Kesenjangan Kepemilikan dan Akses Pelayanan Kesehatan sebagai Ancaman bagi Ketangguhan Ekonomi Masyarakat Perdesaan

Maulydia Evaginanti[1], Fachrizal Nurhamzah[2]
[1]Klinik Keluarga Sehat, Indonesia
[2]Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Jenderal Soedirman, Indonesia
Email korespondensi: maulydiaevaginanti@gmail.com

Abstrak

Kesehatan merupakan fondasi ketangguhan masyarakat, tetapi kepemilikan jaminan kesehatan belum otomatis menghasilkan akses pelayanan yang setara. Masyarakat perdesaan menghadapi kesenjangan berlapis berupa keterbatasan kepemilikan jaminan, jarak geografis, ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan, biaya transportasi, informasi, serta hambatan administratif. Penelitian ini bertujuan menganalisis kesenjangan kepemilikan dan akses pelayanan kesehatan di wilayah perdesaan Indonesia serta implikasinya terhadap ketangguhan ekonomi rumah tangga. Penelitian menggunakan mixed methods berbasis data sekunder dengan mengintegrasikan analisis deskriptif data Susenas 2023-2025 dan data kemiskinan dengan sintesis tematik penelitian nasional mengenai kepemilikan jaminan, pemanfaatan layanan, biaya kesehatan, dan hambatan geografis. Hasil menunjukkan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan meningkat dari 72,38% pada 2023 menjadi 78,04% pada 2025, tetapi perdesaan tetap tertinggal dari perkotaan: 65,91% menjadi 72,77% dibandingkan 77,04% menjadi 81,63%. Literatur menunjukkan bahwa kepemilikan jaminan belum selalu diterjemahkan menjadi pemanfaatan layanan yang setara karena jarak, ketersediaan layanan, biaya nonmedis, dan kondisi sosial ekonomi. Kesenjangan tersebut dapat meningkatkan beban pengobatan, transportasi, pendampingan, dan kehilangan pendapatan, sehingga melemahkan ketangguhan ekonomi rumah tangga. Implikasinya, kebijakan perlu bergeser dari cakupan kepesertaan menuju effective coverage melalui penguatan layanan primer, konektivitas, pendampingan pemanfaatan JKN, dan perlindungan biaya nonmedis.

Kata kunci: akses kesehatan; jaminan kesehatan; kelompok rentan; masyarakat perdesaan; ketangguhan ekonomi.

I. PENDAHULUAN

Kesehatan tidak hanya berkaitan dengan kemampuan individu untuk terhindar dari penyakit, tetapi juga dengan kemampuan rumah tangga mempertahankan kehidupan sosial dan ekonomi ketika risiko kesehatan terjadi. Dalam masyarakat perdesaan, hubungan tersebut menjadi lebih kuat karena sebagian rumah tangga bergantung pada pekerjaan yang pendapatannya relatif tidak tetap, aset produktif yang terbatas, serta akses pelayanan publik yang lebih dipengaruhi kondisi geografis. Ketika anggota rumah tangga sakit, konsekuensinya tidak berhenti pada biaya pemeriksaan atau obat. Rumah tangga juga dapat menghadapi ongkos perjalanan, biaya pendamping, kehilangan hari kerja, penurunan produktivitas, dan kebutuhan untuk mengalihkan pengeluaran dari pangan, pendidikan, atau kegiatan ekonomi. Dengan demikian, akses kesehatan merupakan bagian dari kapasitas masyarakat untuk menyerap, menghadapi, dan pulih dari guncangan, bukan sekadar persoalan pemanfaatan fasilitas kesehatan.

Indonesia telah membangun Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai instrumen utama menuju universal health coverage. Perluasan kepesertaan telah menghasilkan kemajuan penting, tetapi cakupan kepesertaan tidak identik dengan effective coverage.

Pratiwi et al. (2021) menunjukkan bahwa cakupan asuransi, ketersediaan layanan, penggunaan layanan, dan pengeluaran kesehatan memiliki hubungan yang kompleks antarwilayah. Dalam wilayah dengan layanan yang terbatas, seseorang dapat tercatat sebagai peserta tetapi tetap menghadapi hambatan untuk memperoleh pelayanan yang dibutuhkan. Temuan tersebut memperlihatkan bahwa keberhasilan kebijakan jaminan kesehatan perlu dinilai tidak hanya dari jumlah peserta, tetapi juga dari kemampuan sistem menerjemahkan status kepesertaan menjadi pelayanan yang benar-benar dapat dijangkau, digunakan, dan memberikan perlindungan finansial.

Kesenjangan tersebut terlihat dari data terbaru. Berdasarkan Susenas Maret 2025, sekitar 78,04% penduduk Indonesia tercatat memiliki jaminan kesehatan. Namun, ketika dibedakan menurut klasifikasi wilayah, kepemilikan di perkotaan mencapai 81,63%, sedangkan di perdesaan 72,77%. Dengan kata lain, terdapat selisih 8,86 poin persentase antara kedua wilayah. Pola ini bukan fenomena sesaat. Pada 2023, kepemilikan di perdesaan sebesar 65,91% dibandingkan 77,04% di perkotaan, sedangkan pada 2024 masing-masing meningkat menjadi 69,33% dan 79,80%. Peningkatan memang berlangsung di kedua wilayah, tetapi kesenjangan masih bertahan. Kondisi ini penting karena wilayah perdesaan juga memiliki tingkat kemiskinan yang lebih tinggi. Pada September 2025, persentase penduduk miskin di perdesaan sebesar 10,72%, sementara di perkotaan 6,60% (BPS, 2026). Kombinasi antara perlindungan kesehatan yang relatif lebih rendah dan kerentanan ekonomi yang lebih tinggi membuat guncangan kesehatan berpotensi menghasilkan dampak ekonomi yang lebih besar di perdesaan.

Kepemilikan jaminan juga dipengaruhi oleh karakteristik sosial ekonomi. Laksono et al. (2024), melalui analisis pada wilayah perdesaan Indonesia, menemukan adanya hubungan positif antara status sosial ekonomi dan kepemilikan asuransi kesehatan. Kelompok dengan kondisi ekonomi lebih baik cenderung memiliki peluang kepesertaan yang lebih tinggi. Pekerja sektor informal juga menghadapi persoalan kemampuan dan kemauan membayar karena pendapatan tidak selalu stabil. Muttaqien et al. (2021) menunjukkan bahwa sebagian peserta dari sektor informal berhenti membayar premi atau mengalami persoalan keberlanjutan kepesertaan. Artinya, kelompok yang secara ekonomi paling membutuhkan perlindungan dapat sekaligus menjadi kelompok yang paling rentan terhadap ketidakstabilan kepesertaan.

Masalah berikutnya adalah akses geografis. Studi Wenang et al. (2021) menunjukkan bahwa wilayah remote memiliki tantangan yang lebih besar terkait ketersediaan tenaga kesehatan dan pola pemanfaatan pelayanan. Mereka menemukan bahwa penggunaan pelayanan primer lebih dominan pada kelompok miskin dan wilayah remote, sementara kelompok non-PBI dan wilayah non-remote lebih sering mengakses pelayanan tingkat lanjut. Studi mengenai kesenjangan pemanfaatan rumah sakit juga menemukan bahwa penduduk perkotaan memiliki peluang lebih besar menggunakan layanan rawat jalan dan rawat inap rumah sakit dibandingkan penduduk perdesaan (Wulandari et al., 2022). Temuan ini memperlihatkan bahwa lokasi tempat tinggal memengaruhi bukan hanya kepemilikan jaminan, tetapi juga pilihan fasilitas, pola rujukan, dan kemungkinan seseorang memperoleh layanan ketika membutuhkan.

Hambatan geografis di Indonesia menjadi lebih kompleks karena karakter wilayah kepulauan, pegunungan, dan daerah dengan konektivitas transportasi terbatas. Penelitian mengenai akses pelayanan kesehatan di Maluku, misalnya, menemukan jarak rata-rata menuju puskesmas sekitar 8,89 km melalui darat dan 18,43 km jika melibatkan perjalanan darat dan air; jarak menuju rumah sakit bahkan lebih jauh, masing-masing 56,19 km dan 73,09 km (penelitian tersebut menggunakan pendekatan spasial). Kondisi semacam ini memperlihatkan bahwa biaya kesehatan yang relevan bagi masyarakat perdesaan tidak hanya berupa biaya medis. Waktu perjalanan, ongkos kendaraan, biaya penyeberangan, dan kehilangan pendapatan selama perjalanan merupakan bagian dari biaya akses yang sering tidak

ditanggung oleh skema jaminan kesehatan. Selain jarak, kapasitas fasilitas dan tenaga kesehatan menentukan apakah kepesertaan dapat diterjemahkan menjadi pelayanan. Mawarni dan Sabran (2022) menunjukkan bahwa pemenuhan tenaga kesehatan masyarakat pada pelayanan primer masih bervariasi menurut karakter wilayah. Sementara itu, kajian mengenai penyediaan layanan dan keputusan membeli JKN menunjukkan bahwa ketersediaan fasilitas, tempat tidur, dan dokter pada rumah sakit maupun ketersediaan puskesmas serta dokter di puskesmas memengaruhi perilaku kepesertaan (Khoirunurrofik & Raras, 2021). Dengan demikian, ekspansi pembiayaan tanpa ekspansi kapasitas layanan berisiko menghasilkan perlindungan yang bersifat administrative, dimana seseorang memiliki kartu, tetapi belum tentu memiliki akses yang efektif terhadap pelayanan yang dibutuhkan.

Dari sisi finansial, JKN terbukti memberikan perlindungan, tetapi belum menghapus seluruh beban pengeluaran. Maulana et al. (2022) menemukan bahwa rumah tangga yang memiliki JKN jauh lebih kecil kemungkinannya membayar biaya langsung untuk pelayanan kesehatan dibandingkan rumah tangga tanpa jaminan, dan ketika pengeluaran tetap muncul, besarnya cenderung lebih rendah. Namun, penelitian mengenai catastrophic health spending menunjukkan bahwa pembayaran dari kantong sendiri masih menjadi persoalan di Indonesia, termasuk ketika cakupan JKN telah melampaui 80% pada periode pengamatan (Fattah et al., 2023). Pengeluaran tersebut dapat muncul karena layanan yang tidak tercakup, biaya nonmedis, pilihan fasilitas, atau keterbatasan akses terhadap fasilitas yang bekerja sama dengan skema jaminan.

Hubungan antara kesehatan dan ketangguhan ekonomi karena itu perlu dipahami melalui rantai sebab yang lebih lengkap. Kepemilikan jaminan merupakan lapisan pertama perlindungan. Akses geografis, ketersediaan fasilitas, tenaga kesehatan, informasi, dan kemudahan prosedur menjadi lapisan kedua. Pemanfaatan layanan yang tepat waktu dan berkualitas merupakan lapisan ketiga. Jika salah satu lapisan gagal, rumah tangga dapat tetap menanggung biaya kesehatan atau menunda pengobatan. Penundaan tersebut dapat meningkatkan keparahan penyakit dan pada saat yang sama memperbesar biaya ekonomi melalui kehilangan produktivitas. Marthias et al. (2021) menunjukkan bahwa multimorbiditas penyakit tidak menular di Indonesia berkaitan dengan penggunaan layanan, catastrophic health expenditure, dan kehilangan produktivitas. Perspektif ini menjadikan akses kesehatan sebagai bagian dari strategi perlindungan ekonomi rumah tangga.

Penelitian ini menempatkan kesenjangan kepemilikan dan akses sebagai satu rangkaian masalah. Fokusnya bukan sekadar menjawab berapa banyak masyarakat perdesaan yang memiliki jaminan, tetapi juga apakah jaminan tersebut dapat digunakan secara efektif, hambatan apa yang membuat akses tetap tidak setara, dan bagaimana hambatan tersebut berpotensi mengganggu kapasitas ekonomi rumah tangga. Dengan menggunakan data sekunder nasional dan sintesis tematik penelitian empiris, studi ini berupaya membangun penjelasan yang lebih integratif dan relevan bagi kebijakan perdesaan.

Ketangguhan ekonomi ditempatkan sebagai outcome yang dipengaruhi oleh empat lapisan antara, yaitu kepemilikan jaminan, akses fisik, kapasitas pelayanan, dan pemanfaatan layanan. Kepemilikan jaminan menurunkan risiko biaya medis langsung, tetapi pengaruhnya terhadap ketangguhan ekonomi bergantung pada apakah rumah tangga dapat mencapai dan menggunakan layanan. Akses fisik mencakup jarak, waktu tempuh, moda transportasi, dan biaya perjalanan. Kapasitas pelayanan mencakup ketersediaan fasilitas, tenaga kesehatan, obat, pemeriksaan, dan mekanisme rujukan. Pemanfaatan mencakup keputusan mencari pertolongan, ketepatan waktu, kesinambungan perawatan, dan penggunaan jaminan. Keempat lapisan tersebut menentukan financial protection dan akhirnya memengaruhi kemampuan rumah tangga mempertahankan konsumsi, pendapatan, dan aset produktif. Kerangka ini juga menempatkan faktor sosial ekonomi sebagai faktor lintas dimensi karena pendapatan, pekerjaan, pendidikan, dan karakteristik rumah tangga memengaruhi

kemampuan memperoleh jaminan sekaligus kemampuan mengatasi biaya akses. Terdapat 4 poin utama dalam penelitian ini sebagai berikut

1. Memetakan perkembangan kesenjangan kepemilikan jaminan kesehatan antara wilayah perkotaan dan perdesaan.
2. Mengidentifikasi bentuk utama kesenjangan akses pelayanan kesehatan yang dihadapi masyarakat perdesaan.
3. Menjelaskan hubungan antara keterbatasan kepemilikan dan akses dengan beban ekonomi rumah tangga.
4. Merumuskan arah strategi penguatan ketangguhan ekonomi melalui kebijakan pelayanan kesehatan perdesaan yang lebih inklusif.

II. METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan mixed methods berbasis data sekunder dengan desain integratif. Pendekatan kuantitatif digunakan untuk menggambarkan pola kepemilikan jaminan kesehatan dan konteks kerentanan ekonomi menurut klasifikasi wilayah, sedangkan pendekatan kualitatif digunakan untuk mensintesis temuan empiris mengenai pengalaman dan hambatan akses yang dilaporkan dalam penelitian terdahulu. Desain ini dipilih karena kesenjangan kesehatan perdesaan tidak cukup dijelaskan melalui indikator kepesertaan saja. Angka kepemilikan memberikan gambaran mengenai cakupan perlindungan, sementara temuan kualitatif dan hasil studi empiris membantu menjelaskan mengapa cakupan tersebut belum selalu menghasilkan akses yang efektif. Data pendukung mengenai kapasitas pelayanan dan perkembangan kebijakan kesehatan digunakan dari dokumen resmi Kementerian Kesehatan. Data tidak diolah untuk menghasilkan estimasi mikro baru; analisis dilakukan pada angka agregat yang telah dipublikasikan sehingga interpretasi diarahkan pada pola kesenjangan, bukan pada klaim kausalitas individual.

Komponen kualitatif berupa sintesis tematik terhadap artikel penelitian yang membahas kepemilikan JKN, akses pelayanan primer, pemanfaatan rumah sakit, pengeluaran kesehatan, hambatan geografis, tenaga kesehatan, dan perlindungan finansial di Indonesia. Artikel dipilih dengan tiga kriteria: diterbitkan dalam jurnal ilmiah, membahas konteks Indonesia atau wilayah perdesaan/remote Indonesia, dan memiliki keterkaitan langsung dengan minimal satu dimensi penelitian. Artikel yang digunakan terutama terbit pada 2019–2026 untuk menjaga relevansi, dengan satu artikel metodologis mengenai pekerja informal sebagai sumber penjelasan mengenai keberlanjutan kepesertaan. Sintesis dilakukan melalui pengelompokan temuan ke dalam tema coverage, geographic access, service capacity, utilization, financial burden, dan economic consequences.

Analisis kualitatif dilakukan melalui tiga tahap. Tahap pertama adalah ekstraksi temuan utama dari setiap artikel. Tahap kedua adalah pengodean tematik untuk menemukan pola yang berulang, misalnya jarak, biaya transportasi, ketersediaan tenaga kesehatan, keterbatasan informasi, status ekonomi, prosedur kepesertaan, dan pengeluaran dari kantong sendiri. Tahap ketiga adalah integrasi dengan hasil kuantitatif melalui joint interpretation, yaitu menempatkan temuan naratif sebagai penjelas terhadap pola angka. Dengan cara ini, peningkatan kepemilikan jaminan dapat dibaca bersama dengan pertanyaan apakah peningkatan tersebut disertai pengurangan hambatan akses dan beban ekonomi.

III. HASIL DAN DISKUSI

A. Hasil

Hasil analisis menunjukkan adanya peningkatan kepemilikan jaminan kesehatan di seluruh wilayah selama 2023–2025, tetapi peningkatan tersebut belum menghilangkan kesenjangan antara perkotaan perdesaan. Secara nasional, kepemilikan meningkat dari

72,38% pada 2023 menjadi 75,48% pada 2024 dan 78,04% pada 2025. Di perkotaan, angka meningkat dari 77,04% menjadi 79,80% dan 81,63%. Sementara itu, di perdesaan meningkat dari 65,91% menjadi 69,33% dan 72,77%. Dengan demikian, terjadi peningkatan sebesar 6,86 poin persentase di perdesaan selama tiga tahun, lebih besar secara absolut daripada peningkatan 4,59 poin di perkotaan. Namun, titik awal yang lebih rendah membuat kesenjangan tetap besar.

Selisih kepemilikan antara perkotaan dan perdesaan sebesar 11,13 poin persentase pada 2023, 10,47 poin pada 2024, dan 8,86 poin pada 2025. Penyempitan gap menunjukkan arah perbaikan, tetapi bukan berarti kesetaraan telah tercapai. Pada 2025, sekitar 27,23% penduduk perdesaan masih belum tercatat memiliki jaminan kesehatan berdasarkan indikator kepemilikan agregat tersebut. Angka ini penting karena menggambarkan ruang perlindungan yang masih harus ditutup, terutama pada wilayah dengan kemampuan ekonomi dan akses layanan yang lebih terbatas. Dalam konteks penelitian ini, coverage gap dipahami sebagai risiko awal yang dapat memperbesar konsekuensi ekonomi ketika rumah tangga mengalami kebutuhan pelayanan kesehatan.

Data kemiskinan memperkuat konteks kerentanan tersebut. Pada Maret 2025, kemiskinan perdesaan tercatat 11,03%, sedangkan kemiskinan perkotaan 6,73%. Pada September 2025, masing-masing menjadi 10,72% dan 6,60%. Walaupun kemiskinan perdesaan menurun, tingkatnya tetap lebih tinggi sekitar empat poin persentase dibandingkan perkotaan. Dengan demikian, masyarakat perdesaan menghadapi kondisi awal yang berbeda: sebagian rumah tangga memiliki ruang fiskal yang lebih sempit untuk menyerap biaya tambahan. Dalam situasi demikian, satu kejadian kesehatan yang memerlukan perjalanan jauh, pengobatan berulang, atau pendampingan dapat menggeser pengeluaran rumah tangga dari kebutuhan produktif ke kebutuhan pemulihan kesehatan.

Temuan pertama dari sintesis kualitatif adalah bahwa kesenjangan kepemilikan tidak berdiri sendiri. Laksono et al. (2022) menunjukkan bahwa tinggal di wilayah rural merupakan salah satu hambatan kepesertaan NHI di Indonesia. Studi Laksono et al. (2024) juga menunjukkan hubungan antara status sosial ekonomi dan kepemilikan NHI di wilayah perdesaan. Kelompok ekonomi yang lebih lemah menghadapi hambatan lebih besar untuk memiliki atau mempertahankan perlindungan. Pada sektor informal, pendapatan yang fluktuatif dapat membuat pembayaran premi reguler menjadi kurang kompatibel dengan pola pendapatan rumah tangga (Muttaqien et al., 2021). Dengan demikian, perluasan coverage melalui subsidi memang penting, tetapi mekanisme identifikasi dan pembaruan status peserta juga menentukan apakah perlindungan dapat dipertahankan.

Temuan kedua berkaitan dengan akses fisik dan ketersediaan layanan. Wenang et al. (2021) menunjukkan bahwa karakter remote berkaitan dengan distribusi tenaga kesehatan dan pola pemanfaatan layanan. Mereka menemukan perbedaan yang signifikan dalam ketersediaan dokter umum dan perawat antar kelompok wilayah. Penelitian Mawarni dan Sabran (2022) juga menunjukkan bahwa pemenuhan tenaga kesehatan masyarakat pada fasilitas primer belum seragam. Pada tingkat fasilitas, Khoirunurrofik dan Raras (2021) menemukan bahwa ketersediaan fasilitas kesehatan, tempat tidur, dokter, puskesmas, dan dokter puskesmas berhubungan dengan keputusan masyarakat terkait JKN. Temuan ini menunjukkan bahwa kepesertaan dan supply-side capacity merupakan dua komponen yang saling melengkapi.

Temuan ketiga adalah adanya kesenjangan dalam pemanfaatan layanan. Wulandari et al. (2022) menemukan bahwa penduduk perkotaan memiliki odds yang lebih tinggi untuk menggunakan layanan rawat jalan rumah sakit dibandingkan penduduk perdesaan, dengan adjusted odds ratio 1,493. Untuk rawat inap, odds penduduk perkotaan juga lebih tinggi, meskipun selisihnya lebih kecil. Cheng et al. (2025) menemukan bahwa tempat tinggal rural berkaitan dengan pola pemanfaatan fasilitas, termasuk kecenderungan yang lebih rendah untuk menggunakan rumah sakit pemerintah sebagai tempat rawat jalan. Temuan ini

menunjukkan bahwa status sebagai peserta tidak menghapus pengaruh lokasi tempat tinggal terhadap pilihan dan penggunaan layanan.

Temuan keempat menunjukkan bahwa biaya akses tidak berhenti pada biaya medis. Studi mengenai preferensi pelayanan di Indonesia menunjukkan bahwa penduduk rural lebih sensitif terhadap komponen biaya nonmedis yang direpresentasikan oleh jarak perjalanan, sedangkan penduduk urban lebih sensitif terhadap biaya medis. Temuan tersebut membantu menjelaskan mengapa layanan yang secara nominal ditanggung oleh JKN tetap dapat sulit digunakan oleh rumah tangga perdesaan. Biaya transportasi, waktu tempuh, konsumsi selama perjalanan, biaya pendamping, dan kehilangan pendapatan dapat menjadi penghalang yang tidak terlihat dalam indikator kepesertaan. Dalam perspektif effective coverage, layanan belum sepenuhnya efektif jika secara administratif tersedia tetapi secara geografis dan ekonomi sulit dicapai.

Temuan kelima adalah adanya perlindungan finansial yang nyata tetapi tidak sempurna. Maulana et al. (2022) menunjukkan bahwa rumah tangga dengan JKN memiliki probabilitas lebih rendah untuk membayar out-of-pocket dibandingkan rumah tangga tanpa JKN. Perlindungan ini penting bagi kelompok miskin dan rural. Namun, Fattah et al. (2023) memperlihatkan bahwa catastrophic health spending masih terjadi pada rumah tangga Indonesia. Pratiwi et al. (2021) juga menunjukkan bahwa keterbatasan layanan menjadi salah satu kendala penting bagi pemanfaatan manfaat asuransi, khususnya di wilayah dengan service availability rendah. Artinya, financial protection bergantung pada interaksi antara pembiayaan dan kapasitas pelayanan.

Temuan keenam menghubungkan risiko kesehatan dengan produktivitas. Marthias et al. (2021) menunjukkan bahwa multimorbiditas penyakit tidak menular berhubungan dengan penggunaan layanan kesehatan, pengeluaran kesehatan katastropik, dan productivity loss. Bagi rumah tangga perdesaan yang mengandalkan pekerjaan informal, pertanian, perdagangan kecil, atau pekerjaan harian, kehilangan satu atau beberapa hari kerja dapat memiliki dampak yang relatif besar. Jika sakit terjadi pada pencari nafkah utama, rumah tangga dapat menghadapi dua tekanan sekaligus: pengeluaran meningkat sementara pendapatan turun. Kondisi inilah yang menjadikan akses kesehatan relevan sebagai komponen ketangguhan ekonomi.

Hasil sintesis juga menunjukkan pentingnya aktor komunitas. Yani et al. (2023) melaporkan bahwa peningkatan kapasitas kader posyandu di perdesaan Indonesia berkaitan dengan peningkatan kehadiran ibu dan anak di posyandu serta peningkatan pencarian pelayanan ke puskesmas dan polindes. Temuan ini memperlihatkan bahwa akses tidak hanya dibentuk oleh fasilitas fisik, tetapi juga oleh kemampuan sistem menjembatani masyarakat dengan fasilitas. Kader, pemerintah desa, puskesmas, dan jejaring layanan dapat berperan sebagai pengurang transaction costs bagi masyarakat, terutama bagi kelompok yang kurang memahami prosedur atau menghadapi keterbatasan mobilitas.

Perbandingan lintas studi memperlihatkan bahwa kesenjangan akses dapat dikelompokkan menjadi lima dimensi utama. Pertama, coverage gap berupa penduduk yang belum memiliki jaminan. Kedua, physical access gap berupa jarak, waktu tempuh, dan keterbatasan transportasi. Ketiga, service capacity gap berupa kekurangan tenaga, fasilitas, atau kemampuan layanan. Keempat, utilization gap berupa perbedaan pola penggunaan layanan walaupun seseorang telah menjadi peserta. Kelima, financial protection gap berupa biaya yang tetap ditanggung rumah tangga. Kelima dimensi tersebut saling berinteraksi dan membentuk risiko ekonomi. Rumah tangga yang menghadapi lebih dari satu gap berada pada kondisi paling rentan karena setiap hambatan memperkuat hambatan berikutnya.

B. Diskusi

Temuan penelitian memperlihatkan bahwa masalah utama bukan lagi semata-mata apakah masyarakat memiliki jaminan, melainkan apakah jaminan tersebut menghasilkan akses

yang efektif. Konsep effective coverage menjadi relevan karena cakupan administratif dapat tinggi sementara pemanfaatan layanan tetap timpang. Kesenjangan 8,86 poin persentase antara perkotaan dan perdesaan pada 2025 memang lebih kecil dibandingkan 11,13 poin pada 2023, tetapi seperempat lebih penduduk perdesaan masih berada di luar kepemilikan jaminan. Di sisi lain, masyarakat yang telah memiliki jaminan juga dapat mengalami hambatan penggunaan. Karena itu, evaluasi kebijakan perlu memindahkan indikator keberhasilan dari coverage menuju coverage yang benar-benar dapat digunakan.

Peningkatan coverage di perdesaan selama 2023-2025 merupakan perkembangan positif. Kenaikan dari 65,91% menjadi 72,77% menunjukkan bahwa ekspansi perlindungan mulai menjangkau wilayah yang sebelumnya lebih tertinggal. Namun, interpretasi angka tersebut perlu hati-hati. Peningkatan coverage dapat berasal dari perluasan PBI, peningkatan kepesertaan mandiri, atau perubahan komposisi kepesertaan, sementara kemampuan fasilitas untuk menyerap tambahan permintaan tidak otomatis meningkat pada kecepatan yang sama. Kajian Pratiwi et al. (2021) mengingatkan bahwa coverage, service availability, dan utilization harus dilihat sebagai satu sistem. Kebijakan yang hanya mengejar jumlah peserta berpotensi memperbesar demand tanpa mengatasi bottleneck pada sisi pasokan.

Dimensi geografis menjadi isu yang sangat penting bagi perdesaan Indonesia. Desa tidak merupakan kategori yang homogen. Ada desa yang relatif dekat dengan pusat kabupaten, tetapi ada pula desa di kepulauan, pegunungan, perbatasan, dan wilayah dengan jaringan jalan terbatas. Putri et al. (2022) menekankan bahwa definisi rural di Indonesia memiliki implikasi langsung terhadap kebijakan tenaga kesehatan. Karena itu, kebijakan satu ukuran untuk semua desa berisiko gagal. Intervensi akses harus berbasis tingkat keterpencilan, waktu tempuh, moda transportasi, kepadatan penduduk, dan ketersediaan tenaga kesehatan. Pendekatan berbasis jarak geografis saja juga belum cukup karena dua desa dengan jarak yang sama dapat memiliki waktu tempuh dan biaya perjalanan yang berbeda.

Masalah supply-side juga perlu diposisikan sebagai bagian dari perlindungan sosial. Jika puskesmas kekurangan tenaga, jam pelayanan terbatas, obat atau pemeriksaan tertentu tidak tersedia, atau sistem rujukan membutuhkan perjalanan panjang, rumah tangga tetap menghadapi biaya tambahan meskipun kepesertaannya aktif. Dalam konteks ini, penguatan layanan primer memiliki dua fungsi sekaligus. Pertama, meningkatkan kesehatan melalui pelayanan preventif dan kuratif yang dekat dengan masyarakat. Kedua, mengurangi biaya transaksi rumah tangga karena kebutuhan dasar dapat diselesaikan tanpa perjalanan panjang. Temuan Wenang et al. (2021) tentang pentingnya kapasitas primary health care di wilayah remote memperkuat argumen tersebut.

Kebijakan transportasi kesehatan juga perlu mendapat perhatian. Biaya perjalanan sering diperlakukan sebagai isu sektoral yang terpisah dari kebijakan kesehatan, padahal bagi rumah tangga perdesaan keduanya saling terkait. Ambulans desa, transportasi rujukan, dukungan biaya perjalanan untuk kelompok miskin, serta integrasi layanan dengan pemerintah desa dapat mengurangi hambatan nonmedis. Pendekatan ini sangat relevan untuk kasus yang memerlukan rujukan ke rumah sakit. Ketika jarak dan biaya perjalanan menjadi penentu keputusan berobat, subsidi biaya medis tanpa dukungan mobilitas dapat menghasilkan perlindungan yang tidak lengkap.

Dimensi informasi dan administrasi juga harus diperhitungkan. Kepesertaan JKN tidak selalu identik dengan pemahaman tentang alur layanan, fasilitas tingkat pertama, rujukan, status kepesertaan, atau hak peserta. Variabel Susenas bahkan membedakan sejumlah alasan tidak menggunakan jaminan, termasuk tidak mengetahui cara memanfaatkan jaminan, prosedur yang sulit dipenuhi, kartu tidak aktif, biaya transportasi, tidak adanya fasilitas yang mudah dijangkau, dan waktu tunggu. Keberadaan kategori tersebut menunjukkan bahwa akses efektif memiliki komponen administratif dan behavioral. Kebijakan perlu menghadirkan pendampingan yang sederhana, terutama melalui puskesmas, kader, pemerintah desa, dan kanal digital yang dapat digunakan oleh masyarakat.

Ketangguhan ekonomi rumah tangga dapat dijelaskan melalui tiga mekanisme. Mekanisme pertama adalah income loss. Ketika seseorang sakit atau mendampingi anggota keluarga sakit, waktu kerja berkurang dan pendapatan dapat turun. Mekanisme kedua adalah expenditure shock, yaitu meningkatnya pengeluaran untuk pengobatan, perjalanan, makanan selama perjalanan, dan kebutuhan pendamping. Mekanisme ketiga adalah asset and opportunity loss, yaitu ketika rumah tangga harus mengurangi tabungan, menjual aset produktif, menunda pendidikan, atau mengurangi modal usaha untuk membiayai kebutuhan kesehatan. JKN terutama bekerja pada mekanisme kedua dengan mengurangi biaya medis, tetapi tidak otomatis menghapus income loss dan biaya nonmedis. Oleh sebab itu, penguatan ketangguhan membutuhkan kebijakan lintas sektor.

Hubungan ini menjelaskan mengapa masyarakat dengan pendapatan rendah perlu ditempatkan sebagai prioritas kebijakan. Laksono et al. (2024) menunjukkan bahwa status sosial ekonomi berhubungan dengan kepemilikan NHI di perdesaan. Jika rumah tangga miskin sekaligus tinggal jauh dari fasilitas, bekerja di sektor informal, dan memiliki keterbatasan informasi, maka mereka mengalami multiple vulnerability. Kebijakan yang hanya memperluas kepesertaan tanpa menyelesaikan hambatan lain akan menghasilkan perlindungan yang parsial. Pendekatan targeting karena itu sebaiknya tidak hanya berdasarkan kemiskinan, tetapi juga mempertimbangkan keterpencilan, jenis pekerjaan, usia, disabilitas, ketergantungan keluarga, dan hambatan mobilitas.

Dari sisi kelembagaan, pemerintah desa dapat memainkan peran yang lebih besar sebagai simpul koordinasi. Pemerintah desa tidak menggantikan fungsi BPJS atau puskesmas, tetapi dapat membantu mengidentifikasi kelompok yang belum memiliki jaminan, memfasilitasi informasi, mengoordinasikan transportasi rujukan, dan menghubungkan keluarga rentan dengan layanan sosial. Penguatan kader juga relevan karena kader berada dekat dengan masyarakat. Temuan Yani et al. (2023) memperlihatkan bahwa peningkatan kapasitas kader dapat meningkatkan pencarian pelayanan. Dengan desain yang tepat, jaringan sosial lokal dapat berfungsi sebagai infrastruktur akses yang melengkapi infrastruktur kesehatan formal.

Kebijakan pelayanan kesehatan primer juga perlu lebih berorientasi pada continuity of care. Rumah tangga perdesaan tidak hanya membutuhkan satu kali pelayanan, tetapi juga kesinambungan diagnosis, pengobatan, pemantauan penyakit kronis, rujukan, dan tindak lanjut. Jika setiap kebutuhan mengharuskan perjalanan baru ke fasilitas yang jauh, biaya kumulatif akan meningkat. Penguatan pelayanan primer, telekonsultasi yang didukung jejaring rujukan, kunjungan rumah untuk kelompok tertentu, serta pelayanan bergerak dapat menurunkan biaya tersebut. Namun, digitalisasi tidak boleh diposisikan sebagai pengganti layanan fisik karena kesenjangan internet dan literasi digital juga dapat mengikuti pola kesenjangan geografis.

Temuan mengenai catastrophic health spending memperlihatkan bahwa perlindungan finansial harus dipantau secara periodik. Fattah et al. (2023) menunjukkan bahwa pengeluaran kesehatan katastropik masih menjadi masalah meskipun JKN telah berkembang luas. Evaluasi program karena itu perlu memasukkan indikator seperti proporsi rumah tangga yang mengalami pengeluaran kesehatan tinggi, biaya transportasi rata-rata untuk rujukan, kehilangan hari kerja, keterlambatan berobat, dan penggunaan aset untuk membayar kesehatan. Indikator tersebut lebih dekat dengan pengalaman rumah tangga daripada sekadar angka kepesertaan.

Dari perspektif tata kelola, pengurangan kesenjangan membutuhkan koordinasi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, pemerintah desa, dan aktor komunitas. Pemerintah pusat menetapkan standar dan pembiayaan; pemerintah daerah memastikan kapasitas layanan dan konektivitas; BPJS mengelola mekanisme pembiayaan; fasilitas kesehatan memberikan pelayanan; pemerintah desa dan kader membantu menjembatani masyarakat; sedangkan rumah tangga menjadi pengguna sekaligus sumber informasi mengenai hambatan nyata. Pendekatan multiaktor diperlukan karena tidak

ada satu institusi yang dapat menyelesaikan seluruh rantai akses. Keberhasilan kebijakan harus diukur dari titik pengalaman masyarakat, yaitu apakah orang yang membutuhkan pelayanan dapat sampai ke fasilitas, menerima pelayanan, dan pulang tanpa mengalami tekanan ekonomi yang merusak.

Secara keseluruhan, penelitian ini mengusulkan model konseptual bahwa ketangguhan ekonomi perdesaan dipengaruhi oleh interaksi antara coverage, access, service capacity, utilization, dan financial protection. Coverage yang rendah meningkatkan probabilitas biaya medis langsung. Access yang rendah meningkatkan biaya nonmedis dan risiko penundaan. Service capacity yang rendah mengurangi kemampuan sistem menerjemahkan kepesertaan menjadi pelayanan. Utilization yang tidak tepat waktu dapat memperburuk kondisi kesehatan. Financial protection yang tidak lengkap memungkinkan guncangan kesehatan berubah menjadi guncangan ekonomi. Karena itu, strategi kebijakan harus bekerja pada seluruh rantai tersebut, bukan hanya pada satu indikator.

Implikasi kebijakan yang paling penting adalah perlunya indikator kinerja yang mengukur hasil akhir, bukan hanya input. Pemerintah dapat mengembangkan dashboard ketangguhan kesehatan perdesaan yang memadukan coverage rate, effective utilization, waktu tempuh menuju fasilitas, ketersediaan tenaga kesehatan, proporsi rujukan yang terselesaikan, biaya transportasi, pengeluaran kesehatan rumah tangga, dan kehilangan hari kerja. Indikator tersebut dapat disajikan menurut tingkat keterpencilan sehingga daerah dengan coverage tinggi tetapi akses rendah tetap terlihat sebagai wilayah prioritas. Dengan cara ini, keberhasilan program dapat dinilai berdasarkan kemampuan sistem mengurangi kerentanan, bukan sekadar meningkatkan angka kepesertaan.

Dalam jangka menengah, strategi perlu diarahkan pada penguatan primary health care sebagai jangkar ketangguhan ekonomi perdesaan. Puskesmas dan jejaringnya perlu diberi kapasitas untuk melakukan deteksi dini, manajemen penyakit kronis, edukasi, rujukan, dan tindak lanjut. Pada wilayah sangat terpencil, pendekatan pelayanan bergerak dan dukungan transportasi dapat menjadi pelengkap. Pada wilayah dengan konektivitas digital memadai, telekonsultasi dapat digunakan untuk mengurangi perjalanan yang tidak perlu, tetapi harus disertai mekanisme rujukan fisik ketika dibutuhkan. Dengan kombinasi tersebut, jaminan kesehatan tidak berhenti sebagai instrumen pembiayaan, melainkan menjadi bagian dari sistem perlindungan sosial yang membantu rumah tangga tetap sehat, produktif, dan mampu bertahan ketika menghadapi guncangan.

IV. KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan di Indonesia terus meningkat, tetapi kesenjangan antara perkotaan dan perdesaan masih nyata. Pada 2025, kepemilikan di perdesaan mencapai 72,77%, masih di bawah perkotaan sebesar 81,63%, sementara kerentanan ekonomi perdesaan juga lebih tinggi. Sintesis penelitian terdahulu menunjukkan bahwa kesenjangan tidak berhenti pada coverage, tetapi berlanjut pada jarak geografis, kapasitas fasilitas dan tenaga kesehatan, pemanfaatan layanan, biaya nonmedis, serta perlindungan finansial. Rangkaian hambatan tersebut dapat mengubah guncangan kesehatan menjadi guncangan ekonomi melalui peningkatan pengeluaran dan kehilangan pendapatan. Karena itu, penguatan ketangguhan ekonomi masyarakat perdesaan perlu diarahkan pada effective coverage melalui perluasan kepesertaan, penguatan pelayanan primer, perbaikan konektivitas dan transportasi rujukan, pendampingan pemanfaatan JKN, penguatan kader dan pemerintah desa, serta pemantauan indikator financial protection dan produktivitas rumah tangga.

ACKNOWLEDGEMENT

Memuat ucapan terima kasih kepada lembaga penyandang dana dan/atau individu yang telah membantu dalam penelitian dan/atau penyusunan naskah.

REFERENCES

Cheng, Q., Fattah, R. A., Susilo, D., Satrya, A., Haemmerli, M., Kosen, S., Novitasari, D., Puteri, G. C. C., Adawiyah, E., Hayen, A., Mills, A., Tangcharoensathien, V., Jan, S., Thabrany, H., Asante, A., & Wiseman, V. (2025). Determinants of healthcare utilization under the Indonesian national health insurance system – a cross-sectional study. BMC Health Services Research, 25, 48. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11951-8

Erlangga, D., Ali, S., & Bloor, K. (2019). The impact of public health insurance on healthcare utilisation in Indonesia: Evidence from panel data. International Journal of Public Health, 64(4), 603–613. https://doi.org/10.1007/s00038-019-01215-2

Fattah, R. A., Cheng, Q., Thabrany, H., Susilo, D., Satrya, A., Haemmerli, M., Kosen, S., Novitasari, D., Puteri, G. C. C., Adawiyah, E., Hayen, A., Gilson, L., Mills, A., Tangcharoensathien, V., Jan, S., Asante, A., & Wiseman, V. (2023). Incidence of catastrophic health spending in Indonesia: Insights from a Household Panel Study 2018–2019. International Journal for Equity in Health, 22, 185. https://doi.org/10.1186/s12939-023-01980-w

Khoirunurrofik, K., & Raras, G. (2021). Health services provision and decision to buy Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) in Indonesia. Health Policy OPEN, 2, 100050. https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2021.100050

Laksono, A. D., Nantabah, Z. K., Wulandari, R. D., Khoiri, A., & Tahangnacca, M. (2022). Barriers to expanding the National Health Insurance membership in Indonesia: Who should the target? Journal of Primary Care & Community Health, 13, 21501319221111112. https://doi.org/10.1177/21501319221111112

Laksono, A. D., Wulandari, R. D., Effendi, D. E., Tumaji, T., & Nantabah, Z. K. (2024). Role of socioeconomic status in National Health Insurance ownership in Indonesia's rural areas. Journal of Research in Health Sciences, 24(1), e00608. https://doi.org/10.34172/jrhs.2024.143

Marthias, T., Anindya, K., Ng, N., McPake, B., Atun, R., Arfyanto, H., Hulse, E. S. G., Zhao, Y., Jusril, H., Pan, T., Ishida, M., & Lee, J. T. (2021). Impact of non-communicable disease multimorbidity on health service use, catastrophic health expenditure and productivity loss in Indonesia: A population-based panel data analysis study. BMJ Open, 11(2), e041870. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041870

Maulana, N., Soewondo, P., Adani, N., Limasalle, P., & Pattnaik, A. (2022). How Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) coverage influences out-of-pocket (OOP) payments by vulnerable populations in Indonesia. PLOS Global Public Health, 2(7), e0000203. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000203

Mawarni, D., & Sabran, S. (2022). How is the availability of public health workers in Indonesia's primary health care? Secondary data analysis of health facility research in 2019. Journal of Public Health in Africa, 13(Suppl 2), 2400. https://doi.org/10.4081/jphia.2022.2400

Nugraheni, W. P., Laksono, A. D., Kusnali, A., Latifah, L., Ardani, I., Mubasyiroh, R., Yunitawati, D., Warouw, T. S., & Rachmawati, T. (2026). Expanding national health insurance coverage in Indonesia's remote areas: Who should be prioritized? Rural and Remote Health, 26(1), 9761. https://doi.org/10.22605/RRH9761

Pratiwi, A. B., Setiyaningsih, H., Kok, M. O., Hoekstra, T., Mukti, A. G., & Pisani, E. (2021). Is Indonesia achieving universal health coverage? Secondary analysis of national data on insurance coverage, health spending and service availability. BMJ Open, 11(10), e050565. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050565

Puspitasari, M. D., Gunawan, B. T., & Apriyanto, E. B. (2026). Employment status and healthcare utilization in Indonesia: A multilevel analysis across developed and underdeveloped districts. Rural and Remote Health, 26(2), 10494. https://doi.org/10.22605/RRH10494

Putri, L. P., Russell, D. J., O'Sullivan, B. G., Meliala, A., & Kippen, R. (2022). A critical review of definitions of rural areas in Indonesia and implications for health workforce policy and research. Health Research Policy and Systems, 20, 46. https://doi.org/10.1186/s12961-022-00847-w

Wenang, S., Schaefers, J., Afdal, A., Gufron, A., Geyer, S., Dewanto, I., & Haier, J. (2021). Availability and accessibility of primary care for the remote, rural, and poor population of Indonesia. Frontiers in Public Health, 9, 721886. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.721886

Wulandari, R. D., Laksono, A. D., Nantabah, Z. K., Rohmah, N., & Zuardin, Z. (2022). Hospital utilization in Indonesia in 2018: Do urban–rural disparities exist? BMC Health Services Research, 22, 491. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07896-5

Yani, F., Shah, M., Retno, W., & Luqman, P. (2023). Access and utilization of health services improved by trained posyandu cadres in rural Indonesia. European Journal of Public Health, 33(Supplement_2), ckad160.805. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.805