

Melacak Akar Sistem Jaminan Kesehatan Indonesia: Transformasi dari JKN ke BPJS Kesehatan (2004-2024)

¹Balqis Nurhabibah, ²Serli Astari, ^{3*}Rusmala Dewi Kabubu, ⁴Rimma Sianipar

Pendidikan Sejarah Universitas Negeri Makassar

^{3*}rusmala.dewi@unm.ac.id

Abstrak

Era reformasi merupakan babak baru dalam sejarah Indonesia. Permasalahan kepemimpinan otoriter dalam pemerintahan menemukan titik terang dengan lahirnya reformasi. Namun dilain sisi, ada satu permasalahan yang sudah sejak lama belum mencapai penyelesaian yang maksimal dalam penanganannya. Sistem pelayanan kesehatan yang buruk menjadi satu masalah tersendiri dari masa ke masa di Indonesia. Meskipun di era Orde Baru pembangunan di bidang kesehatan dilakukan secara besar-besaran, tetap saja masih meninggalkan permasalahan yang belum selesai. Jaminan kesehatan masyarakat menjadi salah satu permasalahan yang belum terselesaikan. Di era Reformasi, masalah itu dibenahi dan terus dilakukan transformasi agar jaminan kesehatan masyarakat dapat terpenuhi. JKN merupakan program pemerintah yang terus dibenahi sampai akhirnya melahirkan program BPJS yang hingga saat ini digunakan.

Kata Kunci: *BPJS, JKN, Kesehatan, Sejarah, Indonesia*

PENDAHULUAN

Masa reformasi di Indonesia yang dimulai pada akhir 1990-an membawa perubahan besar di berbagai sektor, termasuk sektor kesehatan. Pada periode ini, Indonesia menghadapi berbagai tantangan serius dalam bidang kesehatan, terutama akibat krisis ekonomi Asia yang melanda pada tahun 1997-1998 (Waters et al., 2003). Krisis tersebut menyebabkan penurunan pendapatan negara secara drastis, sehingga anggaran untuk sektor kesehatan mengalami pemotongan signifikan. Dampaknya, akses masyarakat terhadap layanan kesehatan menjadi semakin terbatas, khususnya bagi kelompok miskin dan rentan. Selain itu, masa reformasi juga ditandai dengan diberlakukannya otonomi daerah yang memberikan kewenangan lebih besar kepada pemerintah daerah dalam mengelola layanan kesehatan. Meskipun otonomi daerah membuka peluang untuk penyesuaian kebijakan kesehatan sesuai kebutuhan lokal, hal ini juga menimbulkan disparitas dalam kualitas dan akses layanan kesehatan antar daerah. Tujuan dari pembangunan kesehatan di Indonesia adalah untuk mewujudkan tingkat kesehatan masyarakat yang optimal, sehingga dapat terbentuk manusia Indonesia yang berkualitas, sehat, dan produktif. Untuk mencapai tujuan tersebut, diperlukan pelaksanaan dua jenis upaya, yaitu upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan. Upaya kesehatan masyarakat difokuskan pada sisi hulu, yakni menjaga agar masyarakat tetap dalam kondisi sehat dan mencegah terjadinya penyakit, sedangkan upaya kesehatan perorangan dilakukan pada sisi hilir, yaitu ketika individu sudah mengalami gangguan kesehatan (Afrilia et al., 2017).

Sistem jaminan kesehatan di Indonesia berkembang melalui proses panjang sebelum terbentuknya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada 2014. Awalnya, layanan kesehatan hanya dinikmati oleh kalangan terbatas seperti PNS dan TNI. Pada 1968, pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) untuk menjamin kesehatan PNS. Lembaga ini kemudian berubah menjadi Perum Husada Bhakti pada 1984 dan menjadi PT Askes (Persero) pada 1992, yang melayani PNS, TNI, dan Polri. Masyarakat miskin mulai mendapat perhatian lewat program Askeskin pada 2004–2005, yang dibiayai APBN dan dikelola PT Askes. Dasar hukum sistem jaminan sosial nasional ditetapkan melalui UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan diperkuat UU No. 24 Tahun 2011, yang mengubah PT Askes menjadi BPJS Kesehatan. Sejak 1 Januari 2014, BPJS Kesehatan resmi menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), menjangkau seluruh rakyat Indonesia. Transformasi ini mengubah sistem yang sektoral menjadi inklusif dan berkeadilan sosial, meski tantangan dalam pelaksanaannya masih terus dihadapi (Wiasa, 2022). Seiring berjalannya waktu, pemerintah Indonesia menyadari pentingnya sistem jaminan kesehatan nasional yang dapat menjamin akses layanan kesehatan secara merata bagi seluruh rakyat. Oleh karena itu, pada tahun 2014 pemerintah resmi meluncurkan BPJS Kesehatan sebagai lembaga yang bertugas menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional. BPJS Kesehatan merupakan transformasi dari program asuransi kesehatan sebelumnya seperti Askes dan Jamkesmas, dengan tujuan memperluas cakupan perlindungan kesehatan hingga seluruh lapisan masyarakat, tanpa terkecuali. Program ini menjadi tonggak penting dalam upaya mewujudkan sistem kesehatan yang inklusif dan berkeadilan sosial (Esty, 2019).

Setidaknya ada empat masalah yang akan dibahas dalam tulisan ini. Pertama, bagaimana kondisi sistem kesehatan pada awal masa reformasi? Kedua, bagaimana transformasi menuju adanya Sistem Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia? Ketiga, bagaimana pengimplementasian dan perkembangan BPJS Kesehatan? Keempat, apa faktor penghambat pelaksanaan BPJS bagi masyarakat? Adapun tujuan dari penulisan ini adalah untuk mengkaji perkembangan sistem kesehatan Indonesia sejak masa reformasi hingga implementasi BPJS Kesehatan, serta menganalisis tantangan yang dihadapi. Dengan demikian,

tulisan ini diharapkan mampu memberi pengetahuan baru bagi pembacanya terkait sejarah jaminan kesehatan nasional di Indonesia dan tantangan yang dihadapi pemerintah dalam membentuk dan melaksanakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat. Selain itu, tulisan ini juga bertujuan untuk menambah khasanah penulisan sejarah, khususnya tentang sejarah kesehatan.

METODE

Metode penelitian yang digunakan dalam tulisan ini adalah metode penelitian sejarah. Sejarah merupakan ilmu yang ekspansionis, yang bisa masuk ke semua bidang ilmu. Dengan demikian metode penelitian sejarah digunakan untuk menjelaskan masalah yang diteliti untuk menemukan jawaban yang lebih komprehensif. Metode sejarah adalah langkah-langkah yang harus ditempuh dalam penelitian sejarah, dimulai dari pemilihan topik, pengumpulan sumber, kritik terhadap sumber yang telah dikumpulkan, dilanjutkan dengan interpretasi fakta sejarah, dan terakhir historiografi (Kuntowijoyo, 2018. hal.64). Pemilihan topik dalam tulisan ini dimulai ketika perkuliahan pada mata kuliah Sejarah Kesehatan, yang membahas perkembangan sistem kesehatan di dunia dan di Indonesia. Dengan studi kasus perkembangan sistem kesehatan di Indonesia, ditemukan satu kasus terkait transformasi jaminan kesehatan di Indonesia. Dilanjutkan dengan mengumpulkan sumber-sumber terkait judul yang telah dipilih, seperti yang tertera di daftar pustaka, semuanya itu hasil penelusuran peneliti dalam mengumpulkan sumber. Setelah sumber dikumpulkan, dilakukan studi pustaka untuk menemukan jawaban dari permasalahan yang telah ditentukan peneliti. Dari empat permasalahan yang ditentukan di awal, jawaban masing-masing pertanyaan dapat ditemukan dengan melakukan studi pustaka. Penemuan fakta yang kemudian diinterpretasikan dan dirangkai menjadi suatu kesatuan pada akhirnya menghasilkan tulisan sejarah “Transformasi dari JKN ke BPJS Kesehatan (2004-2024)”.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Awal Reformasi Indonesia yang berlangsung antara tahun 1998 hingga 2004 dihadapkan pada tantangan terkait sistem kesehatan nasional. Periode ini merupakan masa transisi dari era Orde Baru yang otoriter menuju sistem pemerintahan yang lebih demokratis yang mengakibatkan sistem kesehatan pada masa itu belum mampu memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh, merata, dan berkualitas bagi seluruh lapisan masyarakat Indonesia. Salah satu masalah utama yang dihadapi adalah keterbatasan fasilitas kesehatan. Jumlah fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit masih sangat minim dan tidak tersebar merata, terutama di daerah-daerah terpencil dan wilayah Indonesia bagian timur. Selain itu, kualitas fasilitas kesehatan yang ada juga belum memadai, dengan sarana dan prasarana yang kurang lengkap dan kurang terawat. Hal ini berdampak pada rendahnya mutu pelayanan yang diterima masyarakat, terutama di daerah-daerah pedesaan dan terpencil (Siswanto, 2010). Sistem kesehatan mencakup berbagai unsur seperti individu, lembaga, barang, informasi, pendanaan, serta kebijakan pemerintah yang bertujuan untuk menyediakan layanan pencegahan dan pengobatan bagi masyarakat. Sistem ini dirancang agar mampu menjawab kebutuhan dan harapan masyarakat dalam memperoleh layanan kesehatan yang adil dan merata. Hal ini sejalan dengan Undang-Undang Dasar 1945, yang menyatakan bahwa setiap orang memiliki hak untuk hidup sehat dan memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam Pasal 28H ayat (1) juga ditegaskan bahwa negara memiliki kewajiban untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan bagi seluruh warganya (R. N. Putri, 2019).

Jumlah tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya masih sangat terbatas dan tidak merata distribusinya. Banyak tenaga kesehatan yang lebih memilih bekerja di kota-kota besar, sehingga daerah-daerah terpencil kekurangan tenaga profesional yang sangat dibutuhkan (Depkes RI, 2010). Meskipun sejak awal 1990-an sudah ada kebijakan penempatan tenaga kesehatan di daerah, implementasinya masih menghadapi berbagai kendala, termasuk insentif yang kurang menarik dan fasilitas pendukung yang minim. Pemerintah belum memberikan alokasi anggaran yang memadai untuk sektor kesehatan, karena kesehatan belum menjadi prioritas utama dalam perencanaan pembangunan nasional. Hal ini menyebabkan fasilitas kesehatan kekurangan dana untuk operasional, pengadaan obat-obatan, dan pengembangan layanan. Belum ada sistem jaminan sosial kesehatan yang efektif untuk melindungi masyarakat dari beban biaya kesehatan yang tinggi (Gani, 2019). Perubahan besar yang terjadi pada masa Reformasi adalah diberlakukannya sistem desentralisasi yang memberikan otonomi lebih besar kepada pemerintah daerah dalam mengelola sektor kesehatan (Manajemen et al., 2010). Meski begitu, banyak pemerintah daerah belum memiliki kapasitas yang memadai dalam mengelola dana, sumber daya manusia, dan program kesehatan secara efektif. Akibatnya, koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah menjadi lemah, terjadi tumpang tindih kewenangan, serta ketimpangan pelayanan antar daerah semakin melebar. Di tengah berbagai tantangan tersebut, masa Reformasi juga menjadi momentum penting bagi pembaruan kebijakan kesehatan di Indonesia. Paradigma kesehatan mulai bergeser dari pendekatan yang hanya berfokus pada pengobatan dan pelayanan medis menjadi pendekatan yang lebih komprehensif dengan menempatkan kesehatan sebagai hak asasi manusia sekaligus investasi strategis bagi pembangunan bangsa. Pemerintah mulai merumuskan visi Indonesia Sehat 2010 yang menekankan pada upaya promotif dan preventif, peningkatan akses dan mutu layanan kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat. Visi ini menjadi dasar bagi berbagai program dan kebijakan yang bertujuan memperbaiki sistem kesehatan secara menyeluruh (Depkes RI, 2010).

Masa Reformasi ditandai dengan lahirnya berbagai regulasi penting yang menjadi fondasi bagi pengembangan sistem kesehatan nasional. Undang-Undang Praktik Kedokteran yang disahkan pada tahun 2004 mengatur standar profesi dan praktik kedokteran secara lebih ketat, guna meningkatkan kualitas pelayanan medis dan melindungi pasien (Savitri & Sulistyowati, 2022). Pada tahun yang sama, Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional mulai diperkenalkan sebagai upaya untuk membangun sistem jaminan sosial yang inklusif, termasuk jaminan kesehatan, sehingga masyarakat dapat terlindungi dari risiko biaya kesehatan yang tinggi. Reformasi pengelolaan rumah sakit juga mulai dilakukan dengan tujuan meningkatkan

efisiensi, transparansi, dan akuntabilitas dalam pelayanan rumah sakit. Transparansi dan akuntabilitas merupakan langkah utama dalam menciptakan sistem kesehatan yang fokus pada kebutuhan masyarakat. Sebagai contoh, jika ada 100 pegawai di sebuah kantor yang menjadi peserta BPJS, dan dari jumlah tersebut sekitar 10 orang sedang sakit, maka para pegawai yang sehat akan membantu rekan-rekannya yang sakit. Dengan demikian, semangat gotong royong tercermin dalam pelaksanaan jaminan kesehatan (A. A. Putri et al., 2025).

Transformasi menuju Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia

Sejak masa kemerdekaan, konstitusi Indonesia telah menegaskan perlindungan sosial sebagai hak asasi warga negara. Pasal 34 UUD 1945 mengamanatkan bahwa fakir miskin dan anak terlantar dipelihara oleh negara. Namun, dalam praktiknya, hingga awal 2000-an (Ambat, 2013) akses terhadap layanan kesehatan masih bersifat elitis dan terbatas, terutama bagi kelompok miskin, pekerja informal, dan masyarakat di daerah terpencil. Krisis moneter 1997–1998 memperlebar jurang ketimpangan dan meningkatkan angka kemiskinan, yang berdampak langsung pada derajat kesehatan rakyat. Pemisahan sistem jaminan kesehatan sebelumnya menjadi penyebab utama ketidakadilan layanan kesehatan, di mana hanya kelompok tertentu (PNS, TNI/Polri, dan sebagian pekerja formal) yang memiliki perlindungan memadai (Eni, 2020). Pada tahun 2004, pemerintah mengambil langkah strategis dengan mengesahkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-undang ini menjadi fondasi hukum yang mengatur penyelenggaraan jaminan sosial secara nasional, termasuk jaminan kesehatan, yang wajib diberikan kepada seluruh warga negara (Rivany, 2010). UU SJSN menegaskan bahwa jaminan sosial harus diselenggarakan secara terintegrasi oleh badan penyelenggara yang profesional dan transparan, sehingga dapat menjamin perlindungan sosial yang berkelanjutan dan adil. Sebelum adanya UU SJSN, berbagai program jaminan kesehatan seperti Jamkesmas (untuk masyarakat miskin), Jamkesda (program jaminan kesehatan daerah), serta program asuransi kesehatan yang dikelola oleh PT Askes dan perusahaan swasta lainnya, berjalan secara terpisah tanpa koordinasi yang memadai. Kondisi ini mengakibatkan tidak meratanya akses layanan kesehatan, tumpang tindih program, serta inefisiensi dalam pengelolaan dana dan sumber daya. Oleh karena itu, UU SJSN menjadi landasan penting untuk mengintegrasikan berbagai program tersebut ke dalam satu sistem jaminan sosial nasional yang komprehensif (Depkes RI, 2010).

Pada tahun 2011, pemerintah melanjutkan reformasi besar dengan mengesahkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). UU ini mengatur pembentukan dua badan penyelenggara jaminan sosial, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan bertugas menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional dengan cakupan yang lebih luas dan sistem yang lebih efisien, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan fokus pada perlindungan sosial bagi pekerja (Nasional et al., 2004). Implementasi JKN secara resmi dimulai pada tanggal 1 Januari 2014 dengan beroperasinya BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara tunggal jaminan kesehatan nasional. Program JKN ini dirancang untuk memberikan perlindungan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh penduduk Indonesia, tanpa memandang status sosial maupun ekonomi. Melalui JKN, pemerintah berupaya mengatasi berbagai masalah yang selama ini muncul akibat sistem jaminan kesehatan yang terpecah-pecah, seperti ketimpangan akses dan risiko finansial yang tinggi bagi masyarakat miskin ketika membutuhkan layanan kesehatan. JKN juga mengadopsi prinsip gotong royong, di mana peserta yang mampu membayar iuran membantu peserta yang kurang mampu, sehingga tercipta sistem solidaritas sosial yang kuat (Winiarti, 2019). Selain itu, pada masa ini dilakukan upaya besar untuk mengintegrasikan berbagai peserta dari program-program sebelumnya seperti Jamkesmas, Jamkesda, dan asuransi kesehatan lainnya ke dalam sistem JKN. Proses ini tidak hanya memerlukan perubahan kelembagaan, tetapi juga transformasi budaya dan teknologi informasi untuk mendukung pengelolaan data peserta, klaim layanan kesehatan, serta pembayaran iuran secara efektif dan efisien. Pemerintah juga melakukan sosialisasi dan edukasi kepada masyarakat agar memahami manfaat dan mekanisme JKN, sehingga partisipasi masyarakat dapat meningkat secara signifikan (A. E. Putri, 2014). JKN resmi beroperasi dengan cakupan awal 133,4 juta peserta, terdiri dari: Penerima Bantuan Iuran (PBI): 86,4 juta jiwa (masyarakat miskin), Peserta bukan PBI: 46,9 juta jiwa (PNS, TNI/Polri, pekerja formal, dan mandiri) Fasilitas kesehatan yang bekerjasama (per 2014): 19.969 Puskesmas/FKTP, 1.700 lebih rumah sakit, 8.000 apotek, 1.100 laboratorium (Esty, 2019).

Implementasi dan Perkembangan BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan merupakan lembaga penyelenggara jaminan sosial di bidang kesehatan yang resmi berdiri pada tanggal 1 Januari 2014, menggantikan PT Askes (Persero) sebagai bagian dari implementasi Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Sejak awal berdirinya, BPJS Kesehatan bertujuan untuk mewujudkan sistem jaminan kesehatan nasional yang universal, di mana seluruh warga negara Indonesia dapat memperoleh akses layanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas. Pada tahun 2014, jumlah peserta BPJS Kesehatan sudah mencapai sekitar 133 juta jiwa, yang merupakan gabungan dari peserta program sebelumnya seperti Jamkesmas, Askes, dan Jamsostek. Seiring berjalannya waktu, BPJS Kesehatan terus mengalami perkembangan signifikan, terutama dalam hal peningkatan jumlah peserta. Hingga akhir tahun 2023, jumlah peserta BPJS Kesehatan telah meningkat hampir dua kali lipat menjadi sekitar 267 juta jiwa, yang berarti mencakup sekitar 95,75% dari total populasi Indonesia. Hal ini menunjukkan keberhasilan BPJS dalam memperluas cakupan jaminan kesehatan nasional (R. N. Putri, 2019). Selain peningkatan jumlah peserta, BPJS Kesehatan juga melakukan berbagai inovasi dalam pelayanan untuk meningkatkan kemudahan akses bagi masyarakat. Salah satu langkah penting adalah pengembangan layanan digital melalui aplikasi Mobile JKN yang memungkinkan peserta untuk melakukan pendaftaran, cek status kepesertaan, dan mengakses layanan kesehatan secara online. Selain itu, BPJS juga menerapkan sistem antrean *online* di fasilitas kesehatan, penggunaan kartu digital sebagai pengganti kartu fisik, serta penyediaan berbagai layanan

informasi yang lebih responsif dan transparan. Inovasi ini sangat membantu dalam mengurangi birokrasi dan mempermudah peserta dalam mendapatkan layanan kesehatan (Manajemen et al., 2010).

BPJS Kesehatan dalam hal pembiayaan mengalami beberapa perubahan skema iuran sejak berdiri. Pada awalnya, iuran ditetapkan dengan tarif yang relatif rendah, namun seiring meningkatnya biaya pelayanan kesehatan dan kebutuhan pembiayaan program, pemerintah melakukan penyesuaian iuran, terutama pada tahun 2020. Penyesuaian ini sempat menimbulkan kontroversi, namun kemudian disempurnakan dengan memberikan subsidi kepada peserta yang kurang mampu dan memberikan relaksasi denda pembayaran bagi peserta mandiri. Penyesuaian iuran ini bertujuan untuk menjaga keberlanjutan program dan memastikan kualitas layanan tetap terjaga (Idris, 2020). BPJS Kesehatan juga berperan dalam mendukung program-program pemerintah yang berkaitan dengan kesehatan nasional, seperti program penanggulangan pandemi COVID-19. Selama pandemi, BPJS Kesehatan berperan aktif dalam pembiayaan layanan kesehatan terkait COVID-19, termasuk pemeriksaan, perawatan, dan vaksinasi. Hal ini menunjukkan fleksibilitas dan peran strategis BPJS dalam menghadapi situasi darurat kesehatan masyarakat. Selain itu, BPJS juga terus beradaptasi dengan kondisi pandemi dengan memperluas layanan *telemedicine* yang memungkinkan peserta berkonsultasi dengan tenaga medis tanpa harus datang langsung ke fasilitas kesehatan (Ambarwati, 2021) (Bobby et al., 2021).

Pada akhir tahun 2023, BPJS Kesehatan berhasil mencapai cakupan *Universal Health Coverage* (UHC) sebesar 95,77% dari total penduduk Indonesia, atau sekitar 267 juta jiwa. Capaian ini menempatkan Indonesia sebagai salah satu negara berkembang dengan ekspansi jaminan kesehatan nasional tercepat. UHC memastikan bahwa hampir seluruh warga negara, termasuk kelompok rentan seperti fakir miskin, penyandang disabilitas, anak terlantar, dan lansia, telah terlindungi dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Solechan, 2019). BPJS Kesehatan telah melakukan transformasi digital untuk meningkatkan akses dan efisiensi layanan, antara lain melalui Mobile JKN: Aplikasi yang memfasilitasi peserta dalam pendaftaran, perubahan data, pengecekan status kepesertaan, pencarian fasilitas kesehatan, antrian online, dan konsultasi medis (*telemedicine*). Integrasi NIK: Sejak 2022, Nomor Induk Kependudukan (NIK) digunakan sebagai identitas tunggal peserta JKN, menggantikan kartu fisik BPJS. Bridging System: Sistem yang menghubungkan data BPJS dengan sistem informasi rumah sakit, klinik, apotek, dan laboratorium untuk mempercepat proses klaim dan verifikasi layanan. Integrasi SATUSEHAT: Integrasi dengan platform SATUSEHAT Kementerian Kesehatan untuk sinkronisasi data rekam medis elektronik, memudahkan koordinasi pelayanan lintas fasilitas kesehatan (Pramana & Chairunnisa Widya Priastuty, 2023). Namun, BPJS Kesehatan juga menghadapi berbagai tantangan, terutama terkait dengan pengelolaan biaya yang terus meningkat akibat tingginya kasus penyakit *katastropik* dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang semakin kompleks. Masih terdapat sejumlah masalah administratif dan pelayanan di lapangan yang perlu terus diperbaiki. Perkembangan BPJS Kesehatan sejak 2014 hingga sekarang menunjukkan kemajuan yang signifikan dalam memperluas akses dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan bagi masyarakat Indonesia, sekaligus menjadi fondasi penting dalam mewujudkan sistem jaminan kesehatan nasional yang inklusif dan berkelanjutan (Esty, 2019). Selain aspek pelayanan dan pembiayaan, BPJS Kesehatan juga aktif melakukan berbagai program edukasi dan sosialisasi kepada masyarakat untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya jaminan kesehatan. Program-program ini bertujuan agar masyarakat tidak hanya menjadi peserta pasif, melainkan juga aktif dalam menjaga kesehatan dan memanfaatkan layanan secara optimal. BPJS Kesehatan bekerja sama dengan pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, serta berbagai organisasi masyarakat untuk mengedukasi peserta tentang hak dan kewajiban mereka, tata cara klaim, serta pentingnya menjaga pola hidup sehat. Dengan demikian, perjalanan BPJS Kesehatan sejak 2014 hingga kini merupakan refleksi dari komitmen pemerintah dan masyarakat dalam membangun sistem jaminan kesehatan yang menyeluruh dan berkualitas. Meskipun masih terdapat berbagai tantangan, berbagai inovasi dan perbaikan yang terus dilakukan menjadi modal penting untuk memastikan bahwa setiap warga negara mendapatkan hak atas pelayanan kesehatan yang layak, tanpa terkecuali (MUSDZALIFAH et al., 2025).

Faktor-Faktor Penghambat Pelaksanaan BPJS Kesehatan Bagi Masyarakat

Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan masih menghadapi berbagai hambatan yang memengaruhi efektivitas pelayanan serta aksesibilitas masyarakat terhadap layanan kesehatan. Berikut adalah beberapa faktor utama yang menjadi penghambat dalam pelaksanaan BPJS Kesehatan:

1. Permasalahan Tarif dan Pengadaan Obat

Salah satu keluhan yang sering muncul dari peserta BPJS Kesehatan berkaitan dengan keterbatasan fasilitas pengobatan, khususnya dalam hal obat-obatan dan biaya perawatan. Sebelum berlakunya sistem BPJS, peserta dari program kesehatan lain seperti Askes, Jamsostek, Jamkesmas, atau KJS sering kali mendapatkan pengobatan secara lebih komprehensif. Namun setelah bergabung dalam skema BPJS, tidak semua jenis pengobatan dan obat ditanggung sepenuhnya. Akibatnya, pasien kerap kali harus menanggung sendiri biaya obat-obatan tertentu yang tidak masuk dalam daftar yang dijamin oleh BPJS. Sistem tarif paket INA-CBGs (*Indonesian Case Based Groups*) yang diterapkan juga menjadi persoalan tersendiri. Sistem ini membatasi biaya pelayanan kesehatan berdasarkan klasifikasi kasus tertentu. Akibatnya, rumah sakit dan fasilitas kesehatan merasa dibebani dengan biaya operasional yang tidak sebanding dengan tarif yang dibayarkan oleh BPJS, dan pasien pun tidak jarang merasa dirugikan karena keterbatasan jenis perawatan yang ditanggung (Suryani, 2016).

2. Kendala dalam Kepesertaan

Meskipun BPJS Kesehatan memiliki program Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang ditujukan untuk membantu kelompok masyarakat miskin dan rentan, faktanya masih banyak masyarakat yang belum terakomodasi dalam skema ini. Golongan seperti gelandangan, pengemis, anak jalanan, dan anak terlantar sering kali luput dari pendataan sehingga tidak tercakup dalam program PBI. Hal ini berkaitan dengan implementasi Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2013 tentang PBI yang

dalam praktiknya belum mampu menjangkau seluruh kelompok rentan. Akibatnya, jutaan warga negara yang seharusnya berhak atas layanan kesehatan gratis melalui BPJS masih belum dapat mengakses fasilitas tersebut (Mangun, 2014).

3. **Prosedur Pelayanan yang Rumit**

Birokrasi dalam sistem BPJS Kesehatan dinilai cukup kompleks, terutama bagi masyarakat yang kurang memahami prosedur administrasi. Proses pendaftaran, rujukan, hingga klaim layanan sering kali dianggap membingungkan oleh peserta, khususnya mereka yang berasal dari kelompok masyarakat berpendidikan rendah atau tinggal di daerah terpencil. Kurangnya pemahaman peserta mengenai prosedur yang benar mengakibatkan banyak di antara mereka kesulitan dalam memperoleh pelayanan medis yang seharusnya bisa mereka nikmati. Ketiadaan pendampingan dan sosialisasi yang memadai menjadi penyebab utama kerumitan ini terus berlangsung (Anwar, 2018).

4. **Mutu Pelayanan Kesehatan yang Masih Rendah**

Kualitas pelayanan kesehatan di berbagai fasilitas yang bekerja sama dengan BPJS, terutama di tingkat Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), masih belum merata. Banyak fasilitas kesehatan yang menghadapi keterbatasan, baik dari segi infrastruktur seperti kurangnya ruang rawat inap, maupun sarana penunjang medis lainnya. Salah satu penyebabnya adalah minimnya insentif atau tarif yang diterima oleh rumah sakit dari BPJS, sehingga berdampak pada keengganan fasilitas swasta untuk bergabung dalam program ini. Akibatnya, peserta BPJS hanya memiliki pilihan terbatas untuk memperoleh pelayanan kesehatan berkualitas (Hidayat, 2017).

5. **Kekurangan Tenaga Medis**

Pendistribusian tenaga medis di Indonesia masih belum merata. Banyak daerah, terutama di wilayah pelosok dan luar Jawa, kekurangan dokter, perawat, maupun tenaga kesehatan lainnya. Hal ini menyebabkan layanan kesehatan tidak bisa dijalankan secara maksimal, karena satu tenaga medis harus menangani jumlah pasien yang besar. Keterbatasan ini berdampak langsung pada kualitas perawatan yang diterima peserta BPJS dan dapat menimbulkan keterlambatan dalam penanganan medis (Setiawan, 2015).

6. **Masalah Sistem Rujukan**

Sistem rujukan berjenjang yang diterapkan BPJS mengharuskan peserta untuk terlebih dahulu mengunjungi fasilitas kesehatan tingkat pertama, seperti Puskesmas atau klinik, sebelum bisa dirujuk ke rumah sakit. Namun, banyak peserta yang belum memahami prosedur ini dengan baik. Tidak sedikit yang langsung datang ke rumah sakit tanpa rujukan, sehingga ditolak atau tidak dapat memperoleh pelayanan secara optimal. Kebingungan ini mencerminkan lemahnya sosialisasi terhadap sistem yang ada dan kurangnya edukasi bagi peserta (Kusuma, 2016).

7. **Implikasi Regulasi Pemerintah**

Berbagai kebijakan pemerintah yang menjadi dasar operasional BPJS Kesehatan juga turut menyumbang permasalahan. Seperti yang telah disebutkan, Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2013 tentang PBI masih belum menjangkau seluruh kelompok masyarakat rentan. Sementara itu, sistem tarif INA-CBGs yang diatur dalam Permenkes No. 69 Tahun 2013 menimbulkan ketimpangan antara beban pelayanan dengan biaya yang diterima oleh fasilitas kesehatan. Hal ini membuat sejumlah rumah sakit swasta enggan bekerja sama dengan BPJS karena merasa merugi, dan pada akhirnya mempersempit akses peserta terhadap layanan kesehatan yang layak (Jannah, 2016).

KESIMPULAN

Awal reformasi sekaligus menjadi akhir dari era Orde Baru dan berlakunya desentralisasi dalam pemerintahan berdampak pada sistem kesehatan di Indonesia. Masa ini pelayanan kesehatan masih belum maksimal meskipun telah mendapat warisan dari Pemerintahan Orde Baru dalam fasilitas kesehatan. Kekurangan fasilitas dan tenaga kesehatan menjadi faktor utama minimnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat kala itu. Meskipun demikian, sejak masa reformasi, Indonesia telah mengalami transformasi besar dalam sistem kesehatan, dengan BPJS Kesehatan sebagai langkah signifikan untuk mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS bertujuan untuk memberikan akses kesehatan yang merata kepada masyarakat, terutama bagi kelompok yang selama ini terpinggirkan, seperti masyarakat miskin dan rentan. Hal ini menunjukkan komitmen pemerintah untuk memastikan bahwa seluruh lapisan masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang layak tanpa memandang status sosial ekonomi.

Meskipun telah berhasil mencakup sebagian besar penduduk, pelaksanaan BPJS Kesehatan masih dihadapkan pada berbagai tantangan. Beberapa masalah yang dihadapi antara lain ketimpangan layanan kesehatan antara daerah perkotaan dan daerah terpencil, beban finansial dari penyakit *katastropik*, serta rendahnya kepatuhan peserta dalam membayar iuran secara tepat waktu. Selain itu, sistem teknologi dan integrasi data yang belum sepenuhnya berjalan efisien juga menjadi penghambat dalam memberikan pelayanan yang optimal. Secara keseluruhan, meskipun BPJS Kesehatan telah menunjukkan capaian yang signifikan dalam memberikan akses kesehatan kepada masyarakat, perbaikan dan penguatan sistem masih diperlukan. Pemerintah perlu terus memperbaiki kualitas layanan, meratakan distribusi tenaga medis, serta meningkatkan kesadaran dan kepatuhan peserta. Di sisi lain, dukungan terhadap pengembangan teknologi informasi dan regulasi yang lebih ketat dalam pembayaran iuran sangat penting untuk menjaga keberlanjutan program ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Rusmala Dewi Kabubu, M.Hum selaku dosen pengampu mata kuliah Sejarah Kesehatan di Universitas Negeri Makassar, atas bimbingan, arahan, dan motivasi yang sangat berharga selama proses penulisan artikel ini. Dimulai dari menentukan topik penulisan dan pengumpulan sumber, bantuan Ibu Rusmala Dewi Kabubu telah memberikan pemahaman yang mendalam dan mendorong penulis untuk dapat mengembangkan penelitian dengan lebih baik dan sistematis. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada teman-teman Program Studi Pendidikan Sejarah di Universitas Negeri Makassar yang telah memberikan dukungan, masukan, serta semangat selama proses penelitian dan penulisan artikel ini. Tanpa bantuan dan kerja sama dari berbagai pihak, artikel ini tidak akan terselesaikan dengan baik. Semoga karya ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca dan perkembangan ilmu sejarah kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afrilia, V., Sumartias, S., & Padjadjaran, U. (2017). *Transformasi Pt Askes (Persero) Menjadi Pt Askes Persero Transformation Into*. 5(2), 180–189.
- Ambarwati, W. (2021). Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia Analisis Periode Maret 2020 – Desember 2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 6(1). <https://doi.org/10.7454/eki.v6i1.4881>
- Ambat, T. (2013). Fungsi Negara Memelihara Anak-Anak Terlantar Menurut Undang-Undang Dasar 1945. *Lex Administratum*, 1(2), 42–46.
- Anwar, T. (2018). *Birokrasi Kesehatan dan Masalah Administrasi*. Bandung: Alfabeta.
- Bobby, Yarwardi, & Lubis Ramiah. (2021). Tinjauan Hukum Ekonomi Syariah Terhadap Kenaikan Iuran Bpjs Kesehatan Di Masa Pandemi Covid 19 Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 64 Tentang Jaminan Kesehatan. *Jurnal Muamalah*, 7(1), 191–203. <https://www.bacaanmadani.com/2018/04/pe>
- Depkes RI. (2010). Indikator Indonesia Sehat 2010. *Regulation*, 1–40.
- Eni. (2020). Jurnal Sosial Ekonomi. In *Jurnal Inter* (Vol. 8, Issue Mi, pp. 5–24).
- Esty, J. (2019). JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional. *Sekretariay Wakil Presiden Republik Indonesia*, 44. http://www.tnp2k.go.id/images/uploads/downloads/Final_JKN_Perjalanan_Menuju_Jaminan_Kesehatan_Nasional_-_Copy.pdf%0Ahttps://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/dasar/pdf?kd=3519&th=2017
- Gani, A. (2019). *Pembiayaan Kesehatan dan JKN*. <http://lib.fkm.ui.ac.id/detail?id=135181&lokasi=lokal>
- Hidayat, A. (2017). *Kesehatan Masyarakat dan Reformasi Sistem Kesehatan*. Jakarta: Buku Pintar.
- Idris, M. (2020). *Rincian Iuran BPJS Kesehatan Terbaru Per1 Juli 2020*. Kompas.Com.
- Jannah, D. (2016). *Regulasi Kesehatan dan Implikasinya bagi BPJS*. Jakarta: Elex Media.
- Kuntowijoyo. (2018). *Pengantar Ilmu Sejarah*. Yogyakarta. Tiara Wacana.
- Kusuma, P. (2016). *Sistem Rujukan Kesehatan dan Implementasinya di Indonesia*. Malang: Press Universitas Brawijaya.
- Layanan, M., & Yang, K. (2024). *hak bagi setiap peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. 3(11).
- Manajemen, J., Kesehatan, P., Badan, S., Dan, P., Kesehatan, P., & Ri, K. (2010). Analisis Trade-Off Dalam Reformasi Sistem Pelayanan Kesehatan Di Indonesia Trade-Off Analysis in Indonesian Health Services System Reform. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 13(2), 61.
- Mangun, S. (2014). *Polarisasi Sistem Kesehatan Indonesia*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Musdzalifah, A., Setianingrum, E. K., & Hartono, B. (2025). *LITERATUR REVIEW: IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PROGRAM*. 6, 1497–1506.
- Nasional, E., Menteri, K., Republik, K., Nomor, I., Kesehatan, M., Indonesia, R., Nasional, S. K., Keputusan, S., Kesehatan, M., Sistem, B., Nasional, K., Nasional, S. K., Keputusan, S., Kesehatan, M., Majelis, K., Hakyat, P., Reformasi, P., Mpr, K., Nomor, R., ... Sujudi, A. (2004). *Keputusan Menteri Kesehatan tentang Sistem Kesehatan Nasional*. 2387.
- Pramana, P., & Chairunnisa Widya Priastuty. (2023). Perspektif Masyarakat Pengguna BPJS Kesehatan mengenai Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 3(1), 30–41. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v3i1.98>
- Putri, A. A., Lumbantobing, S. B., & Wasir, R. (2025). *Membangun Transparansi dan Akuntabilitas dalam Tata Kelola Sistem Kesehatan Indonesia*. April.
- Putri, A. A., Nurjihan, F., Corry, R., Tarigan, B. B., & Febriana, I. (2024). Pengembangan Teks Laporan Penelitian Dalam Penyusunan Historiografi Sejarah. *Jurnal Kajian Ilmiah Interdisiplinier*, 8(6), 2118–7303.
- Putri, A. E. (2014). *Paham Transformasi*.
- Putri, R. N. (2019). Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 19(1), 139. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v19i1.572>
- Rivany, R. (2010). Quo Vadis Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 13(03), 110–116.
- Savitri, A. W., & Sulistyowati, T. (2022). *Analisis Kebijakan BPJS Kesehatan dan Pemerintah Untuk Pelayanan Yang Optimal*. X(X).
- Setiawan, F. (2015). *Kekurangan Tenaga Medis di Daerah Terpencil*. Surabaya: CV. Bina Ilmu.
- Siswanto. (2010). Analisis Trade-Off Dalam Reformasi Sistem Pelayanan Kesehatan Di Indonesia. *Jmpk*, 13(02), 61–68.
- Solechan. (2019). *Solechan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan*. *Administrative Law and Governance*

- Journal*, 2(4), 686–696. <https://doi.org/10.14710/alj.v2i4.686-696>
- Suryani, S. (2016). *Manajemen Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Penerbit Kesehatan.
- Wasino, & Hartatik, E. S. (2018). Metode Penelitian Sejarah (Dari Riset hingga Penelusuran. *Seri Publikasi Pembelajaran*, 11.
- Waters, H., Saadah, F., & Pradhan, M. (2003). The impact of the 1997-98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy and Planning*, 18(2), 172–181. <https://doi.org/10.1093/heapol/czg022>
- Wiasa, I. N. D. (2022). *JAMINAN KESEHATAN NASIONAL YANG BEREADILAN Menuju Kesejahteraan Nasional*. CV. Feniks Muda Sejahtera.
- Winiarti. (2019). Analisis Implementasi Prinsip Gotong Royong SJSN di Rumah Sakit Al Islam Bandung. *Teras Kesehatan*, 1(2), 114–121.