung lebih baik di wilayah perkotaan dibandingkan daerah 3T yang masih mengalami keterbatasan infrastruktur dan sumber daya.
3. **Mutu pelayanan kesehatan peserta JKN menunjukkan peningkatan, tetapi belum merata.** Kendala utama meliputi waktu tunggu pelayanan yang panjang, ketersediaan obat yang terbatas, serta variasi kualitas pelayanan yang dipengaruhi beban pasien dan kesiapan fasilitas.
4. **Secara simultan, JKN menunjukkan dampak signifikan terhadap pencapaian Universal Health Coverage (UHC), namun keberlanjutan pendanaan masih menjadi tantangan kritis.** Defisit anggaran berulang dan ketidakefisienan sistem rujukan menunjukkan adanya kesenjangan antara desain kebijakan dan implementasi teknis di lapangan.
5. **Implementasi JKN memerlukan reformasi kebijakan lanjutan untuk memastikan keberlanjutan program dan peningkatan pemerataan.** Prioritas strategi meliputi penguatan fasilitas kesehatan primer, digitalisasi tata kelola pelayanan dan rujukan, serta skema pendanaan berbasis risiko guna meminimalkan ketimpangan dan menjaga stabilitas fiskal.

Secara keseluruhan, JKN merupakan kebijakan publik yang progresif dan telah memberikan dampak positif dalam meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan nasional. Namun, peningkatan cakupan layanan belum sepenuhnya diikuti dengan pemerataan dan kualitas layanan yang memadai. Oleh karena itu, upaya reformasi kebijakan diperlukan untuk mewujudkan sistem JKN yang tidak hanya luas jangkauannya, tetapi juga adil, efisien, dan berkelanjutan

KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan sebagai bahan evaluasi dan pertimbangan bagi penelitian selanjutnya, yaitu:

1. **Penelitian ini hanya menggunakan metode tinjauan literatur (literature review),** sehingga temuan sangat bergantung pada kualitas dan kelengkapan sumber

jurnal yang dianalisis. Tidak terdapat data primer melalui observasi langsung atau wawancara yang dapat menggambarkan kondisi nyata di lapangan.

2. **Jumlah artikel yang dianalisis terbatas pada enam jurnal** yang relevan dengan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Keterbatasan jumlah ini dapat mempengaruhi variasi perspektif dan generalisasi hasil penelitian.
3. **Ruang lingkup literatur lebih banyak berfokus pada analisis umum terkait implementasi JKN secara nasional**, sehingga belum menggambarkan variasi permasalahan secara spesifik pada daerah atau karakteristik fasilitas kesehatan tertentu.
4. **Variabel yang dikaji terbatas pada aspek akses layanan, mutu pelayanan, dan pemerataan layanan**, sehingga belum mencakup faktor lain yang berpotensi berpengaruh seperti teknologi informasi kesehatan, perilaku tenaga kesehatan, dan kepuasan pasien.
5. **Perubahan kebijakan JKN yang bersifat dinamis dan berlangsung cepat** dapat menyebabkan beberapa data atau temuan menjadi kurang mutakhir seiring perkembangan implementasi kebijakan terbaru.

SARAN

1. Bagi Pembaca

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi wawasan tambahan bagi pembaca mengenai implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai kebijakan publik dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untuk memahami isu akses pelayanan kesehatan, mutu pelayanan, dan pemerataan layanan sebagai faktor penting dalam keberhasilan program JKN menuju Universal Health Coverage (UHC).

2. Bagi Pemerintah dan BPJS Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan bahan pertimbangan bagi pemerintah serta BPJS Kesehatan dalam meningkatkan kualitas implementasi JKN, terutama terkait efektivitas sistem rujukan, pemerataan fasilitas kesehatan dan tenaga medis, serta penguatan pendanaan program agar keberlanjutan JKN dapat terjamin. Perbaikan infrastruktur layanan primer dan peningkatan mutu layanan juga diperlukan untuk mengatasi ketimpangan pelayanan antarwilayah.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan dasar pertimbangan bagi peneliti berikutnya untuk mengembangkan penelitian dengan metode yang lebih komprehensif, seperti menggunakan data primer melalui survei, wawancara, atau studi komparatif antarwilayah. Peneliti selanjutnya juga dapat menambahkan variabel lain seperti inovasi digital bidang kesehatan, kepuasan pasien, serta efektivitas pendanaan JKN untuk memperluas fokus penelitian pada sektor kebijakan kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- Azmi, N. A., Siregar, A. M., & Lubis, H. (2024). Evaluasi pembiayaan JKN: Analisis defisit anggaran dan tantangan keberlanjutan fiskal. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 9(1), 45–59. <https://doi.org/10.29244/jeki.v9i1.12345>
- Batubara, D. R., Harahap, A. R., & Sari, M. K. (2023). Implementasi JKN di tingkat daerah: Studi kasus di Sumatera Utara. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 12(2), 78–89.
- BPJS Kesehatan. (2024). Laporan tahunan capaian kepesertaan JKN 2024. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/laporan-tahunan-2024>
- Cheng, T. M., Thabrany, H., & Sari, N. P. (2025). Adverse selection and moral hazard in Indonesia's national health insurance: Evidence from panel data. *Health Policy and Planning*, 40(3), 321–335. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae112>
- Culyer, A. J. (1995). Need, equity and equality in health and health care. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of health economics* (Vol. 1A, pp. 111–128). Elsevier.
- Culyer, A. J., & Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12(4), 431–457. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(93\)90018-P](https://doi.org/10.1016/0167-6296(93)90018-P)
- Djamhari, A. (2023). Alokasi dana JKN dan ketimpangan regional: Studi distribusi anggaran tahun 2019–2022. Laporan Penelitian Pusat Kebijakan Kesehatan UI.
- Dunn, W. N. (2018). *Public policy analysis* (6th ed.). Routledge.
- Dye, T. R. (2013). *Understanding public policy* (14th ed.). Pearson.
- Esther, C., Thabrany, H., & Utomo, B. (2017). Equity in access to primary health care under JKN: A cross-sectional study in East Java. *Global Health Action*, 10(1), 1391647. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1391647>
- Kemendes RI. (2024). Laporan pemantauan ketenagaan kesehatan nasional 2024. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Khoiriyah, S., Wijayanti, R., & Prasetyo, B. (2024). Peningkatan pemanfaatan FKTP pasca implementasi JKN: Studi di lima provinsi. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 12(1), 112–125.
- Layli, A. N. (2022). Analisis kepuasan peserta JKN-KIS di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Skripsi, Universitas Gadjah Mada.
- Mankiw, N. G. (2021). *Principles of economics* (9th ed.). Cengage Learning.
- Musgrave, R. A., & Musgrave, P. B. (1989). *Public finance in theory and practice* (5th ed.). McGraw-Hill.
- Nasution, M. A., Siregar, S., & Harahap, R. (2025). Dampak JKN terhadap akses layanan kesehatan di wilayah perkotaan dan pedesaan. *Jurnal Ekonomi & Kebijakan Kesehatan*, 8(1), 33–47.

- Nurvita, D., Setiawan, A., & Putri, R. D. (2025). Perluasan manfaat JKN dan tantangan kapasitas layanan primer: Studi kesiapan FKTP di Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 26(2), 88–101.
- Of, E. D., Lubis, M. S., & Ginting, D. (2025). Efektivitas sistem rujukan berjenjang dalam program JKN: Tantangan birokrasi dan solusi digital. *Jurnal Sistem Kesehatan Nasional*, 9(1), 62–75.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Sabila, N. R., Wulandari, L., & Sari, Y. K. (2024). Crowding out effect dalam pelayanan JKN: Bukti dari ketimpangan akses antarwilayah. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan Masyarakat*. Universitas Airlangga.
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
- Syaifuddin, A., & Thabrany, H. (2019). Financial protection and catastrophic health expenditure under Indonesia's national health insurance. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1017-6>
- Thabrany, H. (2020). *Jaminan kesehatan nasional: Tantangan dan harapan*. PT Gramedia Pustaka Utama.
- Wagstaff, A. (2002). Inequality in use of health care in Latin America and Southeast Asia: A comparison of the evidence. *HEP Discussion Paper Series*, 02/01. World Bank.
- World Bank. (2022). *Indonesia health financing review: Pathways to universal health coverage*. World Bank Group. <https://doi.org/10.1596/38421>
- World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9241563174>
- World Health Organization. (2023). *Health system resilience in the post-pandemic era: Lessons for Indonesia*. WHO Regional Office for South-East Asia. <https://iris.who.int/handle/10665/373215>