

Kepesertaan JKN dan Tantangan Implementasinya di Desa Sariharjo, Kabupaten Sleman

Muhammad Yusuf Hilmy¹, Sunarto^{2*}

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Indonesia

²Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia

*Email: sunarto@uii.ac.id

*Penulis korespondensi : Jalan Kaliurang KM 14,5 Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia

INFO ARTIKEL

Riwayat Naskah

Dikirim 2 Juli 2025

Direvisi 6 Januari 2026

Diterima 29 Januari 2026

Kata Kunci

Jaminan Kesehatan Nasional
(JKN)

Kepesertaan JKN

Sleman

Sariharjo

ABSTRAK

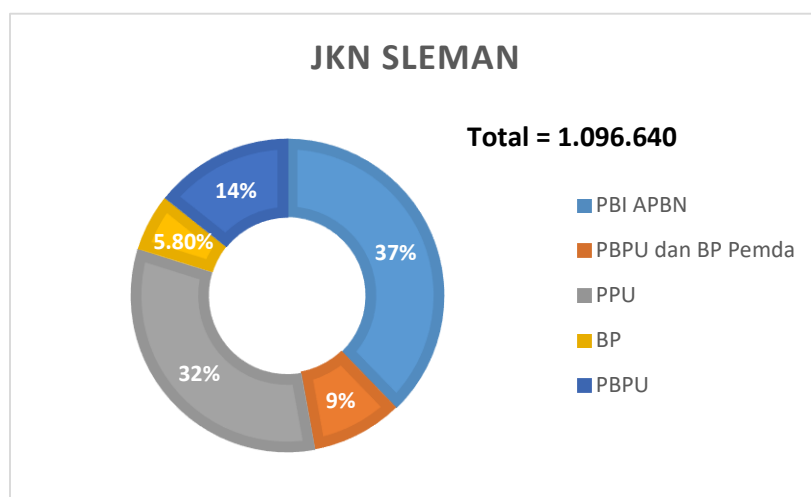
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dibentuk untuk mewujudkan Universal Health Coverage (UHC) melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kepesertaan JKN di Kabupaten Sleman tahun 2024 mencapai 95%, meningkat dari 89,56% pada tahun 2021. Desa Sariharjo dipilih sebagai lokasi penelitian karena merupakan desa dengan penduduk terbesar di Ngaglik serta berada di wilayah dengan kepesertaan JKN tinggi, sehingga dianggap relevan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kepesertaan dan mengidentifikasi kendala implementasinya di Desa Sariharjo. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan *mixed method*. Pendekatan kuantitatif melalui kuesioner digunakan untuk mengetahui persentase kepesertaan JKN, sedangkan pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam bertujuan menggali pelaksanaan JKN. Responden kuesioner dipilih berdasarkan kriteria inklusi, yaitu warga yang memiliki KTP, bersedia, mampu mengikuti, dan dapat berkomunikasi. Kriteria eksklusi meliputi warga non-peserta JKN dan responden kuesioner tidak lengkap. Teknik sampling menggunakan cluster random sampling dilanjutkan sampling insidental. Berdasarkan rumus Slovin, jumlah sampel minimal sebanyak 100 responden, dengan total responden 105 orang. Informan wawancara mendalam dipilih secara purposive sampling sebanyak 13 orang, terdiri dari perangkat desa dan masyarakat. Tingkat kepesertaan JKN di Desa Sariharjo mencapai 96%, menunjukkan cakupan yang tinggi. Wawancara mendalam menjelaskan pelaksanaan JKN secara garis besar dilaksanakan dengan baik. Namun, terdapat kendala seperti kasus penonaktifan kartu PBI JK, kartu PBI JK yang tidak diterima peserta, sosialisasi tidak efektif, update DTKS tidak maksimal, serta distribusi fasilitas tidak merata. Meskipun Desa Sariharjo mencapai cakupan kepesertaan JKN yang tinggi, terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaannya yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan kualitas pelayanan JKN.

PENDAHULUAN

Berdasarkan Pasal 28(H) ayat 3 UUD 1945, setiap orang memiliki hak atas jaminan sosial untuk hidup yang layak. Pasal tersebut menyatakan bahwa setiap orang berhak mendapatkan perlindungan, yang mengarah pada kebutuhan akan jaminan sosial mencakup seluruh rakyat atau dikenal sebagai *Universal Health Coverage* (UHC). Di Indonesia, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dirancang untuk mendukung tercapainya UHC (1). Untuk itu, pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang mulai menjalankan program JKN pada tahun 2014. BPJS menargetkan cakupan JKN mencapai 90% pada tahun 2017 dan 95% pada tahun 2019 (2). Namun, target itu belum bisa direalisasikan mengingat hingga Juli 2023 cakupan kepesertaan JKN baru mencapai 93% (3).

Beberapa faktor yang dapat memengaruhi keikutsertaan masyarakat adalah pengetahuan, pendapatan, dan sikap masyarakat (4). Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya di Kota Samarinda yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan masyarakat, maka besar kemungkinan masyarakat mengikuti program JKN karena telah menyadari pentingnya program ini (5). Tingkat pengetahuan masyarakat sering berkaitan dengan tingkat pendidikannya. Imanuddin, Anwary dan Mahmudah (6) dalam penelitiannya mendapati masyarakat bukan peserta JKN merupakan masyarakat yang sebagian besar berpendidikan sekolah dasar.

Di Kabupaten Sleman, pelaksanaan program JKN mengalami beberapa dinamika. Pada tahun 2018, cakupan JKN di Kabupaten Sleman mencapai 95,22% namun sempat menurun di tahun-tahun berikutnya, dan pada tahun 2021 mencapai 89,56%. Pada 2023, cakupan kembali meningkat dimana 1.096.640 (95%) penduduk Kabupaten Sleman terdaftar dalam JKN (7). Desa Sariharjo dipilih sebagai lokasi penelitian karena memiliki jumlah penduduk terbesar di Kapanewon Ngaglik, yang merupakan salah satu wilayah dengan jumlah penduduk terbesar di Kabupaten Sleman, serta berada di kabupaten yang berhasil meningkatkan cakupan kepesertaan JKN secara signifikan dalam beberapa tahun terakhir. Kondisi tersebut menjadikan peneliti ingin mengkaji lebih lanjut terkait pelaksanaan program JKN di wilayah dengan cakupan kepesertaan yang tinggi. Melalui penelitian ini, diharapkan dapat diperoleh gambaran yang lebih mendalam mengenai kepesertaan JKN di tingkat desa, termasuk dinamika pelaksanaan, pengalaman masyarakat, serta potensi kendala yang mungkin masih terjadi.



Gambar 1. Jumlah Peserta JKN Kabupaten Sleman (7)

Dalam perjalanannya, sistem jaminan kesehatan di Indonesia mengalami perubahan, yang awalnya terpecah menjadi beberapa badan asuransi sosial yang berbeda-beda, hingga akhirnya disatukan melalui sebagai satu badan yaitu BPJS (8). Dalam fungsinya sebagai badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan, BPJS Kesehatan menyelenggarakan program JKN dimulai pada tanggal 1 Januari 2014. Jenis kepesertaan JKN diatur dalam Peraturan BPJS No. 6 Tahun 2018 meliputi Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK); Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya; Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan anggota keluarganya; Bukan Pekerja (BP) dan anggota keluarganya; serta PBPU dan BP yang didaftarkan pemerintah daerah (PBPU BP Pemda) (9).

Mekanisme pendataan peserta JKN dibedakan berdasarkan jenis kepesertaan. Untuk PBI JK, sesuai Peraturan Menteri Sosial No. 21 Tahun 2019, harus memenuhi syarat seperti berstatus warga negara Indonesia, memiliki NIK yang terdaftar di catatan sipil, dan tercantum dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS). Data DTKS ini mencakup 40% penduduk dengan status kesejahteraan sosial terendah dan diperbarui secara berkala oleh Kementerian Sosial melalui musyawarah desa, usulan dari Kementerian Sosial, atau pendaftaran mandiri via aplikasi SIKS-NG (10). Untuk peserta Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), dan Bukan Pekerja (BP), pendataan dilakukan melalui pendaftaran mandiri yang diverifikasi oleh BPJS Kesehatan. Khusus untuk PBPU dan BP Pemda, diperlukan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dari kalurahan setempat.

Motivasi kepesertaan diperlukan dalam mengikuti JKN. Sesuai teori Hierarki Maslow yang menyatakan kebutuhan hakikatnya terbagi menjadi lima, yaitu kebutuhan fisiologis, rasa aman, sosial, penghargaan, dan aktualisasi diri (11). Pelaksanaan jaminan sosial menghadapi berbagai hambatan yang terbagi menjadi faktor internal dan eksternal. Faktor internal yang menghambat antara lain kurangnya sosialisasi, keterlambatan pembayaran oleh BPJS Kesehatan, terbatasnya sarana dan prasarana, serta keterbatasan sumber daya manusia (SDM) di bidang kesehatan. Sementara itu, faktor eksternal yang menjadi kendala meliputi tunggakan pembayaran JKN, rendahnya pemahaman masyarakat, dan klaim tagihan penyakit yang tidak *tercover* (12).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kepesertaan dan mengidentifikasi kendala implementasinya di Desa Sariharjo. Secara khusus, penelitian ini dilakukan untuk memetakan kepesertaan JKN di Desa Sariharjo, mengidentifikasi latar belakang motivasi warga dalam mengikuti program JKN, serta menggali pengalaman masyarakat dalam memanfaatkan kepesertaan JKN.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan campuran (*mixed method*). Tahap awal dilakukan pengumpulan data kuantitatif melalui kuesioner untuk mengetahui persentase kepesertaan JKN di Desa Sariharjo. Populasi penelitian mencakup seluruh warga Desa Sariharjo yang memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau berusia ≥ 17 tahun, berjumlah 27.640 jiwa per 17 September 2023. Responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi, yaitu berdomisili di

Desa Sariharjo, memiliki KTP, bersedia berpartisipasi, mampu mengikuti penelitian, dan dapat berkomunikasi dengan baik. Kriteria eksklusi meliputi warga non-peserta JKN dan responden dengan kuesioner tidak lengkap.

Jumlah sampel ditentukan menggunakan rumus Slovin dengan tingkat kesalahan 10%, sehingga diperoleh minimal 100 responden. Teknik sampling dilakukan melalui cluster random sampling dengan memilih 5 dari 16 dukuh, kemudian dilanjutkan dengan sampling insidental. Responden terpilih mengisi kuesioner yang memuat pertanyaan mengenai status kepesertaan JKN, jenis kepesertaan, frekuensi pemanfaatan layanan dalam tiga bulan terakhir, serta pengalaman terkait kesalahan pendataan.

Berdasarkan hasil kuesioner, informan kualitatif dipilih menggunakan purposive sampling sebanyak 13 orang, terdiri dari Kepala Desa, Kesra desa, Tenaga Pendamping Sosial Kalurahan (TPSK), dua kepala dukuh, serta warga peserta dan non-peserta JKN dengan variasi pengalaman pemanfaatan dan kendala pendataan. Topik wawancara kepada informan pemegang jabatan berfokus pada aspek-aspek kepesertaan JKN yang sesuai dengan temuan lapangan di Desa Sariharjo, meliputi pemerataan kepesertaan, peran perangkat desa dalam sosialisasi, serta mekanisme pendataan dan pendaftaran peserta, sedangkan topik yang ditanyakan kepada informan warga meliputi wawancara menggali motivasi kepesertaan atau ketidakikutsertaan, frekuensi pemanfaatan layanan, pengalaman pelayanan kesehatan, serta berbagai kendala yang dihadapi.

Analisis data pada penelitian ini menggunakan model interaktif yang dikenalkan oleh Miles dan Huberman. Model analisis ini dilakukan secara interaktif dan terus-menerus hingga didapatkan titik jenuh. Kevalidan data dijaga melalui triangulasi sumber, yaitu dengan membandingkan dan mengonfirmasi informasi yang diperoleh dari beberapa informan, meliputi pemegang jabatan di tingkat desa dan warga masyarakat. Pemrosesan data diawali dengan pengumpulan seluruh data primer yang diperoleh dari kuesioner dan wawancara mendalam. Data kuesioner terlebih dahulu dilakukan pengelompokan dan perhitungan frekuensi serta persentase untuk memetakan jumlah kepesertaan. Sementara itu, data hasil wawancara ditranskripsikan secara keseluruhan.

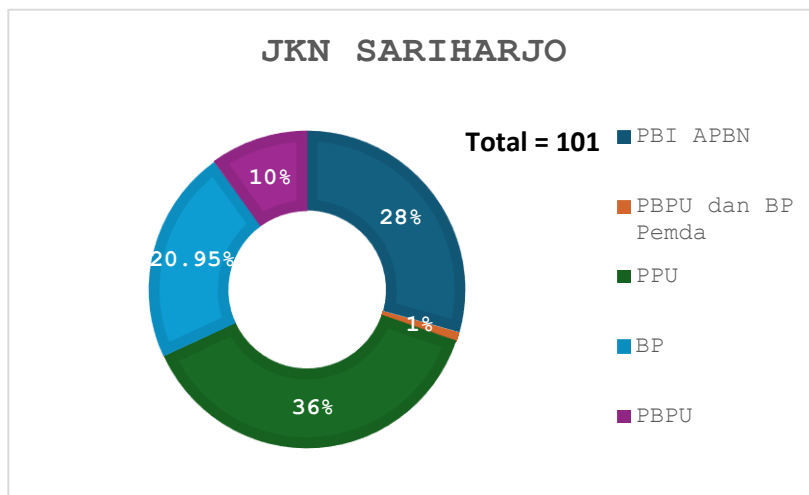
Analisis data dilakukan dengan pendekatan kualitatif menggunakan model interaktif Miles dan Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Pada tahap reduksi data, peneliti memilah dan menyederhanakan data dengan memilih informasi yang relevan dengan tujuan penelitian, yaitu kepesertaan JKN, proses pendataan, motivasi, pengalaman pemanfaatan, serta kendala yang dihadapi, sementara data yang tidak relevan dieliminasi. Tahap penyajian data dilakukan dengan menyusun hasil analisis dalam bentuk narasi, tabel, dan kutipan wawancara untuk memperjelas hubungan antar tema. Penarikan kesimpulan dilakukan melalui penafsiran pola, kecenderungan, dan keterkaitan antar temuan serta diverifikasi menggunakan triangulasi sumber antara informan pemegang jabatan dan warga guna menjamin keabsahan data. Seluruh proses analisis dibantu dengan Microsoft Word. Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia (No. 7/Ka.Kom.Et/70/KE/II/2024).

HASIL

Jumlah Kepesertaan JKN

Peneliti melakukan *cluster random sampling* dari 16 dukuh yang ada di Desa Sariharjo. Hasil *cluster random sampling* terpilih 5 dukuh yaitu Tegalrejo, Karangmloko, Mudal, Nglempongsari, dan Sedan. Pemilihan responden dengan teknik *sampling insidental* yang memperoleh responden dari pertemuan di dukuhnya. Dari 105 responden kuisisioner yang dilakukan pada 5 dukuh, sebanyak 101 (96%) responden menjadi peserta JKN. Rincian jumlah peserta JKN tiap dukuh sebagai berikut.

1. Tegalrejo : 21 dari 21 responden pada pertemuan RT
2. Karangmloko : 23 dari 23 responden pada pertemuan PKK
3. Mudal : 20 dari 21 responden pada pertemuan PKK RW
4. Nglempongsari : 18 dari 20 responden pada pertemuan RT
5. Sedan : 19 dari 20 responden pada pertemuan PKK



Gambar 2. Jumlah Peserta JKN Desa Sariharjo

Isian kuesioner menunjukkan adanya variasi jenis kepesertaan JKN di Desa Sariharjo. Kelompok terbesar adalah peserta PPU dengan proporsi 36% atau sebanyak 38 responden, disertai peserta PBI APBN sebesar 28% atau sebanyak 30 responden. Peserta BP tercatat sebesar 20,95% atau sebanyak 22 responden, sementara peserta PBPU sebesar 10% atau sebanyak 10 responden. Adapun peserta PBPU dan BP Pemda merupakan kelompok paling kecil dengan proporsi sekitar 1%, yaitu hanya 1 responden.

Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat pemerataan peserta JKN di setiap dukuh sudah cukup merata. Pemerataan ini tidak lepas dari sosialisasi yang dilakukan oleh perangkat desa. Sosialisasi dimulai dengan memberikan informasi kepada perangkat desa (pamong) yang kemudian menyebarkan informasi ini melalui tokoh masyarakat seperti kepala dukuh, perwakilan PKK, dan tokoh agama. Mereka bertanggung jawab untuk menyampaikan informasi kepada warga di setiap padukuhan.

“Oh itu kan dulu kamitua dan TPSK kan diundang ke dinsos, ya sosialisasi terkait dengan JKN itu” (Ibu KA, Kesra)

Pemberian PBI JK/APBN di Desa Sariharjo didasarkan pada data dari DTKS. Pada Mei 2024, DTKS mencakup 2.534 kartu keluarga, yang mewakili 6.693 individu, atau sekitar 27,8% dari total penduduk desa sebesar 24 ribu jiwa. Data ini sesuai dengan hasil kuisioner yang menunjukkan bahwa 28% penduduk menerima PBI JK.

“Penduduk Sariharjo per february 2024 sebanyak 24 ribuan sekian, SK DTKS per mei 2024 sebanyak 2.534 KK dan dijabarkan menjadi individu sebanyak 6.693 jiwa...” (Bpk. EW, TPSK)

Meskipun data kepesertaan JKN dikelola oleh BPJS dan tidak tersedia di tingkat kalurahan, setiap desa memiliki TPSK (Tenaga Pembantu Sosial Kalurahan) yang membantu dalam pendataan keluarga miskin dan rentan yang layak mendapatkan bantuan iuran JKN.

Pendataan Peserta

Jenis kepesertaan JKN terbagi menjadi 2 kelompok besar yaitu PBI JK dan Non-PBI JK.

1. PBI JK

Syarat peserta PBI JK adalah terdaftar dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS). *Update* DTKS di Desa Sariharjo dilakukan dengan musyawarah padukuhan yang diselenggarakan setiap 1 tahun sekali.

“...Musyawarah padukuhan, saya keliling di 16 padukuhan untuk bapak ibu dukuh, RT, RW, dukuh...” (Ibu KA, Kesra)

Warga juga bisa bertindak proaktif terhadap usulan DTKS. Ini bisa dilakukan dengan mengajukan diri untuk terdaftar dalam DTKS.

“...tidak mendapat sama sekali baik dari bantuan apapun, atau yang bersangkutan mengajukan untuk mendapatkan...” (Bpk. P, Kepala Desa)

2. PBPU dan BP Pemda

SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) digunakan sebagai syarat peserta PBPU dan BP Pemda.

“...SKTM bisa digunakan untuk peralihan segmen peserta PBPU PB ke PBI APBD dengan alasan keberatan...” (Ibu KA, Kesra)

3. Non-PBI JK

Pengelolaan peserta mandiri/non-PBI JK tidak memerlukan banyak peran dari pemerintahan desa. Lurah, Kesra, dan kepala dukuh hanya bertugas melakukan sosialisasi.

Motivasi Kepesertaan

Motivasi kepesertaan ditentukan oleh beberapa faktor seperti kondisi ekonomi serta persepsi masyarakat.

“...maksudnya gajinya nggak tentulah dan anak-anak masih pada sekolah masih pada kuliah jadi kita nggak ikut...” (Ibu SU, warga non-peserta JKN)

“...jantung atau apa yang kaya itu penyakit berat dengar-dengar nggak bisa diklaim pakai bpjs...” (Ibu SU, warga non-peserta JKN)

Frekuensi Penggunaan

Frekuensi penggunaan layanan JKN di Desa Sariharjo bervariasi. Sebanyak 36 responden menggunakan JKN sebanyak 1–3 kali, 2 responden menggunakan layanan sebanyak 4–6 kali, 1 responden melaporkan penggunaan sebanyak 7–9 kali, dan 2 responden lainnya menggunakan JKN sebanyak 10 kali atau lebih. Sedangkan sebagian besar responden, yaitu 61 orang, tidak pernah menggunakan layanan JKN. Frekuensi penggunaan JKN ini dinilai tergantung pada kondisi kesehatan peserta dan pengalaman mereka dengan layanan kesehatan yang diberikan.

“Sebulan terakhir? Lebih mas, soalnya kan seminggu aku 2x” “Kalau saya kan saraf kejepit gitu ya...” (Ibu DS, peserta yang memiliki pengalaman pemanfaatan JKN)

“...Pokoknya obatnya lebih enak sekarang dari yang dulu itu, sama obatnya itu ya bagus, pelayanannya enak...” (Ibu C, peserta yang memiliki pengalaman pemanfaatan JKN)

“....anak saya sakit itu dari pihak rumah sakit itu lambat, karena kita pakai BPJS”
“...terus saya stop dari sana...” (Bpk. RW, warga non-peserta JKN)

Kendala Kepesertaan

Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Desa Sariharjo tidak terlepas dari berbagai kendala yang dialami oleh masyarakat, baik yang berkaitan dengan aspek administrasi maupun pelayanan kesehatan. Kendala kepesertaan yang muncul meliputi permasalahan kesalahan pendataan, sesuai dengan hasil kuesioner yang menunjukkan bahwa sebanyak 6 responden pernah mengalami permasalahan pendataan. Namun, kendala lain seperti proses distribusi kartu, efektivitas sosialisasi, hingga keterbatasan fasilitas dan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama juga ditemukan.

1. Kartu PBI JK yang tidak bisa digunakan

“...dulu setelah dikasih itu pak dukuh yang ngasih” “...terus saya cek kan di puskesmas itu ternyata nggak bisa...” (Ibu SY, peserta kendala JKN)

2. Tidak mendapatkan kartu PBI JK walau sudah terdaftar

“...istri ngecek ke kabupaten terus blablala, dari 2004 katanya sudah dapat, 2019 baru dicek dan keluar...” (Bpk. MYD, peserta kendala JKN)

3. Sosialisasi tidak efektif

“Sepertinya pernah, tapi cuma posisi arisannya kan di dalam, kitanya di luar, jadi tidak terlalu memperhatikan...” (Bpk. RW, warga non-peserta JKN)

4. Update DTKS yang tidak maksimal

“...permasalahannya anu, mas. “Bu KA, ini kemarin udah tak corek karena meninggal kok masih muncul?””(Ibu KA, Kesra)

5. Distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan tidak merata

“...Donoharjo itu jatahnya cuma satu, misalnya mau periksa asam urat...” “...kalau di Mlati itu misalnya periksanya 5 itu komplit itu juga nggak bayar...” (Ibu C, peserta yang memiliki pengalaman pemanfaatan JKN)

Pada tahun 2021, jumlah kepesertaan JKN di Kabupaten Sleman sebanyak 89,56%. Namun, saat ini angka tersebut melonjak hingga 95%. Salah satu yang dapat memengaruhi hal ini adalah adanya Peraturan Bupati Sleman Nomor 10.1 Tahun 2020 dan Surat Keputusan Bupati Sleman Nomor 73.1/Kep.KDH/A/2021 (12).

PEMBAHASAN

Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan per 30 April 2024, jumlah penduduk Indonesia yang terdaftar dalam JKN mencapai 269.665.007 jiwa atau sekitar 96% dari total populasi (3). Khusus di Kabupaten Sleman, tercatat bahwa 1.096.640 jiwa atau 95% dari penduduknya sudah terdaftar dalam program ini (7). Di Desa Sariharjo sendiri, penelitian ini menemukan bahwa sebanyak 101 responden atau sekitar 96% telah terdaftar sebagai peserta JKN. Capaian ini mengindikasikan bahwa kebijakan nasional JKN telah terimplementasi secara efektif hingga tingkat desa. Hal tersebut sejalan dengan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 yang menegaskan bahwa percepatan cakupan Universal Health Coverage (UHC) bukan hanya menjadi tanggung jawab BPJS Kesehatan dan pemerintah pusat, tetapi juga seluruh kementerian/lembaga serta pemerintah daerah, baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota. Dalam instruksi tersebut, gubernur diarahkan untuk menyusun regulasi dan mengalokasikan anggaran guna mendukung pelaksanaan JKN di wilayahnya, sementara bupati dan wali kota diinstruksikan untuk memastikan seluruh penduduk di wilayahnya terdaftar sebagai peserta aktif JKN, sehingga pencapaian UHC merupakan komitmen bersama antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah (13).

Capaian kepesertaan JKN yang tinggi di Desa Sariharjo menunjukkan bahwa implementasi kebijakan JKN tidak hanya dipengaruhi oleh kebijakan nasional, tetapi juga oleh peran aktif pemerintah daerah hingga tingkat desa. Salah satunya disebutkan dalam Peraturan Bupati Sleman Nomor 10.1 Tahun 2020 dan Surat Keputusan Bupati Sleman Nomor 73.1/Kep.KDH/A/2021 (14) tentang kepesertaan JKN bagi Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja yang didaftarkan Pemerintah Kabupaten Sleman, tokoh masyarakat seperti rois, RT, dan RW didaftarkan sebagai peserta PBPU dan BP Pemda dengan dasar SK kepengurusan. Kebijakan ini terbukti meningkatkan cakupan kepesertaan JKN di Kabupaten Sleman, ditunjukkan oleh peningkatan jumlah peserta PBPU dan BP Pemda dari 38.804 jiwa pada tahun 2021 menjadi 100.451 jiwa saat ini (7).

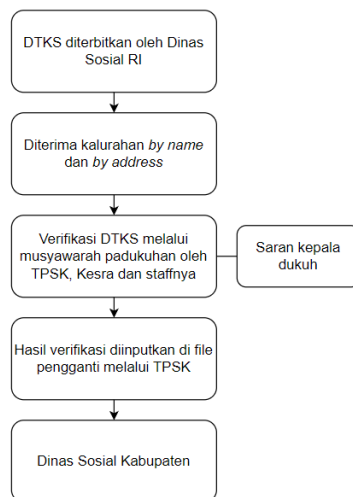
Hasil dari isian kuesioner juga menunjukkan bahwa tingkat pemerataan peserta JKN di setiap dukuh sudah cukup merata. Tidak ditemukan adanya pemusatan peserta di dukuh-dukuh tertentu, yang menunjukkan distribusi informasi dan kepesertaan JKN sudah tersebar secara baik. Pemerataan ini mencerminkan bahwa sosialisasi mengenai program JKN telah dilakukan secara menyeluruh kepada mayoritas masyarakat, dan mereka pun telah menerima serta memahami manfaat dari program ini. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menjelaskan bahwa ada hubungan signifikan antara pengetahuan tentang JKN dengan kepesertaan JKN (15).

Pendataan Peserta

Jenis kepesertaan JKN terbagi menjadi 2 kelompok besar yaitu PBI JK dan Non-PBI JK. PBI JK melibatkan banyak peran dari beberapa tokoh masyarakat. Berkebalikan dengan itu, jenis

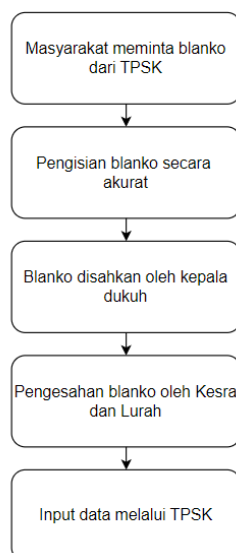
Non-PBI JK tidak memerlukan banyak peran dari tokoh masyarakat melainkan diperlukan kemandirian dari setiap pesertanya

1. PBI JK



Gambar 4. Alur Pendataan PBI JK melalui Pemerintah

Syarat peserta PBI JK adalah terdaftar dalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS). DTKS merupakan kewenangan Dinas Sosial dan ditetapkan oleh Menteri Sosial. DTKS akan diupdate secara berkala yang didasarkan oleh proses usulan data, verifikasi, serta validasi yang dilakukan. Mekanisme yang digunakan melibatkan pengecekan kondisi aktual warga yang terdaftar di DTKS. Proses ini dilaksanakan oleh Kesra dan staf-stafnya, serta TPSK. Selain itu, saran dari kepala dukuh juga dipertimbangkan dalam pelaksanaan verifikasi dan validasi tersebut. Setelah musyawarah padukuhan selesai, data tersebut *diinput* ke dinas sosial. Data ini kemudian dimasukkan ke dalam *database* DTKS periode tahun selanjutnya.



Gambar 5. Pengajuan mandiri PBI JK

Warga juga bisa bertindak proaktif terhadap usulan DTKS. Masyarakat dapat mengusulkan diri mereka kepada RT, RW, atau kepala dukuh dengan tetap mempertimbangkan kriteria fakir miskin yang ditentukan oleh dinas sosial. Menurut kepala dukuh, masih ada warga yang pantas mendapatkan bantuan namun belum terdaftar, dan proses pengajuan ini memberi mereka kesempatan untuk memperoleh bantuan dari pemerintah sesuai syarat yang ditentukan.

2. PBPU dan BP Pemda

PBPU dan BP Pemda merupakan bantuan iuran yang dibayarkan pemerintah daerah untuk peserta PBPU dan BP. Bantuan iuran ini diberikan dengan dasar ketidakmampuan peserta. Peserta yang ingin melakukan peralihan perlu mengurus SKTM di kalurahan terlebih dahulu, baru kemudian diberikan kepada dinas sosial untuk dilakukan verifikasi.

3. Non-PBI JK

Pengelolaan peserta mandiri/non-PBI JK tidak memerlukan banyak peran dari pemerintahan desa. Lurah, Kesra, dan kepala dukuh hanya bertugas melakukan sosialisasi. Mereka juga mengajak masyarakat untuk mengikuti program JKN ini. Setelahnya, masyarakat perlu mendaftarkan dirinya sendiri melalui alur pendaftaran sesuai aturan JKN.

Motivasi Kepesertaan

Motivasi dapat diistilahkan sebagai dorongan. Dorongan tersebut diperlukan sebagai penggerak manusia untuk bertingkah laku dan mencapai tujuannya (16). Motivasi untuk mengikuti JKN dapat dipahami melalui teori Hierarki Maslow, yang mencakup kebutuhan fisiologis, rasa aman, sosial, penghargaan, dan aktualisasi diri (11). Dalam konteks JKN, kebutuhan fisiologis dan rasa aman sangat berperan, terutama bagi mereka yang menginginkan perlindungan kesehatan untuk diri dan keluarga. Pola pikir ini sering kali bergeser ke kebutuhan sosial dan penghargaan, di mana orang merasa termotivasi untuk berkontribusi bagi orang lain. Namun, kondisi ekonomi yang kurang baik dapat membuat seseorang lebih fokus pada kebutuhan dasar seperti sandang, pangan, dan papan, sehingga mengabaikan manfaat JKN. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang mengungkapkan bahwa pekerja dengan pendapatan kurang dari 1 juta cenderung tidak terdaftar sebagai peserta JKN, yang menunjukkan keterkaitan antara tingkat pendapatan dan partisipasi dalam program JKN (17).

Penurunan motivasi untuk mengikuti JKN juga dapat dipengaruhi oleh kurangnya rasa penghargaan diri dan ketergantungan pada opini orang lain. Ketidakjelasan informasi menimbulkan keraguan terhadap manfaat program, sehingga dapat menghambat seseorang untuk mendaftar, karena mereka merasa program ini hanya untuk tidak memberikan perlindungan yang memadai. Penelitian sebelumnya turut menunjukkan bahwa persepsi positif terhadap JKN mendorong partisipasi dalam program tersebut (18).

Persepsi memiliki kaitan erat dengan frekuensi sosialisasi yang diterima. Sosialisasi yang efektif dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat secara signifikan. Pengetahuan yang baik akan membentuk persepsi positif tentang suatu program (19). Dengan pemahaman tersebut, masyarakat cenderung memiliki persepsi positif dan lebih berpartisipasi dalam program tersebut.

Frekuensi Kepesertaan

Frekuensi penggunaan JKN bervariasi, tergantung pada kondisi kesehatan peserta dan pengalaman mereka dengan layanan kesehatan yang diberikan. Seseorang dengan kesehatan yang buruk cenderung membuat seseorang sering menggunakan layanan JKN begitupun sebaliknya. Ini selaras dengan penelitian sebelumnya yang menjelaskan bahwa orang cenderung mencari layanan kesehatan apabila kondisinya buruk (20). Selain itu, pengalaman baik cenderung meningkatkan

kepuasan dan kepercayaan pada JKN. Ketika peserta menerima pelayanan yang baik dan sesuai harapan, tingkat kepuasan terhadap program JKN cenderung meningkat sehingga peserta bersedia untuk memanfaatkan JKN kembali. Sebaliknya, pengalaman negatif dapat menyebabkan beberapa peserta berhenti mengikuti program. Hasil dari dua penelitian terdahulu mengungkapkan temuan serupa, yaitu adanya pengaruh signifikan sikap petugas kesehatan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan, serta keterkaitan signifikan antara ketersediaan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan JKN (21)(22).

Kendala Implementasi JKN Desa Sariharjo

Meskipun kepesertaan JKN di Desa Sariharjo tergolong tinggi, penelitian ini menemukan sejumlah kendala dalam implementasinya. Kendala adalah kondisi yang menjadi hambatan atau kesulitan untuk tercapainya suatu tujuan (23). Terdapat beberapa kendala kepesertaan JKN yang dikeluhkan oleh masyarakat seperti keluhan pelayanan kesehatan BPJS, terutama peserta PBI JK, yang dianggap lambat. Selain itu, kendala lain adalah penonaktifan kartu JKN bagi peserta yang menunggak pembayaran, yang kerap dialami oleh peserta mandiri. Keluhan-keluhan ini menjadi perhatian serius bagi pemangku jabatan di desa seperti Lurah dan Kesra untuk lebih aktif mencari solusi.

Beberapa kendala kepesertaan yang dijumpai pada penelitian meliputi :

1. Kartu PBI JK yang tidak bisa digunakan

Masalah kartu PBI JK yang tidak bisa digunakan pernah dialami oleh seorang narasumber. Kartu ini seharusnya langsung aktif setelah diterima melalui kepala dukuh tanpa memerlukan aktivasi tambahan. Namun, dalam kasus tersebut, kartu tidak berfungsi saat dibutuhkan.

2. Tidak mendapatkan kartu PBI JK walau sudah terdaftar

Pendistribusian kartu PBI JK membutuhkan waktu cukup lama yaitu melalui pihak kabupaten ke kalurahan, dan akhirnya ke kepala dukuh untuk dibagikan ke warga peserta. Salah satu kendala dari proses ini terjadi pada salah satu narasumber dimana narasumber tersebut tidak mendapatkan kartu sama sekali meskipun data di pihak kabupaten menyebutkan keluarganya sudah terdaftar

3. Sosialisasi tidak efektif

Kepala dukuh menyampaikan bahwa sosialisasi JKN dilakukan saat ada pertemuan-pertemuan. Selain itu, sosialisasi juga bisa dititipkan oleh RT RW agar diteruskan kepada masyarakat ataupun disebar di grup media sosial. Sistem sosialisasi seperti ini dirasa kurang efektif. Sosialisasi seperti ini menyebabkan kurangnya pemahaman masyarakat terhadap JKN sehingga tidak jarang menyebabkan penggunanya belum mengerti sepenuhnya mengenai program JKN dan hanya menganggap JKN adalah sejenis jaminan kesehatan untuk orang tidak mampu (24). Selain itu, dampak minimnya informasi yang diberikan kepada masyarakat dapat menjadikan penggunaan fasilitas dari layanan JKN dapat menjadi kurang efektif (25).

4. Update DTKS yang tidak maksimal

Dilakukannya *update* DTKS secara berkala untuk memastikan bantuan tepat sasaran. Menurut Permensos Nomor 21 Tahun 2019, DTKS dilakukan *update* setiap bulannya (10). Namun di Desa

Sariharjo, *update* dilakukan setiap tahunnya melalui musyawarah padukuhan. Selain itu, Hasil musyawarah padukuhan akan diinputkan ke dalam DTKS tahun berikutnya. Namun, terkadang masih ada data di DTKS yang tidak sesuai dengan hasil musyawarah padukuhan. Ini menjadikan *update* DTKS yang tidak maksimal dan berakibat bantuan tidak tepat sasaran.

Update DTKS yang tidak maksimal juga terjadi di beberapa daerah di Indonesia. Salah satunya adalah Provinsi Sumatera Barat yang persentase pemutakhiran DTKSnya rendah. Dari 19 kabupaten/kota, hanya terdapat 4 kabupaten/kota yang memiliki persentase pemutakhiran DTKS di atas 50%. Ketidakefektifan tersebut diakibatkan kemampuan SDM petugas pendataan yang kurang (26).

5. Distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan tidak merata

Fasilitas yang diterima seharusnya merata bagi setiap peserta JKN. Namun, kenyataannya, terdapat perbedaan dalam fasilitas yang tersedia di berbagai fasilitas kesehatan. Ini dapat terjadi karena Pembiayaan BPJS Kesehatan pada FKTP menggunakan sistem kapitasi, yang merupakan metode pembayaran borongan. Dana kapitasi harus dialokasikan sekurang-kurangnya 60% untuk pelayanan jasa dan 40% untuk operasional (27). Karena ada ketentuan minimal 60% untuk pelayanan jasa, beberapa FKTP mungkin menaikkan persentase ini sehingga bisa mengurangi kualitas layanan yang diterima masyarakat. Hal tersebutlah yang bisa menyebabkan adanya perbedaan fasilitas di beberapa FKTP (28). Tingkat efisiensi puskesmas bisa dinilai dari segi efisiensi biaya maupun sistem. Pada tahun 2014, tingkat efisiensi puskesmas di Kabupaten Sleman adalah sebagai berikut:



Gambar 6. Peta efisiensi puskesmas di Sleman pada tahun 2014 (25)

Data tersebut sesuai dengan pengakuan narasumber Ibu C yang menyatakan bahwa Puskesmas Donoharjo yang terletak di Kecamatan Ngaglik hanya menyediakan satu jenis pengecekan gratis, yaitu asam urat, sedangkan Puskesmas Mlati memberikan lima jenis pengecekan gratis.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa cakupan kepesertaan JKN di Desa Sariharjo telah mencapai 96%, sejalan dengan peningkatan cakupan JKN di Kabupaten Sleman dari 89,56% pada tahun 2021 menjadi 95%. Temuan ini menegaskan bahwa keberhasilan pencapaian kepesertaan JKN tidak hanya ditentukan oleh kebijakan nasional, tetapi juga oleh kapasitas dan komitmen

pemerintah daerah hingga tingkat desa. Di tingkat desa, penguatan pendataan penduduk dan pemutakhiran DTKS secara berkala menjadi implikasi kebijakan yang penting untuk memastikan kepesertaan JKN tepat sasaran dan berkelanjutan. Di tingkat kabupaten, diperlukan penguatan koordinasi serta evaluasi berkala terhadap kebijakan daerah yang mendukung kepesertaan JKN. Dengan demikian, pencapaian UHC tidak cukup diukur dari tingginya angka kepesertaan semata, tetapi juga harus disertai dengan kualitas implementasi, keberlanjutan kepesertaan aktif, serta pengalaman masyarakat yang positif dalam memanfaatkan layanan JKN.

DAFTAR PUSTAKA

1. Febriansyah M, Malik I, Haerana. Inovasi Pelayanan Kesehatan Mobile Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Meningkatkan Kesehatan Masyarakat. *J Unismuh*. 2024;5(4).
2. Endartiwi SS. Persepsi masyarakat terhadap kemauan untuk mendaftar menjadi peserta mandiri jaminan kesehatan nasional (JKN). *JHeS (Journal Heal Stud)*. 2018;3(2):87–98.
3. BPJS Kesehatan. Peserta Program JKN [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 31]. Available from: <https://faskes.bpjs-kesehatan.go.id/aplicares/#/app/peta>
4. Harahap M, Zuhrah A, Harahap N, Gurning FP. ANALISIS FAKTOR DEMAND MASYARAKAT DALAM PROGRAM JKN DI INDONESIA. *J Ilm Multi Disiplin Indones*. 2022;1(9):1314–32.
5. Nadiyah H, Subirman, Lusiana D. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepesertaan Program JKN Di Wilayah Kerja Puskesmas Remaja Kota Samarinda. *J Kebijak Kesehat Indones*. 2017;06(01):66–72.
6. Imanuddin B, Anwary AZ, Mahmudah. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Dengan Kepesertaan Program JKN- KIS Di Wilayah Kerja Puskesmas Bantuil Tahun 2021. *J Kesehat Masy*. 2021;3(1):1–16.
7. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Provinsi Jogjakarta. *Jogja Dataku* [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 23]. Available from: https://bappeda.jogjaprov.go.id/dataku/data_dasar/index/782-jumlah-peserta
8. BPJS Kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 31]. Available from: <https://bpjs-kesehatan.go.id/#/>
9. BPJS Kesehatan. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 Tentang Administrasi Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan. Indonesia; 2018.
10. Menteri Sosial Republik Indonesia. Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2019 Tentang Persyaratan Dan Tata Cara Perubahan Data Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. Indonesia; 2019.
11. Bari A, Hidayat R. TEORI HIRARKI KEBUTUHAN MASLOW TERHADAP KEPUTUSAN PEMBELIAN MEREK GADGET. *J Manaj dan Bisnis*. 2022;7(1).
12. Agustin EN, Madani JF, Azzahra KA, Istanti ND. Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Upaya Meningkatkan Akses Kesehatan Masyarakat Di Indonesia. *J Anestesi J Ilmu Kesehat dan Kedokt*. 2023;1(3):34–45.
13. Rizqi C, Saputro A, Fathiyah F. Universal Health Coverage : Internalisasi Norma di Indonesia. *J Jaminan Kesehat Nas*. 2022;2(2):204–16.
14. Bupati Sleman. PERATURAN BUPATI SLEMAN NOMOR 10.1 TAHUN 2020 TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI NOMOR 110 TAHUN 2016 TENTANG PELAKSANAAN PERATURAN DAERAH KABUPATEN SLEMAN

NOMOR 11 TAHUN 2010 TENTANG JAMINAN KESEHATAN DAERAH DALAM SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL D. 2020.

15. Lia LA, Noorhidayah, Anwary AZ. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin Tahun 2021. *J Ilm Kesehat*. 2021;1(1):1–12.
16. Dahliana A. Motivasi Kepesertaan Mandiri BPJS di Era Universal Health Coverage Jaminan Kesehatan Nasional. *KELUWIH J Kesehat dan Kedokt*. 2019;1(1):11–8.
17. Purwandari SI, Maharani C. Analisis Sikap Pekerja Informal Non Pbi Yang Belum Terdaftar Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 2014 Di Kabupaten Brebes. *Unnes J Public Heal*. 2015;4(2):84–91.
18. Amadea CP, Raharjo BB. Pemanfaatan Kartu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Puskesmas. *Indones J Public Heal Nutr [Internet]*. 2021;2(1):472–8. Available from: <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>
19. Pratiwi R, Ramadlan LMS. Analisis Kemampuan (Atp) Dan Kemauan (Wtp) Membayar Premi Bpjs Kesehatan Pekerja Oleh Pemilik Ukm Di Pertokoan Tekstil Di Jalan Urip Sumoharjo, Kecamatan Gondokusuman Kota Yogyakarta. *J Formil (Forum Ilmiah) KesMas Respati*. 2016;1(2):95-108. ISSN : 2502-5570.
20. Irawan B, Ainy A. Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Wilayah Kerja Puskesmas Payakabung, Kabupaten Ogan Ilir. *J Ilmu Kesehat Masy*. 2018;9(3):189–97.
21. Ilimayanti NA, Arni Rizqiani Rusydi, Ella Andayanie. Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Poli Interna di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Kota Makassar. *Wind Public Heal J*. 2022;3(6):1079–88.
22. Erdiwan, Sinaga JP, Sinambela M. Pelayanan Kesehatan Pada Peserta Bpjs Kesehatan Di Rsud Simeulue Tahun 2018. *J Kaji Kesehat Masy [Internet]*. 2020;1(2):42–8. Available from: <http://202.51.229.68/index.php/JK2M/article/view/274>
23. Soewarno, Hasmiana, Faiza. Kendala-kendala yang Dihadapai Guru Dalam Memanfaatkan Media Berbasis Komputer. *J Pesona Dasar*. 2016;2(4):28–39.
24. Fitriani D, Hananto M, Nugroho R, Badan N, Pembangunan K, Kementerian K, et al. Implementasi Kebijakan Publik Program JKN Pada Peserta PBPU Di Kota Bitung Provinsi Sulut Indonesia. *J Kesehat Med Saintika*. 2021;12(2):264–73.
25. Prakoso SB. EFEKTIVITAS PELAYANAN KESEHATAN BPJS DI PUSKESMAS KECAMATAN BATANG. *Econ Dev Anal J*. 2015;4(1):73–81.
26. Purnawati, Mutia F. Pengelolaan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) di Kecamatan Kuranji Kota Padang. *J JIPS (Jurnal Ilm Pendidik Scholast*. 2024;8(2):31–9.
27. Kurniawan MF, Siswoyo BE, Mansur F, Aisyah W, Revelino D, Gadistina W. PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA KAPITASI (MONITORING DAN EVALUASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI INDONESIA). *J Kebijak Kesehat Indones*. 2016;05(03):122–31.
28. Mas'ud, Trisnantoro L, Hendrartini J. ANALISIS EFISIENSI TEKNIS DANA KAPITASI PUSKESMAS DI KABUPATEN SLEMAN MENGGUNAKAN DATA ENVELOPMENT ANALYSIS. *J Kebijak Kesehat Indones*. 2016;05(03):132–42.