Cendekia Medika: Jurnal STIKes Al-Ma'arif Baturaja
Volume 11 Number 4: Oktober – Desember 2026

OPEN ACCESS

Original Article

Analysis of JKN-BPJS Kesehatan Participant Activity in the Implementation of Universal Health Coverage in North Musi Rawas Regency

Analisis Keaktifan Peserta Jkn Bpjs Kesehatan Dalam Implementasi Universal Health Coverage di Kabupaten Musi Rawas Utara

Suja Aspikawati[1], Arie Wahyudi[2], Chairil Zaman[3]
[1,2,3] Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada, Palembang, Indonesia

Corresponding Author:
Suja Aspikawati
STIK Bina Husada Palembang
Email: aspikawatisuja@gmail.com

Keyword:
Universal Health Coverage, National Health Insurance, Policy Implementation, Active Membership

Kata Kunci:
Universal Health Coverage, JKN, Implementasi Kebijakan, Kepesertaan Aktif

© The Author(s) 2026

Abstract

*Universal Health Coverage (UHC) is a policy aimed at ensuring access to health services through the National Health Insurance Program (*Jaminan Kesehatan Nasional/JKN*). North Musi Rawas Regency has achieved UHC coverage of 102.61%; however, 21,152 JKN participants remain inactive. This condition indicates that high administrative coverage does not fully guarantee the continuity of health protection for the community. Therefore, this study was conducted to analyze the implementation of UHC in addressing inactive JKN participants. This study employed a qualitative approach using George C. Edward III's policy implementation theory, which encompasses communication, resources, disposition, and bureaucratic structure. The study was conducted from February to April 2026 and involved 13 informants from the Health Office, Social Affairs Office, BPJS Kesehatan, Population and Civil Registration Office, and seven Community Health Centers (Puskesmas). Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions and analyzed using NVivo 15. The findings indicate that communication was carried out through socialization, information dissemination, and interagency coordination, but remained suboptimal and tended to be reactive due to budget limitations. Resources were generally adequate; however, budget constraints continued to hinder socialization and the reactivation of inactive JKN participants. Implementer disposition was demonstrated through strong commitment, initiative, and understanding of the policy. The bureaucratic structure was supported by clear task division, standard operating procedures (SOPs), and cross-sectoral coordination, but interagency data integration remained suboptimal. UHC implementation was supported by implementer commitment and local government policies, but challenges remained in terms of budget limitations, data integration, public understanding, changes in socioeconomic status, and population administration.*

Abstrak

Universal Health Coverage (UHC) merupakan kebijakan untuk menjamin akses pelayanan kesehatan melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kabupaten Musi Rawas Utara telah mencapai cakupan UHC sebesar 102,61%, tetapi masih terdapat 21.152 peserta JKN berstatus tidak aktif. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa tingginya cakupan kepesertaan belum sepenuhnya menjamin keberlanjutan perlindungan kesehatan masyarakat, sehingga penelitian ini dilakukan untuk menganalisis implementasi UHC dalam mengatasi ketidakaktifan peserta JKN. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan teori implementasi George C. Edward III yang meliputi komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Penelitian dilaksanakan pada Februari–April 2026 dengan melibatkan 13 informan dari Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil, serta tujuh Puskesmas. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan *focus group discussion*, kemudian dianalisis menggunakan NVivo 15. Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi telah dilakukan melalui sosialisasi, penyampaian informasi, dan koordinasi antarinstansi, tetapi belum optimal dan cenderung reaktif akibat keterbatasan anggaran. Sumber daya secara umum memadai, namun keterbatasan anggaran masih menghambat sosialisasi dan reaktivasi peserta JKN nonaktif. Disposisi pelaksana ditunjukkan melalui komitmen, inisiatif, dan pemahaman yang baik terhadap kebijakan. Struktur birokrasi didukung pembagian tugas, SOP, dan koordinasi lintas sektor, tetapi integrasi data antarinstansi belum optimal. Implementasi UHC didukung komitmen pelaksana dan kebijakan pemerintah daerah, namun masih menghadapi kendala anggaran, integrasi data, pemahaman masyarakat, perubahan status sosial ekonomi, dan administrasi kependudukan.

Article Info:
Received : June 25, 2026
Revised : September 17, 2026
Accepted : Oktober 19, 2026

Cendekia Medika: Jurnal STIKes Al-Ma'arif Baturaja
e-ISSN : 2620-5424
p-ISSN : 2503-1392

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Universal Health Coverage (UHC) merupakan komitmen global yang bertujuan menjamin seluruh masyarakat memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa mengalami kesulitan finansial [1]. UHC menjadi bagian penting dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya tujuan ketiga yang berfokus pada peningkatan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Dalam konsep UHC, keberhasilan cakupan kesehatan tidak hanya dilihat dari jumlah penduduk yang telah terdaftar dalam suatu program jaminan kesehatan, tetapi juga mencakup akses terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan berkualitas serta perlindungan dari kesulitan finansial akibat biaya kesehatan. Di Indonesia, implementasi UHC diwujudkan salah satunya melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan sejak tahun 2014. Program ini dirancang untuk memberikan perlindungan kesehatan bagi seluruh penduduk melalui mekanisme kepesertaan dan akses pelayanan kesehatan yang berkelanjutan dan merata [2].

Dalam perkembangannya, cakupan kepesertaan JKN di Indonesia terus mengalami peningkatan. Namun, keberhasilan pencapaian cakupan kepesertaan secara administratif belum sepenuhnya mencerminkan keberhasilan perlindungan kesehatan secara substantif. Cakupan kepesertaan JKN menunjukkan jumlah atau proporsi penduduk yang tercatat sebagai peserta JKN, sedangkan kepesertaan aktif menunjukkan kondisi peserta yang memiliki status aktif sehingga dapat memperoleh manfaat pelayanan sesuai dengan ketentuan program. Dengan demikian, cakupan kepesertaan JKN dan kepesertaan aktif merupakan dua hal yang berkaitan tetapi tidak sepenuhnya identik. Salah satu tantangan yang masih dihadapi adalah tingginya jumlah peserta yang berstatus tidak aktif [3]. Status kepesertaan yang tidak aktif dapat menyebabkan peserta tidak dapat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program JKN sesuai ketentuan yang berlaku. Kondisi ini berpotensi meningkatkan kerentanan kesehatan dan ekonomi masyarakat, terutama bagi kelompok miskin dan rentan yang seharusnya memperoleh perlindungan melalui sistem jaminan kesehatan nasional.

Kabupaten Musi Rawas Utara merupakan salah satu daerah yang telah berhasil mencapai status *Universal Health Coverage*. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas Utara bulan Desember tahun 2025, jumlah peserta JKN di Kabupaten Musi Rawas Utara mencapai 210.724 jiwa atau 102,61% dari total penduduk sebanyak 205.366 jiwa. Capaian tersebut menunjukkan bahwa secara administratif cakupan kepesertaan JKN di Kabupaten Musi Rawas Utara telah mencapai lebih dari 100% dibandingkan jumlah penduduk. Namun demikian, di balik tingginya cakupan kepesertaan tersebut masih terdapat 21.152 peserta atau sekitar 10,03% yang berstatus tidak aktif. Persentase 102,61% dihitung dari perbandingan jumlah peserta JKN dengan jumlah penduduk, sedangkan persentase 10,03% dihitung dari jumlah peserta tidak aktif dibandingkan dengan total peserta JKN. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara keberhasilan pencapaian cakupan kepesertaan dengan keberlanjutan status aktif peserta sebagai indikator penting dalam perlindungan kesehatan masyarakat.

Permasalahan ketidakaktifan peserta JKN dipengaruhi oleh berbagai faktor yang bersifat kompleks. Ketidakaktifan dapat terjadi akibat perubahan status kepesertaan, ketidaksesuaian data administrasi kependudukan, perpindahan segmen kepesertaan, penghentian bantuan iuran, maupun rendahnya kepatuhan pembayaran iuran bagi peserta mandiri [4]. Selain itu, keterbatasan sosialisasi, belum optimalnya integrasi data antarinstansi, serta koordinasi lintas sektor yang belum sepenuhnya efektif turut memengaruhi keberlanjutan status

aktif peserta JKN. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa permasalahan ketidakaktifan peserta tidak hanya berkaitan dengan aspek administrasi kepesertaan, tetapi juga erat kaitannya dengan implementasi kebijakan UHC di tingkat daerah.

Implementasi kebijakan merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan suatu program publik. Menurut George C. Edward III, keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel utama, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi [5]. Komunikasi yang efektif diperlukan agar informasi mengenai kebijakan, status kepesertaan, serta mekanisme penanganan dan reaktivasi peserta dapat dipahami oleh masyarakat dan seluruh aktor yang terlibat. Sumber daya yang memadai menjadi prasyarat pelaksanaan program secara optimal, termasuk ketersediaan anggaran, sumber daya manusia, data, dan sarana pendukung dalam penanganan peserta tidak aktif. Disposisi pelaksana mencerminkan komitmen dan kemauan pelaksana dalam menjalankan kebijakan serta menindaklanjuti permasalahan kepesertaan, sedangkan struktur birokrasi berperan dalam memastikan pembagian tugas, prosedur, dan koordinasi antarinstansi berjalan secara efektif. Keempat variabel tersebut saling berkaitan dalam menentukan keberhasilan implementasi kebijakan, termasuk dalam upaya mempertahankan dan memulihkan status aktif peserta JKN sebagai bagian dari pelaksanaan UHC.

Beberapa penelitian terdahulu menunjukkan bahwa implementasi kebijakan UHC masih menghadapi berbagai tantangan di tingkat daerah. Penelitian Mujtahidah & Istiqamah (2024) menemukan bahwa dukungan pemerintah daerah, validasi data kependudukan, serta penguatan pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap keberhasilan pencapaian UHC [6]. Penelitian lain menunjukkan bahwa keterbatasan sumber daya, lemahnya koordinasi antarinstansi, dan rendahnya pemahaman masyarakat terhadap program JKN menjadi faktor yang memengaruhi efektivitas implementasi kebijakan kesehatan (7). Meskipun demikian, penelitian yang secara khusus menganalisis implementasi kebijakan UHC dalam konteks keberlanjutan kepesertaan aktif dan permasalahan peserta JKN tidak aktif masih terbatas, khususnya penelitian yang mengkaji keterkaitan komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi dalam proses penanganan dan reaktivasi peserta tidak aktif.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini menjadi penting dilakukan karena tidak hanya menilai capaian UHC dari aspek kuantitatif kepesertaan, tetapi juga mengkaji bagaimana implementasi kebijakan UHC berlangsung dalam menjaga keberlanjutan kepesertaan aktif JKN. Fokus penelitian diarahkan pada bagaimana komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi berperan dalam menangani permasalahan peserta JKN tidak aktif, termasuk proses koordinasi dan reaktivasi kepesertaan. Dengan demikian, kebaruan penelitian ini tidak hanya terletak pada konteks Kabupaten Musi Rawas Utara, tetapi pada fokus analisis implementasi UHC dalam menghadapi kesenjangan antara tingginya cakupan kepesertaan secara administratif dengan keberlanjutan status aktif peserta melalui perspektif George C. Edward III.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* dalam mengatasi ketidakaktifan peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Musi Rawas Utara berdasarkan perspektif implementasi kebijakan George C. Edward III yang meliputi aspek komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, serta pemangku kepentingan lainnya dalam meningkatkan efektivitas implementasi UHC, memperkuat koordinasi dan pengelolaan kepesertaan, serta menjaga

keberlanjutan kepesertaan aktif JKN sebagai bagian dari upaya mewujudkan perlindungan kesehatan yang merata dan berkelanjutan bagi masyarakat.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain penelitian deskriptif. Pendekatan ini dipilih untuk memperoleh pemahaman yang mendalam mengenai implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) dalam mengatasi ketidakaktifan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Musi Rawas Utara. Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Musi Rawas Utara, Provinsi Sumatera Selatan, pada bulan Februari sampai April 2026.

Subjek penelitian ditentukan menggunakan teknik purposive sampling, yaitu pemilihan informan secara sengaja berdasarkan keterlibatan dan pengetahuan terhadap implementasi kebijakan UHC. Informan penelitian terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas Utara, Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan, Kepala Bidang Perlindungan dan Jaminan Sosial Dinas Sosial, Penanggung Jawab JKN Dinas Kesehatan, petugas BPJS Kesehatan, operator Sistem Informasi Kesehatan, serta pihak-pihak lain yang terlibat dalam pengelolaan kepesertaan JKN. . Informan didominasi oleh pelaksana kebijakan karena penelitian berfokus pada implementasi UHC berdasarkan perspektif George C. Edward III, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Perspektif masyarakat atau peserta JKN tidak aktif tidak digali secara langsung, sehingga informasi mengenai pemahaman dan perilaku masyarakat dipahami berdasarkan keterangan dari pelaksana kebijakan dan menjadi keterbatasan dalam interpretasi hasil penelitian.

Data kualitatif diperoleh melalui *in-depth interview* secara individual (*one-to-one*) menggunakan pedoman wawancara semi-terstruktur. Wawancara dilakukan dengan Bahasa Indonesia, dengan tetap memberikan kesempatan kepada informan menggunakan bahasa daerah apabila lebih nyaman. Setiap wawancara berlangsung sekitar 30–60 menit dan, atas persetujuan informan, direkam menggunakan smartphone serta dilengkapi dengan catatan lapangan.

Pedoman wawancara telah melalui *expert judgment* oleh dosen. Penilaian mencakup relevansi, kejelasan, kesesuaian, dan kelengkapan pertanyaan. *Expert judgment* digunakan untuk memastikan pedoman dapat digunakan dalam menggali informasi sesuai fokus penelitian, bukan sebagai uji validitas dan reliabilitas statistik seperti pada instrumen kuantitatif.

Hasil wawancara ditranskripsikan secara verbatim berdasarkan rekaman. Apabila terdapat penggunaan bahasa daerah, transkrip diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia dengan mempertahankan makna dan konteks pernyataan informan. Ketepatan transkrip dan terjemahan diperiksa kembali oleh peneliti dan diklarifikasi kepada informan apabila terdapat informasi yang kurang jelas.

Keabsahan data dilakukan melalui triangulasi sumber dan triangulasi metode. Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan informasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas Utara, BPJS Kesehatan, Dinas Sosial, Puskesmas, serta informan pendukung yang terlibat dalam pelaksanaan UHC dan penanganan peserta JKN nonaktif. Triangulasi metode dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara mendalam, *focus group discussion* (FGD), observasi, dan telaah dokumen untuk memastikan konsistensi dan kredibilitas data yang diperoleh. Analisis data dilakukan secara interaktif melalui tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Proses pengkodean dan pengelompokan tema dilakukan dengan bantuan perangkat lunak NVivo 15 Plus untuk mengidentifikasi pola, hubungan antar tema, serta faktor-faktor yang

memengaruhi implementasi kebijakan UHC dalam mengatasi ketidakaktifan peserta JKN di Kabupaten Musi Rawas Utara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil analisis data menggunakan perangkat lunak Nvivo 15 menghasilkan visualisasi *word cloud* yang menggambarkan kata-kata dominan yang muncul dalam wawancara, *focus group discussion* (FGD), observasi, dan dokumentasi terkait implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kabupaten Musi Rawas Utara.



Gambar 1. *Word Cloud*

Berdasarkan hasil *word cloud*, kata yang paling dominan muncul adalah *sosialisasi, reaktivasi, desil, kepesertaan, penonaktifan, anggaran, operator, koordinasi, sumber,* dan *pemerintah*. Kemunculan kata-kata tersebut memberikan gambaran awal mengenai isu yang banyak dibahas oleh informan dalam implementasi kebijakan UHC di Kabupaten Musi Rawas Utara, terutama terkait sosialisasi, reaktivasi peserta tidak aktif, pengelolaan data kepesertaan berdasarkan desil kesejahteraan, serta koordinasi lintas sektor. Selain itu, kemunculan kata *anggaran* dan *operator* menunjukkan bahwa aspek sumber daya dan pengelolaan data juga menjadi bagian dari pembahasan informan. Temuan tersebut selanjutnya dianalisis secara tematik berdasarkan hasil wawancara, kutipan informan, dan triangulasi sumber untuk menjelaskan proses implementasi kebijakan secara lebih mendalam.

Komunikasi dalam Implementasi Kebijakan UHC

Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi dalam implementasi UHC di Kabupaten Musi Rawas Utara telah dilakukan melalui sosialisasi, koordinasi lintas sektor, penyampaian informasi melalui pemerintah desa, komunikasi antara BPJS Kesehatan dengan pemerintah daerah, serta edukasi langsung kepada masyarakat ketika ditemukan masalah kepesertaan. Dengan demikian, secara kelembagaan saluran komunikasi sebenarnya telah tersedia.

Informan KFM menjelaskan bahwa sosialisasi mengenai perubahan status kepesertaan telah dilakukan sebelum penonaktifan peserta:

> *"Sebelum penghentian itu kami sudah sosialisasi, misalnya siap-siap untuk desil 6–10 BPJS-nya akan dinonaktifkan dan dialihkan ke desil 1–5." (KFM)*

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa pelaksana telah berupaya menyampaikan informasi mengenai perubahan status kepesertaan kepada masyarakat. Namun, keberadaan sosialisasi belum sepenuhnya menjamin bahwa informasi tersebut dipahami secara seragam oleh seluruh masyarakat. Informan TTI menyatakan:

> *"Sudah disosialisasikan, tapi ya itu kadang pemahaman masyarakat ini tidak sama." (TTI)*

Perbedaan pemahaman tersebut menjadi salah satu persoalan penting dalam implementasi UHC. Informasi mengenai status kepesertaan JKN memiliki konsekuensi langsung terhadap akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Apabila masyarakat tidak memahami perubahan status kepesertaannya, maka peserta dapat mengetahui bahwa kepesertaannya tidak aktif justru ketika membutuhkan pelayanan kesehatan.

Di sisi lain, terdapat upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memeriksa status kepesertaannya secara mandiri. Informan KBK menjelaskan:

> *"Peserta itu diharapkan bisa mendeteksi mengecek keaktifan kepesertaannya sendiri baik dengan aplikasi Mobile JKN, bisa di call center 165 atau bisa dengan menggunakan moda Pandawa." (KBK)*

Hal tersebut menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan telah menyediakan beberapa saluran informasi dan layanan digital. Akan tetapi, pemanfaatan saluran tersebut tetap bergantung pada tingkat literasi masyarakat, akses terhadap teknologi, serta kemampuan masyarakat memahami informasi yang diberikan. Dengan demikian, komunikasi kebijakan tidak cukup hanya dengan menyediakan kanal informasi, tetapi harus memastikan bahwa informasi tersebut sampai, dipahami, dan dapat digunakan oleh kelompok sasaran.

Edward III menempatkan komunikasi sebagai salah satu faktor utama keberhasilan implementasi karena pelaksana dan kelompok sasaran harus mengetahui apa yang harus dilakukan. Dalam model Edwards III, komunikasi mencakup transmisi, kejelasan, dan konsistensi informasi. Informasi kebijakan yang tidak disampaikan dengan baik dapat menyebabkan perbedaan interpretasi dan menghambat pencapaian tujuan kebijaka (8).

Dalam konteks penelitian ini, dimensi transmisi relatif telah berjalan karena informasi mengenai kepesertaan telah disampaikan melalui beberapa aktor dan saluran. Namun, aspek kejelasan dan konsistensi masih menghadapi tantangan karena tingkat pemahaman masyarakat berbeda-beda. Hal ini terlihat dari pernyataan informan KDK:

> *"Kemampuan pemahaman masyarakat berbeda-beda." (KDK)*

Permasalahan komunikasi juga berkaitan dengan persepsi masyarakat mengenai tanggung jawab pembiayaan JKN. Informan ANS mengungkapkan:

> *"Di sini agak susah kayaknya mbak, karena maunya mereka BPJS dari pemerintah. susah jadi kalau mau edukasi ke mandiri itu mbak." (ANS)*

Kutipan tersebut menunjukkan bahwa komunikasi kebijakan tidak hanya menghadapi persoalan teknis penyampaian informasi, tetapi juga persoalan perubahan pemahaman dan perilaku masyarakat. Sebagian masyarakat masih memandang bahwa pembiayaan JKN merupakan tanggung jawab pemerintah, sehingga ketika terjadi perubahan status kepesertaan mereka belum tentu memiliki kesiapan untuk beralih kepada skema kepesertaan mandiri.

Temuan ini sejalan dengan Fauzia dan Purnamasari (2024) yang menunjukkan bahwa implementasi UHC dipengaruhi oleh kompleksitas kondisi masyarakat dan karakteristik implementasi di tingkat daerah [(9)]. Penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa implementasi UHC tidak dapat dipahami hanya dari keberadaan kebijakan formal, tetapi perlu melihat bagaimana kebijakan diterjemahkan dan dijalankan di tingkat daerah.

Penelitian Mujtahidah dan Istiqamah (2024) juga menunjukkan pentingnya sosialisasi melalui puskesmas dan bidan desa dalam memperluas dan mempertahankan kepesertaan UHC [(6)]. Temuan tersebut relevan dengan kondisi Muratara karena struktur pemerintahan dan fasilitas pelayanan kesehatan sampai tingkat desa dapat menjadi saluran komunikasi yang lebih dekat dengan masyarakat.

Namun, penelitian ini menemukan bahwa komunikasi di Kabupaten Musi Rawas Utara masih cenderung reaktif. Temuan tersebut terlihat dari pola komunikasi yang lebih intensif dilakukan ketika peserta telah mengalami permasalahan kepesertaan, sementara pemahaman masyarakat mengenai perubahan status kepesertaan belum sepenuhnya merata. Informan TTI menyatakan bahwa sosialisasi telah

dilakukan, tetapi pemahaman masyarakat masih berbeda-beda, sedangkan informan KBK menjelaskan bahwa peserta dapat mengecek status kepesertaannya melalui *Mobile JKN*, *call center* 165, maupun layanan Pandawa. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa saluran informasi telah tersedia, tetapi informasi belum selalu diketahui dan dipahami oleh peserta secara mandiri sebelum terjadi masalah kepesertaan.

Pola tersebut menyebabkan komunikasi sering berfungsi sebagai respons terhadap masalah yang telah terjadi. Ketika peserta baru mengetahui status kepesertaannya setelah membutuhkan pelayanan atau ketika terjadi perubahan status, pelaksana kemudian memberikan penjelasan dan mengarahkan peserta pada mekanisme penyelesaian atau reaktivasi. Dengan demikian, komunikasi reaktif dalam penelitian ini lebih berkaitan dengan belum optimalnya penyampaian dan pemahaman informasi sebelum perubahan status kepesertaan terjadi, bukan karena tidak adanya saluran komunikasi.

Berdasarkan temuan tersebut, peneliti berpendapat bahwa persoalan komunikasi dalam implementasi UHC di Kabupaten Musi Rawas Utara bukan terletak pada tidak adanya kegiatan komunikasi, melainkan pada belum optimalnya komunikasi preventif, berkelanjutan, dan terintegrasi**.** Oleh karena itu, komunikasi perlu diarahkan tidak hanya untuk memberitahukan peserta yang sudah nonaktif, tetapi juga memberikan informasi secara berkala mengenai status kepesertaan, perubahan data sosial ekonomi, kewajiban pembayaran iuran, mekanisme reaktivasi, serta cara melakukan pengecekan status kepesertaan secara mandiri.

Sumber Daya dalam Implementasi Kebijakan UHC

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sumber daya manusia yang terlibat dalam implementasi UHC di Kabupaten Musi Rawas Utara pada dasarnya telah tersedia dan memiliki tugas masing-masing. Namun, keterbatasan sumber daya terutama dari aspek anggaran menjadi salah satu kendala penting dalam mempertahankan keberlanjutan kepesertaan aktif.

Informan KFM menyampaikan:

> *"Kalau semuanya kita cover nanti takutnya APBD kita tidak mencukupi." (KFM)*

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa pemerintah daerah menghadapi keterbatasan kapasitas fiskal dalam mengakomodasi seluruh peserta yang mengalami ketidakaktifan. Keterbatasan anggaran menyebabkan pemerintah perlu melakukan prioritas terhadap kelompok masyarakat yang dianggap paling membutuhkan.

Hal yang sama disampaikan oleh informan KDK:

> *"Anggaran itu terbatas makanya sudah harus diploting tahun ini berapa duit kita, berapa sisa alokasi kita." (KDK)*

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa pembiayaan kepesertaan JKN melalui pemerintah daerah dilakukan dengan mempertimbangkan kemampuan anggaran yang tersedia. Keterbatasan fiskal menyebabkan pemerintah daerah perlu menentukan alokasi dan prioritas pembiayaan, termasuk dalam penanganan peserta yang mengalami ketidakaktifan. Dengan demikian, tidak seluruh peserta tidak aktif dapat secara otomatis ditangani dalam waktu yang sama, tetapi perlu disesuaikan dengan ketersediaan anggaran dan kelompok yang menjadi prioritas pemerintah daerah.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa implementasi UHC tidak hanya membutuhkan komitmen kebijakan, tetapi juga kapasitas fiskal yang memadai. Target cakupan kepesertaan yang tinggi harus diikuti dengan kemampuan pemerintah daerah menyediakan pembiayaan untuk

reaktivasi dan mempertahankan kepesertaan masyarakat yang rentan.

Keterbatasan anggaran juga berdampak pada kegiatan sosialisasi. Informan KFM menyatakan:

> *"Kalau tahun ini karena ada efisiensi anggaran jadi tidak terlaksana." (KFM)*

Pernyataan tersebut memperlihatkan hubungan langsung antara sumber daya dan komunikasi. Ketika anggaran sosialisasi terbatas, komunikasi kepada masyarakat tidak dapat dilakukan secara optimal dan berkelanjutan. Dengan demikian, kelemahan pada aspek sumber daya kemudian memberikan konsekuensi terhadap aspek komunikasi.

Edward III menjelaskan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan membutuhkan sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia, anggaran, informasi, maupun fasilitas pendukung. Ketersediaan sumber daya menentukan kemampuan organisasi pelaksana menerjemahkan kebijakan ke dalam tindakan konkret [10].

Dalam konteks Muratara, sumber daya manusia secara umum telah mendukung pelaksanaan kebijakan, tetapi keterbatasan anggaran menyebabkan pemerintah harus melakukan prioritas. Hal ini menunjukkan bahwa permasalahan sumber daya tidak selalu berupa kekurangan jumlah personel. Sumber daya juga berkaitan dengan kemampuan pembiayaan, kapasitas pengelolaan informasi, serta kemampuan melakukan monitoring secara berkelanjutan**.**

Keterbatasan sumber daya juga berkaitan dengan proses verifikasi dan pemutakhiran data. Penanganan peserta tidak aktif memerlukan pengecekan kondisi sosial ekonomi, administrasi kependudukan, dan status kepesertaan. Dalam kondisi keterbatasan sumber daya, proses tersebut menjadi bagian yang perlu diprioritaskan dalam pelaksanaan penanganan peserta tidak aktif.

Temuan ini dapat dibandingkan dengan penelitian Mujtahidah dan Istiqamah (2024) di Luwu Timur [6]. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa dukungan pemerintah daerah melalui validasi data kependudukan, pengalokasian anggaran PBI, sosialisasi melalui fasilitas pelayanan kesehatan, serta dukungan sarana prasarana berkontribusi terhadap pencapaian UHC. Perbedaan tersebut menunjukkan bahwa kapasitas pemerintah daerah dalam menyediakan dukungan fiskal dan sistem pendukung menjadi faktor penting dalam menjaga keberlanjutan UHC.

Dengan demikian, peneliti menilai bahwa persoalan sumber daya di Muratara merupakan *implementation gap*, yaitu adanya kesenjangan antara tuntutan kebijakan dengan kapasitas sumber daya yang tersedia untuk melaksanakan kebijakan. Cakupan UHC yang telah mencapai 102,61% menunjukkan bahwa secara administratif kapasitas pendaftaran telah berjalan, tetapi keberlanjutan status aktif membutuhkan sumber daya yang lebih besar dan berkelanjutan.

Oleh karena itu, penguatan sumber daya tidak hanya diarahkan pada penambahan anggaran reaktivasi, tetapi juga pada penguatan sistem informasi, pemutakhiran data, monitoring kepesertaan, serta dukungan terhadap operator dan pelaksana di tingkat desa. Dengan pendekatan tersebut, sumber daya dapat digunakan secara lebih preventif sehingga pemerintah tidak hanya membiayai reaktivasi setelah peserta nonaktif, tetapi juga mencegah terjadinya ketidakaktifan.

Disposisi Pelaksana dalam Implementasi Kebijakan UHC

Berbeda dengan aspek komunikasi dan sumber daya, hasil penelitian menunjukkan bahwa disposisi pelaksana dalam implementasi UHC di Kabupaten Musi Rawas Utara tergolong baik. Para pelaksana menunjukkan sikap positif, komitmen, pemahaman terhadap kebijakan, serta

inisiatif dalam membantu masyarakat yang mengalami masalah kepesertaan.

Salah satu bentuk komitmen tersebut terlihat dari pernyataan informan OSK:

> *"Kalau dari kami mengedukasi, misal kayak tadi kalau ada yang meninggal atau ada bayi yang NIK-nya belum diperbaharui itu kami kasih tahu untuk segera diaktifasi karena bisa berdampak untuk satu keluarga yang ada di KK tersebut." (OSK)*

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa pelaksana tidak hanya menunggu masyarakat menyampaikan keluhan, tetapi juga berupaya memberikan edukasi berdasarkan kondisi yang ditemukan. Hal tersebut menunjukkan adanya inisiatif pelaksana dalam mencegah permasalahan kepesertaan.

Komitmen pelaksana juga terlihat meskipun tidak terdapat insentif khusus. Informan ODT menyatakan:

> *"Tidak ada honor, murni untuk membantu masyarakat." (ODT)*

Informan KFM juga menyampaikan:

> *"Kalau untuk pelaksana kami khusus yang PBI tidak ada insentifnya. Karena memang tupoksinya di bagian pelayanan." (KFM)*

Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa pelaksanaan kebijakan tidak semata-mata didorong oleh insentif finansial. Komitmen profesional dan orientasi pelayanan publik menjadi faktor yang mendorong pelaksana untuk tetap membantu masyarakat.

Hal tersebut diperkuat oleh informan KBY:

> *"Cukup tinggi motivasinya walaupun gak ada insentif itu untuk menyampaikan itu kepada masyarakat. Karena setiap kali masyarakat datang itu kita selalu sosialisasikan bahwa ini pentingnya ada program ini." (KBY)*

Dalam perspektif Edward III, disposisi berkaitan dengan sikap, kemauan, komitmen, dan kecenderungan pelaksana dalam menjalankan kebijakan (10). Kebijakan yang telah dikomunikasikan dan didukung sumber daya tetap dapat mengalami hambatan apabila pelaksana tidak memiliki kemauan untuk menjalankannya. Sebaliknya, disposisi yang positif dapat membantu mengatasi sebagian keterbatasan dalam pelaksanaan kebijakan.

Temuan penelitian menunjukkan bahwa disposisi positif tersebut juga tercermin dalam penanganan kasus yang membutuhkan reaktivasi segera. Informan ODT menyatakan:

> *"Kita usahakan untuk membantu masyarakat. Kalau memang masyarakat membutuhkan, ya kita bantu reaktivasi." (ODT)*

Sementara itu, informan NLA menjelaskan:

> *"Kami tetap memberikan edukasi. Tapi kalau pasiennya urgen atau butuh pengobatan lanjut, langsung kami hubungi orang Dinkes untuk diaktifkan kembali." (NLA)*

Kedua pernyataan tersebut menunjukkan bahwa orientasi pelaksana tidak semata-mata administratif, tetapi juga mempertimbangkan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Dalam kondisi tertentu, pelaksana berusaha mencari solusi agar masyarakat tidak kehilangan akses pelayanan.

Temuan penelitian menunjukkan bahwa disposisi pelaksana menjadi salah satu faktor pendukung dalam implementasi UHC di Kabupaten Musi Rawas Utara. Pelaksana menunjukkan komitmen dan kemauan untuk menjalankan kebijakan, termasuk membantu menyelesaikan permasalahan kepesertaan yang ditemukan di lapangan. Temuan ini sejalan dengan penelitian Nugroho dan Pertiwi (2024) di Kabupaten Gresik yang menunjukkan bahwa implementasi UHC didukung oleh disposisi

pelaksana yang baik, meskipun masih ditemukan keterbatasan sumber daya manusia dan komunikasi dengan masyarakat [11].

Namun, komitmen pelaksana saja belum cukup untuk mengatasi seluruh kendala implementasi. Permasalahan seperti keterbatasan anggaran dan ketidaksinkronan data tetap membutuhkan dukungan sumber daya dan sistem koordinasi yang baik. Dengan demikian, disposisi pelaksana berperan dalam menjaga pelaksanaan UHC tetap berjalan, tetapi perlu didukung oleh komunikasi, sumber daya, dan struktur birokrasi yang memadai.

Dengan demikian, peneliti berpendapat bahwa disposisi pelaksana di Kabupaten Musi Rawas Utara merupakan faktor pendukung utama**,** tetapi efektivitasnya perlu didukung oleh komunikasi preventif, sumber daya yang memadai, dan struktur birokrasi yang lebih terintegrasi. Artinya, pelaksana yang memiliki komitmen tinggi akan lebih efektif apabila bekerja dalam sistem yang memungkinkan mereka bertindak cepat dan memperoleh data yang akurat.

Struktur Birokrasi dalam Implementasi Kebijakan UHC

Hasil penelitian menunjukkan bahwa struktur birokrasi dalam implementasi UHC di Kabupaten Musi Rawas Utara telah memiliki pembagian tugas dan kewenangan yang relatif jelas. Implementasi melibatkan Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, Dukcapil, pemerintah desa, puskesmas, serta fasilitas pelayanan kesehatan.

Informan KBK menjelaskan:

> *"BPJS salah satu yang ditunjuk untuk mengelola tetapi tidak bisa sendiri. Kami perlu kerjasama dengan dinas terkait, rumah sakit dan faskes." (KBK)*

Pernyataan tersebut memperlihatkan bahwa BPJS Kesehatan tidak dapat melaksanakan pengelolaan kepesertaan secara mandiri karena permasalahan JKN berkaitan dengan data sosial, administrasi kependudukan, pembiayaan, serta pelayanan kesehatan.

Keterlibatan banyak organisasi tersebut menunjukkan bahwa implementasi UHC membutuhkan koordinasi lintas sektor. Informan KFM menyampaikan:

> *"Kita ke Disdukcapil alhamdulillah koordinasi dan hubungannya baik." (KFM)*

Selain koordinasi bilateral, terdapat pula forum komunikasi kemitraan. Informan KBY menjelaskan:

> *"Kami ada forum komunikasi kemitraan yang anggotanya Dinas Sosial, Disdukcapil, BPJS Kesehatan, dan Dinas Kesehatan." (KBY)*

Keberadaan forum tersebut menunjukkan bahwa secara struktural telah terdapat mekanisme koordinasi lintas sektor. Akan tetapi, koordinasi belum sepenuhnya menghasilkan integrasi data yang kuat.

Hal tersebut terlihat dari pernyataan informan KBK:

> *"BPJS punya data sendiri, Kementerian Kependudukan punya data sendiri, Dinas Sosial punya data sendiri. Kemungkinan datanya berbeda-beda." (KBK)*

KDK memperkuat temuan tersebut:

> *"Belum terintegrasi sehingga pasien yang sebenarnya membutuhkan bisa menjadi nonaktif karena sumber datanya berasal dari sistem yang belum terintegrasi." (KDK)*

Fragmentasi data dalam implementasi UHC terjadi pada penggunaan sumber data yang dikelola oleh masing-masing instansi sesuai dengan kewenangannya. BPJS Kesehatan menggunakan data kepesertaan JKN, Dinas Sosial menggunakan data terkait kondisi sosial ekonomi dan kepesertaan bantuan sosial, Dukcapil mengelola data administrasi

kependudukan, sedangkan Dinas Kesehatan menggunakan data yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan pengelolaan program di daerah. Perbedaan sumber dan pembaruan data tersebut dapat menimbulkan ketidaksesuaian informasi mengenai identitas, status kepesertaan, maupun kondisi peserta. Kondisi ini menjadi penting ketika data digunakan untuk menentukan status kepesertaan dan mengidentifikasi peserta yang memerlukan reaktivasi.

Dalam praktiknya, ketika ditemukan permasalahan kepesertaan, penyelesaiannya memerlukan koordinasi antarinstansi untuk melakukan pengecekan dan penyesuaian data. Artinya, koordinasi tidak hanya berlangsung dalam forum formal, tetapi juga dilakukan secara kasus per kasus sesuai dengan permasalahan yang ditemukan. Pola tersebut membantu menyelesaikan permasalahan peserta, tetapi sekaligus menunjukkan bahwa mekanisme penyelesaian masih membutuhkan koordinasi berulang antarinstansi karena belum didukung oleh integrasi data yang sepenuhnya terpadu.

Kedua kutipan tersebut merupakan temuan penting karena menunjukkan bahwa persoalan birokrasi di Muratara bukan terutama disebabkan oleh tidak adanya pembagian tugas. Sebaliknya, masing-masing instansi telah memiliki fungsi dan kewenangan. Permasalahan muncul ketika data yang digunakan oleh masing-masing instansi belum sepenuhnya terintegrasi.

Edward III menjelaskan bahwa struktur birokrasi berkaitan dengan karakteristik organisasi, pembagian kewenangan, prosedur operasional, dan mekanisme kerja yang memengaruhi pelaksanaan kebijakan [10]. Struktur yang terlalu terfragmentasi dapat menciptakan hambatan koordinasi karena suatu kebijakan harus dilaksanakan oleh berbagai unit organisasi.

Dalam penelitian ini, keberadaan SOP menjadi salah satu faktor pendukung. Informan TTI menyatakan:

> *"Ada SOP-nya, bahkan kami kasih catatan supaya pas ngurus mereka mudah." (TTI)*

Informan KFM juga menyampaikan:

> *"Tapi yang jelas SOP sudah kami bagikan dan jelaskan." (KFM)*

Hal tersebut menunjukkan bahwa prosedur formal telah tersedia dan dipahami oleh pelaksana. Bahkan, mekanisme reaktivasi telah memiliki persyaratan tertentu. Informan ODT menjelaskan:

> *"Reaktivasi ini bisa diusulkan asalkan ada surat keterangan dari rumah sakit atau faskes." (ODT)*

Namun, keberadaan SOP tidak otomatis menghilangkan hambatan dalam implementasi. Masyarakat dengan kondisi tertentu, terutama masyarakat rentan, dapat mengalami kesulitan mengikuti tahapan administratif. Dengan demikian, SOP perlu didukung koordinasi dan pendampingan agar tidak menjadi hambatan akses. Hambatan muncul ketika informasi yang digunakan oleh masing-masing instansi belum sepenuhnya sama atau ketika dokumen dan data pendukung peserta belum tersedia sesuai kebutuhan. Dengan demikian, proses reaktivasi dapat menjadi lebih panjang karena penyelesaian kasus memerlukan pengecekan dan koordinasi antarinstansi sebelum peserta dapat diaktifkan kembali.

Temuan penelitian juga menunjukkan bahwa koordinasi antara pemerintah desa dan puskesmas belum selalu berjalan optimal dalam proses reaktivasi. Hal tersebut menunjukkan bahwa struktur formal yang telah tersedia masih membutuhkan penguatan pada tingkat implementasi paling dekat dengan masyarakat.

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa dukungan pemerintah daerah melalui validasi data kependudukan dan sosialisasi melalui fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam

pencapaian UHC [12]. Temuan tersebut memperkuat hasil penelitian ini bahwa keberhasilan UHC membutuhkan hubungan kerja yang efektif antara pemerintah daerah, fasilitas pelayanan kesehatan, dan aktor pengelola kepesertaan.

Dengan demikian, peneliti berpendapat bahwa struktur birokrasi UHC di Kabupaten Musi Rawas Utara secara formal telah cukup baik, ditandai oleh pembagian tugas, kewenangan, SOP, dan forum koordinasi. Akan tetapi, secara substantif masih terdapat persoalan berupa fragmentasi data dan kebutuhan koordinasi berulang. Kondisi tersebut menyebabkan penyelesaian kasus peserta nonaktif masih sangat bergantung pada kemampuan masing-masing instansi untuk berkoordinasi.

Sintesis Hasil Implementasi UHC

Berdasarkan hasil penelitian, implementasi UHC di Kabupaten Musi Rawas Utara dalam menangani ketidakaktifan peserta JKN menunjukkan bahwa keempat aspek implementasi Edward III saling berkaitan dalam pelaksanaan di lapangan. Permasalahan ketidakaktifan peserta tidak hanya berkaitan dengan penyampaian informasi kepada masyarakat, tetapi juga dipengaruhi oleh ketersediaan sumber daya, mekanisme pengelolaan data antarinstansi, dan kemampuan pelaksana dalam merespons permasalahan kepesertaan. Dengan demikian, temuan penelitian menunjukkan bahwa keberadaan pembagian tugas dan komitmen pelaksana belum secara otomatis menghilangkan permasalahan ketidakaktifan peserta.

Keterbatasan anggaran menjadi salah satu kondisi yang memengaruhi pelaksanaan komunikasi dan penanganan kepesertaan. Hasil wawancara menunjukkan bahwa keterbatasan fiskal menyebabkan pemerintah daerah perlu menentukan prioritas dalam penggunaan anggaran, termasuk dalam kegiatan sosialisasi dan penanganan peserta tidak aktif. Kondisi tersebut berkaitan dengan temuan pada aspek komunikasi, yaitu bahwa penyampaian informasi telah dilakukan melalui berbagai saluran, tetapi masih cenderung reaktif ketika permasalahan kepesertaan telah muncul. Dengan demikian, keterbatasan sumber daya tidak berdiri sendiri, tetapi berhubungan dengan kemampuan pelaksana untuk melakukan komunikasi dan penanganan kepesertaan secara lebih berkelanjutan.

Pada saat yang sama, fragmentasi data menjadi persoalan yang menghubungkan aspek sumber daya dengan struktur birokrasi. Masing-masing instansi memiliki sumber dan pengelolaan data sesuai dengan kewenangannya, tetapi data tersebut belum sepenuhnya terintegrasi. Kondisi ini menyebabkan penanganan peserta tidak aktif memerlukan proses verifikasi dan koordinasi antarinstansi. Dengan demikian, meskipun pembagian tugas, SOP, dan forum koordinasi telah tersedia, penyelesaian kasus kepesertaan masih membutuhkan koordinasi secara berulang sesuai dengan permasalahan yang ditemukan.

Dalam kondisi tersebut, disposisi pelaksana menjadi faktor yang mendukung keberlangsungan proses implementasi pada tingkat pelaksanaan. Hasil wawancara menunjukkan bahwa pelaksana tetap memberikan edukasi, membantu proses reaktivasi, dan melakukan koordinasi ketika menemukan peserta yang mengalami permasalahan kepesertaan. Namun, komitmen pelaksana tidak dapat menggantikan kebutuhan terhadap sumber daya dan sistem yang memadai. Temuan ini menunjukkan bahwa disposisi yang positif dapat membantu pelaksana merespons permasalahan yang muncul, tetapi efektivitas penanganannya tetap dipengaruhi oleh ketersediaan anggaran,

informasi, serta mekanisme koordinasi dan integrasi data.

Dengan demikian, sintesis penelitian ini menunjukkan adanya keterkaitan antara keterbatasan sumber daya, komunikasi yang cenderung reaktif, fragmentasi data, dan komitmen pelaksana. Keterbatasan sumber daya membatasi ruang pelaksanaan kegiatan secara preventif; komunikasi yang belum sepenuhnya preventif menyebabkan sebagian permasalahan ditangani setelah status kepesertaan bermasalah; fragmentasi data menyebabkan proses verifikasi membutuhkan koordinasi lintas instansi; sedangkan komitmen pelaksana membantu merespons permasalahan yang muncul. Hubungan antartemuan tersebut memberikan gambaran bahwa tantangan implementasi UHC di Kabupaten Musi Rawas Utara tidak berada pada satu aspek saja, tetapi muncul dari keterkaitan antara kapasitas sumber daya, mekanisme komunikasi, pengelolaan data, dan pelaksanaan koordinasi.

Secara empiris, penelitian menemukan bahwa Kabupaten Musi Rawas Utara memiliki cakupan kepesertaan JKN sebesar 102,61%, tetapi pada periode data penelitian masih terdapat 21.152 peserta JKN berstatus tidak aktif. Temuan tersebut menunjukkan adanya perbedaan antara tingginya cakupan kepesertaan secara administratif dengan keberlanjutan status aktif peserta. Dalam konteks penelitian ini, kondisi tersebut menjadi persoalan implementasi yang perlu ditangani melalui penguatan komunikasi, dukungan sumber daya, pengelolaan data, dan koordinasi antarinstansi.

Secara teoritis, temuan tersebut memperkuat relevansi model Edward III untuk menganalisis implementasi UHC pada tingkat daerah, terutama karena keempat variabel menunjukkan keterkaitan dalam menjelaskan proses pelaksanaan kebijakan. Sementara itu, rekomendasi mengenai penguatan komunikasi preventif, integrasi data, dan penguatan koordinasi merupakan interpretasi dan implikasi peneliti berdasarkan temuan empiris tersebut, bukan temuan yang secara langsung diukur dalam penelitian.

KESIMPULAN

Implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kabupaten Musi Rawas Utara dalam menangani ketidakaktifan peserta JKN dilaksanakan melalui komunikasi, dukungan sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi. Temuan penelitian menunjukkan bahwa komunikasi telah dilakukan melalui sosialisasi, edukasi, dan koordinasi, tetapi masih cenderung reaktif; sumber daya manusia tersedia, sementara keterbatasan anggaran memengaruhi pelaksanaan kegiatan tertentu; pelaksana menunjukkan komitmen dalam memberikan edukasi dan membantu reaktivasi; serta struktur birokrasi telah memiliki pembagian tugas, SOP, dan forum koordinasi, tetapi integrasi data antarinstansi belum optimal. Keempat aspek tersebut saling berkaitan dalam penanganan peserta tidak aktif, terutama ketika keterbatasan sumber daya memengaruhi pelaksanaan komunikasi, fragmentasi data membutuhkan verifikasi dan koordinasi antarinstansi, dan komitmen pelaksana digunakan untuk merespons permasalahan yang ditemukan.

Secara empiris, Kabupaten Musi Rawas Utara memiliki cakupan kepesertaan JKN sebesar 102,61%, namun pada periode data penelitian masih terdapat 21.152 peserta berstatus tidak aktif. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa tingginya cakupan kepesertaan secara administratif masih disertai persoalan keberlanjutan status aktif peserta. Dengan demikian, tantangan implementasi UHC yang ditemukan dalam penelitian ini tidak hanya berkaitan dengan

cakupan kepesertaan, tetapi juga dengan kemampuan pelaksanaan kebijakan dalam mendukung keberlanjutan kepesertaan aktif melalui komunikasi yang lebih preventif, dukungan sumber daya, pengelolaan data, dan koordinasi antarinstansi.

SARAN

Pemerintah Kabupaten Musi Rawas Utara perlu memperkuat komunikasi preventif melalui sosialisasi dan edukasi yang berkelanjutan kepada masyarakat mengenai pentingnya menjaga status kepesertaan aktif JKN. Selain itu, diperlukan peningkatan dukungan sumber daya, terutama untuk kegiatan pemutakhiran data, monitoring kepesertaan, dan koordinasi lintas sektor guna mendukung efektivitas implementasi UHC.

Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, dan BPJS Kesehatan perlu meningkatkan integrasi dan sinkronisasi data kepesertaan melalui sistem informasi yang lebih terkoordinasi sehingga proses identifikasi dan penanganan peserta JKN tidak aktif dapat dilakukan secara lebih cepat dan tepat. Penelitian selanjutnya disarankan untuk mengkaji faktor-faktor yang memengaruhi ketidakaktifan peserta JKN dari perspektif masyarakat guna melengkapi temuan implementasi kebijakan pada tingkat pelaksana.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada seluruh informan yang telah meluangkan waktu dan memberikan informasi yang berharga bagi pelaksanaan penelitian ini. Apresiasi juga disampaikan kepada Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Musi Rawas Utara, serta tujuh Puskesmas yang telah mendukung proses pengumpulan data penelitian. Kontribusi dan kerja sama seluruh pihak tersebut sangat membantu penulis dalam memahami implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* (UHC), khususnya dalam penanganan ketidakaktifan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Musi Rawas Utara.

SUMBER PENDANAAN

Penelitian ini tidak menerima pendanaan khusus dari lembaga pendanaan publik, komersial, maupun nirlaba.

PERNYATAAN MENGENAI KONFLIK KEPENTINGAN

Para penulis menyatakan tidak ada konflik kepentingan yang berkaitan dengan penelitian, penulisan, maupun publikasi artikel ini.

PERNYATAAN MENGENAI PENGGUNAAN AI

Penulis menggunakan alat bantu berbasis kecerdasan buatan (*Artificial Intelligence*/AI), yaitu ChatGPT, untuk membantu penyusunan dan penyuntingan redaksi naskah. Penggunaan AI terbatas pada bantuan kebahasaan dan penyusunan teks. Penulis tetap bertanggung jawab penuh atas keakuratan data, interpretasi hasil penelitian, isi naskah, serta keputusan akhir terkait publikasi artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Who Who. Tracking Universal Health Coverage 2021 Global Monitoring Report. 2021.
2. Pratama Eppa, Annajah S, Adristi K, Istanti Nd. Analisis Efektivitas Implementasi Kebijakan Universal Health Coverage Di Indonesia Tinjauan Ketersediaan Dan Kualitas Layanan Kesehatan : Literature Review. J Med Husada. 2023;3(1):51–62.
3. Handayani W, Tyas Da, M Rc, Armalini R. Evaluasi Pemanfaatan Pmt Biskuit Pada Ibu Hamil Kek. J Kesehat Saintika Meditory. 2025;267–89.
4. Aprilian Nn, Dewi Dr, Fannya P, Putra

Dh. Tinjauan Penyebab Peserta Non Aktif Bpjs Di Puskesmas Kecamatan Cengkareng. J Siti Rufaidah. 2024;2(3):120–49.

5. Edwards Iii Gc. Implementing Public Policy. Washington, Dc: Congressional Quarterly Press; 1980.
6. Mujtahidah, Istiqamah Nf. Dukungan Pemerintah Daerah Terhadap Pencapaian Universal Health Coverage (Uhc) Di Kabupaten Luwu Timur. J Ris Sains Dan Kesehat Indones. 2024;1(4):141–9.
7. Sakti Hadiwijyo S, Hergianasari P. Strategi Salatiga Menuju Universal Health Care (Uhc) Melalui Jaminan Kesehatan Nasional. Mimb J Penelit Sos Dan Polit. 2021;10(1)(1):55–74.
8. Parsons Dw. Public Policy: An Introduction To The Theory And Practice Of Policy Analysis. Edward Elgar; 1995.
9. Fauzia Nps, Purnamasari H. Analisis Implementasi Kebijakan Program Layanan Universal Health Coverage (Uhc) Di Kabupaten Pemalang. J Pemerintah Dan Kebijak. 2024;6(1):32–41.
10. Edwards Gci. Implementing Public Policy. Congressional Quarterly Press; 1980.
11. Nugroho Ip, Pertiwi Vi, Publik A, Ilmu F, Dan S, Politik I. Implementasi Kebijakan Universal Health Coverage Di. 2024;6(2):121–9.
12. Khaeran R, Banang T, Imsyaamru R, Wasir R. Evaluating The Implementation Of Uhc Policy Through The Strengthening Of Primary Health Care And Referral System Governance In Indonesia : A Literature Review. Indones J Heal Sci. 2026;6(3):674–83.