**Jurnal Ilmiah**
**MANUSIA DAN KESEHATAN**
Volume X, Nomor X, 2022

Website:https://jurnal.umpar.ac.id/index.php/makes

**ISSN 2614-3151**



# Studi Ketimpangan Akses Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS di Pedesaan dan Perkotaan

# Study of Inequality in Access to Health Services for BPJS Participants in Rural and Urban Areas Indonesia

Alhairina Naser[1], Haniarti[2], Rasidah Wahyuni Sari[3] ,Herlina Muin[4] , Nurlinda[5]

[1,2,3,4,5] Universitas Muhammadiyah Parepare
e-mail: *[1] *rhinanaser298@gmail.com*

*ABSTRACT*

*The disparity in access to health services between rural and urban areas is a challenge in the implementation of the National Health Insurance (JKN) program by BPJS Kesehatan. This study aims to determine the relationship between geographic, socioeconomic, and government policy factors on access to BPJS services in Curio District, Enrekang Regency. The study used a quantitative-descriptive approach with an accidental sampling technique on 88 respondents (44 rural and 44 urban). The results of the chi-square test showed that there was no significant relationship between geographic factors (p = 0.658) and government policies (p = 0.658) with access to BPJS services. However, there was a significant relationship between socioeconomic factors (education, occupation, income) and access to BPJS services (p = 0.03). The conclusion of this study is that inequality in access is more influenced by socioeconomic factors than geography and policies. Therefore, it is recommended that the government strengthen health literacy, build health infrastructure in rural areas, and increase the effectiveness of BPJS policy dissemination evenly. Efforts to equalize services need to be focused on strengthening economic capacity and educating the public to optimize the use of BPJS services in a fair manner.*

***Keywords**: BPJS, Access Disparity, Geography, Socio-Economy, Government Policy*

.

**PUBLISHED BY :**
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Parepare
**Address :**
Jl. Jend. Ahmad Yani Km. 6, Lembah Harapan
Kota Parepare, Sulawesi Selatan.
**Email** :
jurnalmakes@gmail.com
**Phone :**
**+62 853 3520 4999**

**Article history : (dilengkapi oleh admin)**
Received Tanggal Bulan Tahun
Received in revised form Tanggal Bulan Tahun
Accepted Tanggal Bulan Tahun
Available online Tanggal Bulan Tahun

ABSTRAK

Ketimpangan akses pelayanan kesehatan antara daerah pedesaan dan perkotaan merupakan tantangan dalam implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara faktor geografis, sosial ekonomi, dan kebijakan pemerintah terhadap akses pelayanan BPJS di Kecamatan Curio, Kabupaten Enrekang. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif-deskriptif dengan teknik accidental sampling terhadap 88 responden (44 pedesaan dan 44 perkotaan). Hasil uji chi-square menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara faktor geografis (p = 0,658) dan kebijakan pemerintah (p = 0,658) dengan akses pelayanan BPJS. Namun, terdapat hubungan signifikan antara faktor sosial ekonomi (pendidikan, pekerjaan, pendapatan) dengan akses pelayanan BPJS (p = 0,03). Kesimpulan dari penelitian ini adalah bahwa ketimpangan akses lebih dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi daripada geografis dan kebijakan. Oleh karena itu, disarankan agar pemerintah memperkuat literasi kesehatan, membangun infrastruktur kesehatan di pedesaan, serta meningkatkan efektivitas sosialisasi kebijakan BPJS secara merata. Upaya pemerataan pelayanan perlu difokuskan pada penguatan kapasitas ekonomi dan edukasi masyarakat untuk mengoptimalkan pemanfaatan layanan BPJS secara berkeadilan.

Kata kunci: BPJS, ketimpangan akses,geografi,social ekonomi,kebijakan pemerintah

## PENDAHULUAN

Program Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sejak tahun 2014, merupakan salah satu langkah strategis pemerintah Indonesia untuk menyediakan akses pelayanan kesehatan yang adil dan terjangkau bagi seluruh masyarakat. Hingga tahun 2021, cakupan kepesertaan BPJS telah mencapai 86,07% dari total populasi, mencerminkan kemajuan signifikan dalam pembangunan sistem jaminan sosial kesehatan nasional (BPJS Kesehatan, 2021).

Namun demikian, meningkatnya jumlah peserta belum sepenuhnya diikuti oleh pemerataan akses terhadap layanan kesehatan, khususnya antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Akses pelayanan kesehatan yang merata merupakan indikator penting dalam menilai keberhasilan sistem jaminan kesehatan. Idealnya, seluruh lapisan masyarakat—baik di kota maupun di desa—dapat memperoleh layanan kesehatan yang setara dari tingkat dasar hingga pelayanan paripurna (T. Putri, 2020).

Fakta di lapangan menunjukkan adanya ketimpangan yang nyata. Di daerah perkotaan, walaupun tersedia lebih banyak fasilitas dan tenaga medis, masyarakat kerap menghadapi hambatan seperti antrean panjang, beban pasien yang tinggi, dan keterbatasan waktu pelayanan (Alamsyah & Yuliana, 2023). Sebaliknysa, masyarakat di wilayah pedesaan mengalami kendala yang berbeda, seperti keterbatasan fasilitas kesehatan, minimnya tenaga medis, infrastruktur yang tidak memadai, serta jarak geografis yang menyulitkan akses ke fasilitas kesehatan. Hal ini diperburuk oleh rendahnya pemahaman terhadap prosedur administrasi BPJS di kalangan masyarakat desa (Watu, Silapurna, & Rustam, 2024).

Ketimpangan ini disebabkan oleh berbagai faktor struktural dan sistemik, termasuk distribusi fasilitas yang tidak merata, keterbatasan sumber daya manusia di sektor kesehatan, serta tantangan geografis dan sosial-ekonomi. Penelitian oleh Afifah (2024) menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan di perkotaan umumnya lebih lengkap dan mudah dijangkau, sementara masyarakat pedesaan sering kali harus menempuh perjalanan jauh untuk

mendapatkan layanan yang memadai, yang berdampak pada kualitas dan kecepatan penanganan medis.

Dengan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengkaji secara mendalam faktor-faktor penyebab ketimpangan akses pelayanan kesehatan peserta BPJS antara wilayah pedesaan dan perkotaan. Penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan rekomendasi kebijakan yang konstruktif guna mendukung pemerataan akses pelayanan kesehatan yang lebih inklusif di seluruh wilayah Indonesia.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *cross-sectional*, yang dilaksanakan di Desa Mekkala (pedesaan) dan Kelurahan Galonta (perkotaan), Kabupaten Enrekang, Sulawesi Selatan, dari Desember 2024 hingga Mei 2025. Populasi penelitian mencakup seluruh peserta BPJS Kesehatan di dua wilayah tersebut, dengan total sampel 88 responden yang dipilih menggunakan rumus Slovin dan teknik *purposive sampling* proporsional (masing-masing 44 responden).Kriteria inklusi mencakup peserta BPJS berusia di atas 15 tahun yang bersedia menjadi responden dan mampu memberikan informasi relevan. Instrumen penelitian meliputi kuesioner tertutup dan panduan wawancara semi-terstruktur, serta observasi fasilitas kesehatan. Tiga variabel independen yang dikaji adalah faktor geografis dan infrastruktur, sosial ekonomi, dan kebijakan pemerintah.Data dianalisis menggunakan SPSS versi 26 dengan analisis univariat dan uji Chi-Square untuk mengetahui hubungan antar variabel. Hasil dianggap signifikan jika nilai $p < 0,05$.

## HASIL

### Karakteristik Responden

Berdasarkan karakteristik responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini sebagai berikut :

**Tabel 1.Karakteritik Responden Berdasarkan Jenis kelamin di Kelurahan Galonta, Kabupaten Enrekang, dan Desa Mekkala, Kec Curio**

| Karakteristik | Lokasi | | Total | |
|---|---|---|---|---|
| | Kota | Desa | N | % |
| **Jenis kelamin** | | | | |
| laki-laki | 18 | 15 | 33 | 37.5 |
| perempuan | 26 | 29 | 55 | 62.5 |
| **Total** | 44 | 44 | 88 | 100.0 |
| **Umur** | | | | |
| >20 tahun | 0 | 1 | 1 | 1.1 |
| 20-30 tahun | 19 | 12 | 31 | 35.2 |
| 31-40 tahun | 15 | 11 | 26 | 29.5 |
| 41-50 tahun | 10 | 15 | 25 | 28.4 |
| <50 tahun | 0 | 5 | 5 | 5.7 |
| **Total** | 44 | 44 | 88 | 100.0 |
| **Pendidikan** | | | | |
| SD/sederajat | 0 | 8 | 8 | 9.1 |
| SMP/sederajat | 2 | 15 | 17 | 19.3 |
| SMA/sederajat | 29 | 15 | 44 | 50.0 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Diploma/S1 | 13 | 6 | 19 | 21.6 |
| **Total** | 44 | 44 | 88 | 100.0 |
| Pekerjaan | | | | |
| PNS | 7 | 2 | 9 | 10.2 |
| Karyawan Swasta | 9 | 3 | 12 | 13.6 |
| Wiraswasta | 5 | 6 | 11 | 12.5 |
| Petani/Nelayan | 1 | 14 | 15 | 17.0 |
| Tidak Bekerja | 11 | 12 | 23 | 26.1 |
| Lainnya | 11 | 7 | 18 | 20.5 |
| Total | 44 | 44 | 88 | 100.0 |

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan Tabel 1, pengambilan data dilakukan seimbang antara wilayah kota dan desa, masing-masing dengan 44 responden (total 88 orang). Penyebaran ini memberikan representasi karakteristik yang objektif dari kedua wilayah. Dari sisi jenis kelamin, mayoritas responden adalah perempuan (62,5%), sedangkan laki-laki 37,5%. Kota memiliki 18 laki-laki dan 26 perempuan, sementara desa terdiri atas 15 laki-laki dan 29 perempuan, menunjukkan dominasi perempuan dalam partisipasi.

Dilihat dari umur, mayoritas responden berada di usia produktif. Usia 20–30 tahun mendominasi (35,2%), diikuti 31–40 tahun (29,5%) dan 41–50 tahun (28,4%). Kelompok >50 tahun dan <20 tahun masing-masing hanya 5,7% dan 1,1%. Kota cenderung didominasi usia 20–40 tahun, sedangkan desa lebih bervariasi termasuk usia >50 tahun.

Dalam hal pendidikan, sebagian besar responden lulusan SMA (50%), diikuti Diploma/S1 (21,6%), SMP (19,3%), dan SD (9,1%). Responden kota umumnya berpendidikan lebih tinggi daripada desa. Dari segi pekerjaan, terbanyak tidak bekerja (26,1%), diikuti sektor lain (20,5%), petani/nelayan (17%), karyawan swasta (13,6%), wiraswasta (12,5%), dan PNS (10,2%). Pekerjaan di desa lebih beragam dan informal, sementara kota lebih dominan sektor formal.

## Uji Univariat

### Frekuensi Geografi dan Infrastruktur

**Tabel 2.Frekuensi Geografi dan Infrastruktur di Kelurahan Galonta, Kabupaten Enrekang, dan Desa Mekkala, Kec Curio**

| Geografi dan Infrastruktur | n | % |
|---|---|---|
| Ya | 56 | 63.6 |
| Tidak | 32 | 36.4 |
| **Total** | **88** | **100.0** |

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan table 4.5, menunjukkan bahwa sebanyak 56 responden (63.6%) menyatakan bahwa kondisi geografi dan infrastruktur di wilayah tersebut memadai (Ya). Sementara itu, 32 orang (36.4%), menyatakan bahwa kondisi geografi dan infrastruktur tidak memadai (Tidak).

### Frekuensi Sosial dan Ekonomi

**Tabel 3.Frekuensi Sosial dan Ekonomi di Kelurahan Galonta, Kabupaten Enrekang, dan Desa Mekkala, Kec Curio**

| Sosial dan Ekonomi | n | % |
|---|---|---|
| Cukup | 80 | 89.9 |

| | | |
|---|---|---|
| Kurang | 8 | 9.0 |
| **Total** | **88** | **100.0** |

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan tabel 3, menunjukkan bahwa 80 responden (89,9%) yang menilai kondisi sosial dan ekonomi di wilayah tersebut dalam kategori cukup. Sebaliknya, hanya 8 responden (9,0%) menyatakan bahwa kondisi sosial dan ekonomi masih kurang.

**Frekuensi Kebijakan Pemerintah**

**Tabel 4.Frekuensi Kebijakan Pemerintah di Kelurahan Galonta, Kabupaten Enrekang, dan Desa Mekkala, Kec Curio**

| Kebijakan Pemerintah | n | % |
|---|---|---|
| Ya | 56 | 63.6 |
| Tidak | 32 | 36.4 |
| **Total** | **88** | **100.0** |

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan tabel 4.7, sebanyak 56 responden (63.6%) menyatakan bahwa kebijakan pemerintah telah dirasakan atau dijalankan dengan baik (Ya). Sementara itu, sebanyak 32 responden (36.4%) menyatakan bahwa kebijakan pemerintah belum dirasakan atau tidak dijalankan secara optimal (Tidak).

## Uji Bivariat

**Tabel 5.Hubungan Geografis dan Infrastruktur Terhadap Akses Pelayanan BPJS Di Perkotaan Dan Pedesaan Di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang**

| Kategori Geografis dan Infrastruktur | Lokasi | | | | Total | | *ρ-Value* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kota | | Desa | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Ya | 27 | 48.2 | 29 | 51.8 | 56 | 63,6 | 0,658 |
| Tidak | 17 | 53.1 | 15 | 46.9 | 32 | 36,4 | |
| **Total** | 44 | 50.0 | 44 | 50.0 | 88 | 100.0 | |

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan tabel 5. menunjukkan bahwa dari total 88 responden, sebanyak 56 orang (63,6%) menyatakan bahwa akses terhadap pelayanan BPJS terpengaruh oleh faktor geografis (Ya), dengan rincian 27 responden (48,2%) berasal dari wilayah perkotaan dan 29 responden (51,8%) dari wilayah pedesaan. Sementara itu, sebanyak 32 responden (36,4%) menyatakan bahwa faktor geografis tidak mempengaruhi akses terhadap akses pelayanan BPJS (Tidak), yang terdiri dari 17 responden (53,1%) di wilayahkota dan 15 responden (46,9%) di wilayah desa.

Hasil analisis uji chi-square menunjukkan nilai p = 0,658 yang berarti nilai p > 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi geografis dengan akses pelayanan BPJS di wilayah perkotaan dan pedesaan.

**Tabel 6.Hubungan Sosial dan Ekonomi Terhadap Akses Pelayanan BPJS Di Perkotaan Dan Pedesaan Di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang**

| Kategori Sosial dan Ekonomi | Lokasi | | | | Total | | *ρ-Value* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kota | | Desa | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cukup | 44 | 55.0 | 36 | 45.0 | 80 | 90,9 | 0,003 |
| Kurang | 0 | 0.0 | 8 | 100.0 | 8 | 9,1 | |
| **Total** | 44 | 50.0 | 44 | 50.0 | 88 | 100.0 | |

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan tabel 6, menunjukkan bahwa dari total 88 responden, sebanyak 80 orang (90,9%) berada dalam kategori sosial dan ekonomi yang cukup, dengan persebaran 44 responden (55,0%) di wilayah perkotaan dan 36 responden (45,0%) di wilayah pedesaan. Sementara itu, hanya 8 responden (9,1) yang termasuk dalam kategori sosial dan ekonomi kurang, yang seluruhnya berasal dari wilayah pedesaan (8 responden atau 100%).

Hasil analisis uji chi-square menunjukkan nilai p = 0,003 yang berarti nilai p< 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi sosial dan ekonomi dengan akses pelayanan BPJS di wilayah perkotaan dan pedesaan.

**Tabel 7.Hubungan Kebijakan Pemerintah Terhadap Akses Pelayanan BPJS Di Perkotaan Dan Pedesaan Di Kecamatan Curio Kabupaten Enrekang**

| Kategori Kebijakan Pemerintah | Lokasi | | | | Total | | *ρ-Value* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kota | | Desa | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Ya | 29 | 51.8 | 27 | 48.2 | 56 | 63,6 | 0.658 |
| Tidak | 15 | 46.9 | 17 | 53.1 | 32 | 36,4 | |
| **Total** | 44 | 50.0 | 44 | 50.0 | 88 | 100.0 | |

*Sumber : Data Primer , 2025*

Berdasarkan tabel 7, menunjukkan bahwa dari total 88 responden, sebanyak 56 orang (63,6%) menyatakan bahwa kebijakan pemerintah mendukung akses pelayanan BPJS, sedangkan 32 orang (36,4%) menyatakan sebaliknya. Jika dilihat berdasarkan lokasi, dari 56 responden yang menyatakan kebijakan pemerintah mendukung, 29 orang (51,8%) berasal dari wilayah perkotaan dan 27 orang (48,2%) berasal dari wilayah pedesaan. Sementara dari 32 responden yang menyatakan tidak ada dukungan kebijakan pemerintah, 15 orang (46,9%) berasal dari perkotaan dan 17 orang (53,1%) berasal dari pedesaan.

Hasil analisis uji chi-square menunjukkan nilai p=0,658 yang berarti nilai p>0,05. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kebijakan pemerintah dengan akses pelayanan BPJS di wilayah perkotaan dan pedesaan.

## Pembahasan

Responden dalam penelitian ini beragam dari segi jenis kelamin, usia, pendidikan, dan pekerjaan. Perempuan lebih dominan di kota maupun desa. Mayoritas berada dalam usia produktif (20–50 tahun), menandakan kelompok aktif secara sosial-ekonomi. Sebagian besar lulusan SMA/sederajat, dengan pendidikan tinggi lebih banyak di kota, sementara lulusan SD dan SMP lebih banyak di desa. Dari segi pekerjaan, mayoritas tidak bekerja, diikuti oleh petani, nelayan, karyawan, wiraswasta, dan PNS. Responden kota cenderung bekerja di sektor formal, sedangkan desa didominasi sektor primer, mencerminkan perbedaan sosial-ekonomi antarwilayah.

**Perbedaan Ketimpangan akses pelayanan BPJS antara Kota dan Desa terkait Geografi dan Infrastruktur**

Perbedaan ketimpangan akses pelayanan BPJS antara wilayah kota dan desa sering kali dikaitkan dengan faktor geografis dan infrastruktur. Dalam konteks ini, data menunjukkan bahwa responden dari desa lebih banyak yang merasakan pengaruh nyata dari kondisi geografis dan keterbatasan infrastruktur terhadap akses pelayanan BPJS. Responden desa menghadapi kendala seperti jarak yang jauh ke fasilitas kesehatan, kondisi jalan yang buruk, minimnya transportasi umum, dan keterbatasan layanan kesehatan di sekitar tempat tinggal. Sementara itu, responden dari kota relatif memiliki akses yang lebih mudah karena didukung oleh infrastruktur yang lebih baik dan fasilitas kesehatan yang lebih dekat serta memadai.

Temuan ini sebenarnya selaras dengan hasil penelitian terdahulu, seperti yang dikemukakan oleh Fatharani (2024), yang menjelaskan bahwa masyarakat di wilayah pedesaan dan terpencil sering kali menghadapi keterbatasan akses akibat jarak geografis, kondisi jalan yang tidak layak, serta ketidakseimbangan distribusi fasilitas kesehatan. Hambatan-hambatan ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam penanganan medis dan menurunkan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat desa. Dalam banyak kasus, keterbatasan geografis menjadi penyebab utama masyarakat enggan atau sulit memanfaatkan layanan BPJS secara optimal.

Penelitian oleh Junadi, Besral, dan Trihono (2021) juga menegaskan hal serupa. Mereka menunjukkan bahwa cakupan semesta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sangat dipengaruhi oleh keberadaan fasilitas kesehatan dan tenaga medis yang belum merata, terutama di wilayah rural. Ketimpangan infrastruktur dan distribusi layanan menyebabkan masyarakat desa lebih bergantung pada fasilitas dasar yang terbatas, yang pada akhirnya berdampak terhadap optimalisasi layanan BPJS.

Lebih lanjut, Azeri, Tamba, dan Silaban (2025) mengemukakan bahwa ketimpangan akses pelayanan BPJS antara kota dan desa masih mencolok, terutama dalam layanan kebidanan. Ketimpangan ini diperparah oleh kondisi geografis wilayah yang luas dan keterbatasan infrastruktur jalan di desa, yang memperlambat aksesibilitas terhadap layanan kesehatan rujukan dan primer.

Namun demikian, hasil dari penelitian ini justru menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara faktor geografis seperti jarak, infrastruktur, dan fasilitas Kesehatan dengan akses pelayanan BPJS baik di wilayah kota maupun desa. Ketidaksesuaian antara teori dan hasil ini menunjukkan adanya pergeseran atau perubahan kondisi lapangan yang mungkin tidak tertangkap dalam teori sebelumnya. Salah satu kemungkinan penyebabnya adalah adanya adaptasi yang dilakukan masyarakat desa terhadap kondisi geografis mereka. Masyarakat mungkin telah mengembangkan strategi lokal seperti menggunakan transportasi pribadi, berkoordinasi antarwarga, atau memanfaatkan posyandu dan fasilitas layanan primer terdekat untuk tetap dapat mengakses layanan BPJS.

Hasil tidak sejalan dari penelitian Megatsari, Laksono, dan Ridlo (2022) yang menyatakan bahwa faktor geografis tidak lagi menjadi hambatan utama dalam akses

layanan BPJS. Dalam studi mereka, masyarakat di wilayah terpencil telah berhasil beradaptasi melalui berbagai cara seperti pemanfaatan fasilitas keliling, peran komunitas, dan optimalisasi layanan primer. Justru aspek lain seperti birokrasi layanan, kualitas fasilitas, dan sosialisasi program BPJS dinilai lebih dominan dalam memengaruhi persepsi dan pemanfaatan layanan.

Selain itu, upaya pemerataan pembangunan oleh pemerintah dalam beberapa tahun terakhir juga patut dipertimbangkan. Peningkatan infrastruktur dasar, program revitalisasi puskesmas, penyediaan kendaraan operasional desa, dan kebijakan desentralisasi kesehatan bisa saja telah berhasil mengurangi hambatan fisik yang sebelumnya menjadi kendala utama. Dengan kata lain, walaupun secara subjektif masyarakat desa masih merasa terdampak oleh faktor geografis, secara statistik faktor tersebut tidak lagi menunjukkan pengaruh signifikan terhadap akses terhadap layanan BPJS. Hal ini memperlihatkan bahwa tantangan akses kesehatan kini lebih kompleks dan tidak bisa hanya dilihat dari sisi geografis semata.

**Perbedaan Ketimpangan akses pelayanan BPJS antara Kota dan Desa terkait Ekonomi dan Sosial**

Berdasarkan hasil penelitian, secara jumlah proporsi dukungan kebijakan pemerintah terhadap akses layanan BPJS hampir merata antara kota dan desa. Namun, terdapat sedikit kecenderungan bahwa responden di wilayah pedesaan lebih banyak yang merasa kurangnya dukungan kebijakan pemerintah dibandingkan responden di wilayah perkotaan. Hal ini dapat mencerminkan adanya kesenjangan persepsi atau perbedaan pengalaman antara masyarakat kota dan desa dalam merasakan langsung dampak dari kebijakan pemerintah, khususnya terkait dengan akses terhadap pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS.

Hasil ini tidak sejalan seperti dikemukakan oleh Putri (2024), yang menjelaskan bahwa kebijakan kesehatan yang efektif harus mencakup tiga pilar utama: penyediaan layanan kesehatan yang memadai, pemerataan akses antar wilayah, dan perlindungan finansial bagi masyarakat. Dalam konteks pelaksanaan di Indonesia, tantangan terbesar adalah ketimpangan antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Ketimpangan ini tidak hanya menyangkut aspek fisik, seperti infrastruktur, tetapi juga mencakup kesenjangan dalam penyebaran informasi kebijakan serta kemampuan masyarakat dalam memahami manfaat dan prosedur penggunaan layanan BPJS. Hal ini diperkuat oleh Wulandari et al. (2024) yang menunjukkan bahwa distribusi sumber daya manusia kesehatan dan fasilitas kesehatan masih sangat timpang, khususnya di daerah 3T (tertinggal, terdepan, dan terluar), yang menghambat pemerataan layanan dan mengurangi efektivitas implementasi kebijakan nasional .

Namun demikian, sejumlah penelitian terdahulu justru menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah melalui program JKN dan BPJS telah memberikan dampak signifikan terhadap peningkatan akses layanan kesehatan, baik dalam hal persepsi masyarakat maupun efisiensi operasional layanan. Utami dan Mutiarin (2021), dalam evaluasi program JKN di Kabupaten Sleman, menemukan bahwa implementasi kebijakan JKN berkontribusi nyata dalam meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP). Mereka menunjukkan bahwa adanya standar pelayanan minimal, pemenuhan tenaga medis, dan pendanaan berbasis kapitasi yang disalurkan oleh BPJS

telah mempercepat proses pelayanan dan memperluas jangkauan layanan, bahkan di wilayah pinggiran .

Sementara itu, Irwandy dan Sjaaf (2023) dalam studi di Provinsi Sulawesi Selatan menegaskan bahwa kebijakan JKN membawa dampak positif yang signifikan terhadap efisiensi rumah sakit serta meningkatkan jumlah masyarakat yang mengakses pelayanan kesehatan, termasuk dari kalangan ekonomi menengah ke bawah. Kebijakan nasional ini dianggap berhasil menciptakan sistem yang inklusif dan menurunkan hambatan finansial dalam mengakses layanan .

Temuan-temuan ini menunjukkan bahwa meskipun persepsi masyarakat di wilayah pedesaan terhadap dampak kebijakan belum sepenuhnya positif, terdapat bukti empiris kuat yang menyatakan bahwa kebijakan BPJS/JKN memiliki kontribusi signifikan dalam memperluas akses layanan, meningkatkan efisiensi, dan membangun sistem kesehatan yang lebih merata di berbagai wilayah.

## KESIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa ketimpangan akses pelayanan BPJS antara wilayah pedesaan dan perkotaan tidak sepenuhnya dipengaruhi oleh faktor geografis maupun implementasi kebijakan pemerintah, melainkan lebih dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi masyarakat. Penelitian ini menegaskan pentingnya mempertimbangkan aspek pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan dalam upaya memperbaiki akses layanan kesehatan secara merata. Temuan ini memperkuat urgensi peningkatan literasi kesehatan dan distribusi informasi kebijakan yang adil ke seluruh lapisan masyarakat. Penelitian ini juga menyoroti perlunya evaluasi menyeluruh terhadap efektivitas kebijakan yang telah diterapkan agar tidak hanya bersifat normatif, tetapi juga fungsional di tingkat layanan. Untuk penelitian selanjutnya, disarankan melakukan pendekatan longitudinal dan memperluas cakupan wilayah studi guna memperoleh pemahaman yang lebih komprehensif mengenai dinamika ketimpangan layanan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional.

## REFERENSI

Alamsyah, A., & Yuliana, D. (2023). Ketimpangan Layanan Kesehatan BPJS di Wilayah Perkotaan. Jurnal Kesehatan Masyarakat.

BPJS Kesehatan. (2021). Laporan Kinerja BPJS Kesehatan Tahun 2021.

Irwandy, I., & Sjaaf, A. C. (2023). Dampak kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional terhadap efisiensi rumah sakit: Studi kasus di Provinsi Sulawesi Selatan. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, 14(1), 10–17.

Junadi, Besral, & Trihono. (2022). Ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan dalam mendukung cakupan semesta JKN. Universitas Indonesia.

Misnaniarti, Prabandari, Y. S., & Suryoputro, A. (2017). Ketimpangan distribusi pelayanan kesehatan di Indonesia: Tantangan pelaksanaan JKN di wilayah terpencil dan kepulauan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Putri, N. A. (2024). Evaluation of the Implementation of Law No. 17 of 2023 on Health in Optimizing the National Health Insurance (JKN) to Improve Health Access in Remote Areas. ResearchGate.

T. Putri, “Analisis Sistem BPJS dalam Pelayanan Kesehatan Nasional,” Jakarta: Universitas Indonesia Press, 2020.

Utami, A. N. F., & Mutiarin, D. (2021). Evaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional pada fasilitas kesehatan tingkat I Kabupaten Sleman tahun 2016. Journal of Governance and Public Policy, 4(2), 121–136.

Watu, M., Silapurna, A., & Rustam, H. (2024). Tantangan Akses Layanan BPJS di Wilayah Pedesaan. Jurnal Administrasi Kesehatan.

Wulandari, P., Wardhani, A., & Syahrani, Z. (2024). Analisis Implementasi Pemerataan Tenaga Kesehatan Di Daerah 3T: UU Nomor 17 Tahun 2023. ResearchGate.

Yandrizal, S., Lestari, R. D., & Mulyati, T. (2023). Ketimpangan akses pelayanan JKN antara wilayah kota dan desa di Provinsi Bengkulu. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, 12(1), 45–53.