



**LAYANAN PUBLIK KESEHATAN (BPJS KESEHATAN DAN PUSKESMAS)**

*Public Health Services (BPJS Health And Community Health Centers)*

**Awaayisyah Ananda Glory<sup>1</sup>, Rara Alfaidah<sup>2</sup>, Khoirunnisa Benny<sup>3</sup>, Jidan Rizkian<sup>4</sup>, Muhamad Ali Akbar<sup>5</sup>, Irvan Arif Kurniawan<sup>6</sup>**

<sup>1,2,3,4,5,6</sup>Universitas Islam Syekh Yusuf Tangerang

<sup>1</sup>Email: 2201010004@students.unis.ac.id

<sup>2</sup>Email: 2201010051@students.unis.ac.id

<sup>3</sup>Email: 2201010028@students.unis.ac.id

<sup>4</sup>Email: 2201010038@students.unis.ac.id

<sup>5</sup>Email: 2201010018@students.unis.ac.id

<sup>6</sup>Email: iakurniawan@unis.ac.id

**Abstract**

*This study examines the implementation of public health services in Indonesia through the synergy of the National Health Insurance program (JKN) administered by BPJS Kesehatan and community health centers (Puskesmas). Using a descriptive-analytical literature review approach, this article analyzes four key dimensions: service accessibility, facility distribution, healthcare workforce equity, and financing fairness. The findings indicate that the integration of BPJS Kesehatan and Puskesmas within the JKN framework has significantly expanded healthcare coverage and increased community visits to health facilities. However, drawing on Julian Tudor Hart's Equity in Health Service theory (1971), also known as the Inverse Care Law, this study identifies persistent inequities in healthcare access, particularly in remote and underserved areas where infrastructure limitations and healthcare workforce shortages remain critical challenges. Digital innovations such as the Mobile JKN application, SIMPUS, and SATUSEHAT have broadened access by reducing barriers of time and distance, yet the digital divide risks creating new forms of inequity. Furthermore, low compliance with insurance premiums among informal sector workers threatens the sustainability of the gotong royong financing principle. This study concludes that while BPJS-Puskesmas synergy has advanced universal health coverage, strategic policy interventions are urgently needed to achieve substantive equity in health service quality and accessibility across Indonesia.*

**Keywords:** BPJS Kesehatan, Puskesmas, equity in health service, Inverse Care Law, Jaminan Kesehatan Nasional

**Abstrak**

*Artikel ini mengkaji implementasi layanan kesehatan publik di Indonesia melalui sinergi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan dan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Menggunakan pendekatan kajian pustaka deskriptif-analitis, artikel ini menganalisis empat dimensi utama, yaitu aksesibilitas layanan, distribusi fasilitas kesehatan, pemerataan tenaga kesehatan, dan keadilan pembiayaan. Hasil kajian menunjukkan bahwa integrasi BPJS Kesehatan dan Puskesmas dalam kerangka JKN telah berhasil memperluas cakupan layanan dan meningkatkan angka kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan. Namun, dengan mengacu pada teori Equity in Health Service milik Julian Tudor Hart (1971) atau yang dikenal sebagai Inverse*

*Care Law, kajian ini mengidentifikasi ketimpangan akses yang masih persisten, khususnya di daerah terpencil akibat keterbatasan infrastruktur dan kekurangan tenaga kesehatan. Inovasi digital seperti Mobile JKN, SIMPUS, dan SATUSEHAT telah memperluas akses dengan mengurangi hambatan waktu dan jarak, namun kesenjangan digital berisiko menciptakan bentuk ketimpangan baru. Di samping itu, rendahnya kepatuhan pembayaran iuran oleh pekerja sektor informal mengancam keberlanjutan prinsip gotong royong dalam pembiayaan JKN. Artikel ini menyimpulkan bahwa meskipun sinergi BPJS-Puskesmas telah mendorong kemajuan menuju cakupan kesehatan universal, intervensi kebijakan strategis masih sangat diperlukan untuk mewujudkan keadilan substantif dalam kualitas dan aksesibilitas layanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia.*

**Kata Kunci:** BPJS Kesehatan, Puskesmas, equity in health service, Inverse Care Law, Jaminan Kesehatan Nasional

## **PENDAHULUAN**

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek fundamental dalam pembangunan nasional karena berhubungan langsung dengan kualitas hidup masyarakat. Menurut World Health Organization (WHO), pelayanan kesehatan adalah upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan secara profesional oleh tenaga medis untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara menyeluruh (Hidayat, 2016). Di Indonesia, hal ini juga ditegaskan dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus bertanggung jawab, bermutu, merata, serta tidak diskriminatif (RI, 2022). Dengan demikian, pelayanan kesehatan memiliki peran strategis dalam mewujudkan tujuan pembangunan berkelanjutan, terutama pada aspek kesejahteraan masyarakat.

Pelayanan kesehatan di Indonesia dilaksanakan melalui berbagai fasilitas kesehatan, baik rumah sakit maupun pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), yang menjadi garda terdepan pelayanan dasar. Kehadiran puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) menegaskan pentingnya peran layanan kesehatan primer dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sebagai fasilitas kesehatan masyarakat, puskesmas tidak hanya berfungsi untuk pengobatan, tetapi juga memberikan layanan promotif dan preventif untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pola hidup sehat (Betri Anitta, 2019). Dengan demikian, puskesmas menjadi instrumen utama dalam pemerataan akses kesehatan di berbagai wilayah, termasuk daerah terpencil.

Sejak diberlakukannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2014, BPJS Kesehatan menjadi lembaga pelaksana utama jaminan sosial di bidang kesehatan. Program ini bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan menyeluruh kepada masyarakat Indonesia dengan prinsip gotong royong. BPJS Kesehatan tidak hanya memfasilitasi pembiayaan layanan medis, tetapi juga bekerja sama dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas agar pelayanan lebih mudah diakses oleh seluruh lapisan masyarakat (Lutfiana, 2023). Hal ini menunjukkan adanya integrasi antara kebijakan pemerintah, pembiayaan kesehatan, serta penyedia layanan medis.

BPJS Kesehatan meluncurkan aplikasi Mobile JKN untuk mempermudah administrasi dan akses layanan, seperti antrean online dan tele konsultasi. Di sisi lain, puskesmas mulai menerapkan sistem informasi terintegrasi seperti SIMPUS dan aplikasi SATUSEHAT guna meningkatkan efisiensi pencatatan layanan kesehatan. Inovasi ini diharapkan mampu memperkuat efektivitas layanan,

mempercepat pemerataan akses, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia (Kemenkes, 2022). Dengan sinergi antara BPJS Kesehatan, puskesmas, dan transformasi digital, maka visi pembangunan kesehatan nasional menuju masyarakat yang sehat, adil, dan sejahtera dapat lebih cepat terwujud.

## **METODE**

Artikel ini disusun menggunakan metode kajian pustaka dan pendekatan deskriptif analitis. Kajian pustaka dilakukan dengan cara menelaah dari berbagai literatur seperti jurnal, buku, perundang-undangan, serta artikel ilmiah terkait pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan, peran puskesmas dalam sistem kesehatan nasional. Penulisan artikel tidak menggunakan metode pengumpulan data lapangan, melainkan menggunakan informasi sekunder berdasarkan tema.

## **HASIL**

Sejalan dengan konsep dasar pelayanan kesehatan menurut WHO dan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009, puskesmas berperan bukan hanya sebagai penyedia layanan kuratif, tetapi juga sebagai pusat upaya promotif dan preventif (Hidayat, 2016; RI, 2009). Hal ini selaras dengan literatur yang menyebutkan bahwa tujuan pelayanan kesehatan adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Yusuf, 2021).

Integrasi BPJS Kesehatan dengan puskesmas dalam kerangka Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah memperkuat peran Puskesmas sebagai garda terdepan pelayanan dasar. Sistem kapitasi dan alur rujukan berjenjang memungkinkan efisiensi pembiayaan sekaligus menjaga kesinambungan layanan (Rahayu, 2022). Namun mengacu pada teori Equity In Health Service milik Julian Tudor Hart (1971), pada artikel milik (Irfan SazaliNasution, 2024), distribusi layanan kesehatan cenderung lebih mudah diakses oleh kelompok dengan kebutuhan rendah, sementara masyarakat dengan kebutuhan tinggi, khususnya di wilayah terpencil, masih menghadapi kendala infrastruktur dan keterbatasan tenaga kesehatan. Indikator yang digunakan pada artikel ini meliputi akses layanan, distribusi fasilitas, pemerataan tenaga medis, dan keadilan pembiayaan.

Pada pemerataan akses belum sepenuhnya tercapai karena masih terdapat ketimpangan distribusi tenaga kesehatan dan fasilitas, terutama di wilayah terpencil. Seperti temuan Nasution (2024) bahwa meskipun JKN berhasil meningkatkan angka kunjungan ke fasilitas kesehatan, kualitas layanan di daerah pedesaan masih tertinggal akibat infrastruktur dan tenaga medis yang terbatas. Dari sisi keadilan pembiayaan prinsip gotong-royong dalam JKN masih jadi fondasi untuk keberlanjutan program menurut temuan Nasution (2024) masih rendahnya kepatuhan pembayaran oleh pekerja informal yang memperkuat relevansi Inverse Care Law karena kelompok yang paling membutuhkan (masyarakat miskin dan rentan) masih berisiko kehilangan akses jika keberlanjutan pembiayaan tidak dijamin.

Upaya digitalisasi pelayanan melalui Mobile JKN, SIMPUS, dan SATUSEHAT memperluas akses dengan mengurangi hambatan waktu dan jarak. Pasien dapat melakukan antrian online, telekonsultasi, dan pemantauan data kesehatan secara terintegrasi. Hal ini menunjukkan bahwa indikator akses layanan

semakin diperkuat melalui teknologi, meskipun pada praktiknya masih terdapat kendala di daerah terpencil akibat keterbatasan jaringan dan infrastruktur kesehatan (Nasution, 2024). Dengan demikian, mekanisme pelayanan ini memperlihatkan keterhubungan langsung antara indikator akses layanan dengan implementasi prosedur administrasi, pemeriksaan medis, sistem rujukan, serta pemanfaatan teknologi informasi kesehatan. Literatur dan temuan ini saling menguatkan bahwa integrasi BPJS dan puskesmas memang berhasil memperluas cakupan layanan, tetapi masih membutuhkan intervensi kebijakan untuk pemerataan distribusi fasilitas, tenaga medis, serta jaminan keberlanjutan pembiayaan kesehatan.

## PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil kajian pustaka yang telah dipaparkan, pembahasan ini mengintegrasikan temuan-temuan literatur dengan kerangka teoritis Equity in Health Service yang dirumuskan oleh Julian Tudor Hart (1971). Hart menemukan bahwa ketersediaan layanan kesehatan yang baik berbanding terbalik dengan kebutuhan penduduk yang dilayaninya fenomena yang ia sebut sebagai *Inverse Care Law*. Prinsip ini menjadi lensa analitis yang sangat relevan untuk mengevaluasi implementasi BPJS Kesehatan dan puskesmas di Indonesia, terutama dalam konteks pemerataan akses, distribusi fasilitas, tenaga medis, dan keadilan pembiayaan.

### 1. Pemerataan Akses Layanan Kesehatan dalam Perspektif Equity in Health Service

Hart (1971) menyatakan bahwa dalam sistem kesehatan yang digerakkan oleh mekanisme pasar, layanan medis terbaik justru cenderung terkonsentrasi di wilayah dengan tingkat kebutuhan terendah, sementara daerah dengan kebutuhan kesehatan tertinggi memperoleh layanan paling minim. Kondisi ini secara nyata tercermin dalam sistem kesehatan Indonesia. Meskipun integrasi BPJS Kesehatan dengan puskesmas dalam kerangka Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah berhasil meningkatkan angka kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan, ketimpangan distribusi geografis layanan masih menjadi permasalahan struktural yang belum terselesaikan (Nasution, 2024). Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) memang telah diposisikan sebagai garda terdepan pemerataan layanan dasar, namun kapasitas dan kualitasnya masih jauh dari homogen antar wilayah (Betri Anitta, 2019).

Wilayah perkotaan dengan infrastruktur yang memadai memperoleh akses yang jauh lebih mudah dibandingkan daerah terpencil dan kepulauan. Kondisi ini secara langsung mencerminkan *Inverse Care Law* versi Hart, di mana kelompok masyarakat yang paling membutuhkan layanan kesehatan yaitu penduduk miskin di daerah terpencil justru mendapatkan layanan yang paling terbatas. Keterbatasan infrastruktur jalan, transportasi, dan jaringan komunikasi di daerah-daerah tersebut memperparah hambatan akses yang sudah ada (Hidayat, 2016). Oleh karena itu, agenda pemerataan akses tidak hanya berkaitan dengan ketersediaan fasilitas secara formal, melainkan juga kemampuan nyata masyarakat untuk memanfaatkannya.

### 2. Distribusi Fasilitas dan Tenaga Kesehatan: Ketimpangan yang Persisten

Salah satu dimensi paling kritis dari teori *Equity in Health Service* adalah persoalan distribusi tenaga kesehatan. Hart (1971) menekankan bahwa ketidakmerataan distribusi dokter dan tenaga medis lainnya merupakan akar dari ketidakadilan layanan kesehatan. Dalam konteks Indonesia, permasalahan ini

sangat relevan. Data menunjukkan bahwa rasio dokter terhadap penduduk di wilayah perkotaan jauh lebih tinggi dibandingkan daerah pedesaan dan terpencil (Rahayu, 2022). Meskipun program penempatan tenaga kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) telah dilaksanakan oleh Kemenkes, kesinambungan dan efektivitasnya masih memerlukan evaluasi mendalam.

Ketimpangan ini diperparah oleh preferensi tenaga kesehatan untuk bertugas di wilayah perkotaan yang menawarkan infrastruktur lebih baik, akses pendidikan bagi keluarga, serta peluang karier yang lebih luas. Akibatnya, puskesmas di daerah terpencil kerap beroperasi dengan jumlah tenaga yang jauh di bawah standar minimal, menurunkan kualitas layanan yang dapat diberikan. Nasution (2024) mengonfirmasi bahwa kualitas layanan di daerah pedesaan tertinggal secara signifikan dibandingkan daerah perkotaan, sebuah kondisi yang secara langsung memperkuat berlakunya *Inverse Care Law* dalam sistem kesehatan Indonesia. Pemerintah perlu merancang insentif struktural yang lebih komprehensif, termasuk tunjangan khusus, jaminan karier, dan fasilitas pendukung kehidupan, agar distribusi tenaga kesehatan dapat lebih berkeadilan.

### **3. Keadilan Pembiayaan dan Keberlanjutan JKN**

Dimensi keadilan pembiayaan merupakan aspek fundamental dalam teori Hart yang menegaskan bahwa sistem kesehatan yang adil harus menjamin pembiayaan yang proporsional dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Prinsip gotong royong yang menjadi landasan JKN sejatinya sejalan dengan semangat ekuitas Hart, di mana peserta yang mampu secara finansial berkontribusi lebih besar untuk mensubsidi peserta yang kurang mampu. Namun, implementasinya masih menghadapi tantangan serius dalam hal kepatuhan iuran, khususnya di kalangan pekerja sektor informal (Lutfiana, 2023).

Rendahnya tingkat kepatuhan pembayaran iuran oleh pekerja informal menciptakan risiko fiskal yang mengancam keberlanjutan program JKN. Ironisnya, kelompok pekerja informal ini seringkali merupakan segmen masyarakat yang paling rentan secara ekonomi dan paling membutuhkan perlindungan kesehatan. Fenomena ini memperkuat relevansi *Inverse Care Law*: mereka yang paling membutuhkan proteksi justru memiliki risiko paling besar untuk kehilangan akses ketika tidak mampu membayar iuran secara konsisten (Nasution, 2024). Reformasi mekanisme pembiayaan, seperti perluasan cakupan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan integrasi sistem pembayaran dengan program perlindungan sosial lainnya, menjadi kebutuhan mendesak untuk memastikan tidak ada warga negara yang terpinggirkan dari sistem jaminan kesehatan nasional.

### **4. Transformasi Digital: Peluang dan Paradoks Baru**

Digitalisasi layanan kesehatan melalui aplikasi Mobile JKN, SIMPUS, dan platform SATUSEHAT merepresentasikan upaya inovatif untuk memperluas jangkauan layanan dengan mengurangi hambatan waktu dan jarak. Kemampuan melakukan antrean online, telekonsultasi, serta pemantauan rekam medis secara terintegrasi membuka peluang bagi masyarakat untuk mengakses layanan tanpa harus hadir secara fisik ke fasilitas kesehatan (Kemenkes, 2022). Dalam perspektif Hart, inovasi ini memiliki potensi untuk mereduksi ketimpangan akses yang selama ini menjadi ciri *Inverse Care Law*.

Namun, transformasi digital ini juga berpotensi menciptakan paradoks baru yang justru memperlebar ketimpangan akses. Keterbatasan jaringan internet dan

infrastruktur telekomunikasi di daerah terpencil menyebabkan inovasi digital tersebut belum dapat dinikmati secara merata oleh seluruh lapisan masyarakat (Nasution, 2024). Fenomena *digital divide* ini berisiko melahirkan bentuk baru *Inverse Care Law*, di mana masyarakat perkotaan yang sudah memiliki akses layanan kesehatan yang relatif baik justru memperoleh keuntungan tambahan dari digitalisasi, sementara masyarakat pedesaan dan terpencil tetap tertinggal. Oleh sebab itu, perluasan infrastruktur digital harus menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari strategi pemerataan layanan kesehatan nasional.

### **5. Implikasi Kebijakan: Menuju Sistem Kesehatan yang Berkeadilan**

Mengacu pada keseluruhan analisis di atas, teori *Equity in Health Service* Hart (1971) memberikan kerangka normatif yang kuat untuk mengevaluasi dan mengarahkan reformasi sistem kesehatan Indonesia. Temuan kajian ini menunjukkan bahwa sinergi BPJS Kesehatan dan puskesmas telah menghasilkan kemajuan signifikan dalam hal cakupan universal, namun ekuitas substantif dalam arti pemerataan kualitas dan aksesibilitas nyata belum sepenuhnya tercapai. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan memang telah menetapkan mandat yang jelas bahwa penyelenggaraan layanan kesehatan harus merata dan tidak diskriminatif (RI, 2022), namun implementasinya masih memerlukan penguatan sistematis di berbagai dimensi.

Intervensi kebijakan yang diperlukan mencakup setidaknya empat dimensi utama. Pertama, redistribusi tenaga kesehatan melalui skema insentif yang lebih menarik dan berkelanjutan bagi tenaga medis yang bersedia bertugas di daerah terpencil. Kedua, penguatan infrastruktur fisik puskesmas di daerah 3T (terdepan, terluar, dan tertinggal) agar mampu memberikan layanan yang setara dengan standar nasional. Ketiga, reformasi mekanisme pembiayaan JKN untuk meningkatkan kepatuhan iuran dan memperluas cakupan PBI bagi kelompok rentan. Keempat, pembangunan infrastruktur digital yang merata agar inovasi teknologi kesehatan dapat diakses oleh seluruh segmen masyarakat tanpa terkecuali. Dengan demikian, cita-cita sistem kesehatan yang berkeadilan sebagaimana diamanatkan oleh konstitusi dan dirumuskan dalam teori Hart dapat lebih mendekati kenyataan.

### **KESIMPULAN**

Pelayanan kesehatan melalui sinergi BPJS Kesehatan dan puskesmas merupakan pilar penting dalam mewujudkan akses layanan kesehatan yang merata, terjangkau, dan berkelanjutan bagi masyarakat Indonesia. Integrasi sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama telah meningkatkan angka kunjungan masyarakat, memperluas akses, serta memperkuat mekanisme rujukan melalui pemanfaatan teknologi digital seperti Mobile JKN, SIMPUS, dan SATUSEHAT. Namun, sesuai dengan teori *Equity In Health Service* Julian Tudor Hart (1971), masih ditemukan ketimpangan akses, khususnya di daerah terpencil akibat keterbatasan tenaga kesehatan, sarana prasarana, serta distribusi fasilitas yang belum merata. Prinsip gotong royong dalam pembiayaan tetap menjadi fondasi utama, tetapi rendahnya kepatuhan iuran pekerja informal menimbulkan risiko terhadap keberlanjutan program. Oleh karena itu, meskipun sinergi BPJS dan puskesmas terbukti meningkatkan cakupan layanan, pemerataan



kualitas dan keberlanjutan sistem masih menjadi tantangan yang perlu diatasi melalui intervensi kebijakan strategis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Betri Anitta, S. (2019). Pelayanan kesehatan masyarakat di puskesmas. Palembang: Bening Media Publishing.
- Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405–412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)
- Hidayat, A. (2016). Pengantar kebutuhan dasar manusia: Aplikasi konsep dan proses keperawatan (Edisi ke-2). Jakarta: Salemba Medika.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Transformasi sistem kesehatan Indonesia 2021–2024. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lutfiana, R. (2023). Implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional dalam meningkatkan akses layanan kesehatan masyarakat. *Jurnal Administrasi Publik*, 11(2), 145–162.
- Nasution, I. S. (2024). Equity in health service: Evaluasi pemerataan akses layanan kesehatan dalam sistem JKN di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 13(1), 28–41.
- Rahayu, S. (2022). Sistem kapitasi dan rujukan berjenjang dalam Jaminan Kesehatan Nasional: Efisiensi dan tantangan implementasi. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 25(3), 112–125.
- Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2022). Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020. Jakarta: Sekretariat Negara.
- World Health Organization. (2019). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva: WHO Press.
- Yusuf, A. (2021). Konsep dan aplikasi pelayanan kesehatan primer di Indonesia. Surabaya: Airlangga University Press.

