



Homepage Journal: <https://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/JKS>

Perbandingan Implementasi Jaminan Kesehatan Di Negara Indonesia Dan Malaysia: Tinjauan Dari Perspektif Teori Implementasi Edward III

Comparison of Health Insurance Implementation in Indonesia and Malaysia: A Review from the Perspective of Edward III's Implementation Theory

Faqih Ragi^{1*}, Gandina Suciyani Fitria H², Kellyna Najwa Julyanti³, Fajri Fhatariki Ghifari⁴, Dian Fitriani Afifah⁵

¹Ilmu Pemerintahan, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Padjadjaran, faqih22002@mail.unpad.ac.id

²Ilmu Pemerintahan, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Padjadjaran, gandina22001@mail.unpad.ac.id

³Ilmu Pemerintahan, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Padjadjaran, kellyna22001@mail.unpad.ac.id

⁴Ilmu Pemerintahan, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Padjadjaran, fajri22001@mail.unpad.ac.id

⁵Ilmu Pemerintahan, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Padjadjaran, dian.fitriani@unpad.ac.id

*Corresponding Author: E-mail: faqih22002@mail.unpad.ac.id

Artikel Penelitian

Article History:

Received: 2 May, 2025

Revised: 3 Jun, 2025

Accepted: 30 Jul, 2025

Kata Kunci:

Jaminan Kesehatan, JKN, Sistem Kesehatan Malaysia, Teori Edward III, Universal Health Coverage

ABSTRAK

Penelitian ini menganalisis implementasi jaminan kesehatan di Indonesia dan Malaysia menggunakan kerangka teori implementasi kebijakan Edward III, yang mencakup variabel komunikasi, sumberdaya, disposisi implementor, dan struktur birokrasi. Dengan metode kualitatif komparatif, data sekunder dari dokumen resmi, laporan internasional, dan jurnal ilmiah dianalisis secara mendalam. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Indonesia, melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), telah mencapai cakupan 97% populasi (273 juta jiwa) per Juni 2024, namun belum memenuhi target RPJMN 2020–2024 sebesar 98% dan menghadapi tantangan defisit finansial serta distribusi sumber daya yang timpang. Malaysia mengandalkan sistem kesehatan dual dengan layanan publik bersubsidi tinggi dan sektor swasta yang mendukung *medical tourism*, tetapi hanya 22–45% populasi memiliki asuransi swasta, dengan ketimpangan akses urban-rural. Indonesia unggul dalam komunikasi kebijakan dan birokrasi terpusat, sementara Malaysia menonjol dalam kualitas sumber daya dan profesionalisme implementor. Rekomendasi meliputi reformasi pembiayaan dan pemerataan sumber daya untuk Indonesia, serta pengembangan skema asuransi universal dan literasi kesehatan untuk Malaysia, guna mendukung pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) yang berkelanjutan.

Keywords:

Health Insurance, JKN, Malaysian Healthcare System, Edward III Theory, Universal Health Coverage

DOI: 10.56338/jks.v8i7.7966

ABSTRACT

This study examines the implementation of health insurance in Indonesia and Malaysia through the lens of Edward III's policy implementation framework, focusing on communication, resources, implementer disposition, and bureaucratic structure. Employing a comparative qualitative approach, secondary data from official documents, international reports, and scholarly journals were analyzed. Findings reveal that Indonesia's National Health Insurance (JKN) achieved 97% population coverage (273 million people) by June 2024, falling short of the 2020–2024 RPJMN target of 98%, with challenges in financial deficits and uneven resource distribution. Malaysia operates a dual healthcare system with heavily subsidized public services and a thriving private sector supporting medical tourism, yet only 22–45% of the population holds private insurance, with urban-rural access disparities. Indonesia excels in policy communication and centralized bureaucracy, while Malaysia stands out in resource quality and implementer professionalism. Recommendations include financial reform and resource equalization for Indonesia, and the development of a comprehensive insurance scheme and health literacy initiatives for Malaysia, to advance sustainable Universal Health Coverage (UHC).

PENDAHULUAN

Pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) menjadi target utama dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs), yang menuntut setiap negara menjamin akses layanan kesehatan berkualitas tanpa beban finansial berlebih bagi seluruh penduduknya.¹ Menurut WHO (2019), UHC berarti setiap individu dapat mengakses layanan kesehatan esensial secara komprehensif, mulai dari promosi, pencegahan, pengobatan, hingga rehabilitasi, tanpa resiko kesulitan keuangan.² Di Asia Tenggara, Indonesia dan Malaysia mengadopsi model implementasi yang berbeda dalam mewujudkan komitmen ini.

Indonesia memulai transformasi sistem jaminan kesehatannya dengan meluncurkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada 2014, yang mengintegrasikan berbagai skema jaminan kesehatan sebelumnya menjadi satu sistem tunggal. Target cakupan awal 100% pada 2019 direvisi menjadi 98% dalam RPJMN 2020-2024.³ Sebaliknya, Malaysia mengoperasikan sistem kesehatan campuran, menggabungkan layanan publik bersubsidi tinggi yang hampir gratis bagi warga negara dan penduduk tetap, dengan sektor swasta yang berkembang pesat dan mendukung pariwisata medis.

Kompleksitas implementasi kebijakan kesehatan di kedua negara ini memerlukan kerangka analisis komprehensif. Teori implementasi kebijakan George C. Edwards III (1980)

¹ World Health Organization. (2023, 16 November). *Indonesia in the 2023 Universal Health Coverage Global Monitoring Report*. World Health Organization. <https://www.who.int/indonesia/id/news/detail/16-11-2023-indonesia-in-the-2023-universal-health-coverage-global-monitoring-report>

² World Health Organization. (2019). *Universal Health Coverage*. WHO Press.

³ ANTARA Foto, "Kepesertaan JKN lampau target RPJMN 2020-2024," 18 November 2024, diakses tanggal 23 Juni 2025, <https://www.antarafoto.com/id/view/2379189/kepesertaan-jkn-lampau-target-rpjmn-2020-2024>.

yang menyoroti empat variabel utama yakni komunikasi, sumberdaya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi menjadi relevan untuk menganalisis keberhasilan dan tantangan yang dihadapi. Data terbaru menunjukkan Indonesia telah mencapai cakupan JKN sebesar 97% populasi atau 273 juta jiwa per Juni 2024⁴, melampaui target RPJMN. Sementara itu, Malaysia mempertahankan sistem dual, dengan mayoritas penduduk mengakses layanan publik gratis, namun hanya 22–45% memiliki asuransi kesehatan swasta.

Meskipun kedua negara berkomitmen kuat menyediakan layanan kesehatan, tantangan yang dihadapi berbeda dan kompleks. Indonesia menghadapi defisit finansial, disparitas kualitas layanan, dan koordinasi antar-institusi yang lemah. Malaysia bergulat dengan ketimpangan akses antara sektor publik dan swasta, keberlanjutan finansial sistem publik yang sangat bergantung subsidi, serta fragmentasi. Meskipun kedua negara berkomitmen kuat menyediakan layanan kesehatan, tantangan yang dihadapi berbeda dan kompleks. Indonesia menghadapi defisit finansial, disparitas kualitas layanan, dan koordinasi antar institusi yang lemah. Malaysia bergulat dengan ketimpangan akses antara sektor publik dan swasta, keberlanjutan finansial sistem publik yang sangat bergantung subsidi, serta fragmentasi koordinasi antar level pemerintahan. Penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi teoritis dan wawasan praktis untuk mengoptimalkan sistem jaminan kesehatan kedua negara menuju UHC yang berkelanjutan dan merata.

KAJIAN TEORI

Teori Implementasi Edward III

Edward III mengidentifikasi empat variabel kunci implementasi kebijakan yaitu komunikasi, sumberdaya, disposisi implementor, dan struktur birokrasi. Komunikasi mencakup kejelasan, konsistensi, dan penyebaran informasi. Sumber daya meliputi tenaga manusia, finansial, fasilitas, dan informasi. Disposisi implementor mencerminkan sikap dan komitmen pelaksana, sedangkan struktur birokrasi menekankan SOP dan koordinasi organisasi. Model ini efektif untuk menganalisis kebijakan kesehatan berskala besar.⁵

Universal Health Coverage

UHC, sebagaimana didefinisikan WHO, menekankan cakupan populasi, layanan, dan perlindungan finansial. Implementasi UHC bervariasi, dari sistem berbasis pajak, asuransi wajib, hingga campuran. Tantangan di negara berkembang meliputi keterbatasan sumber daya, lemahnya informasi kesehatan, dan fragmentasi pembiayaan.

⁴ Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2024, Juni). *Monthly Report JKN: Juni 2024* [Laporan bulanan]. https://kesehatan.djsn.go.id/kesehatan/doc/laporan-bulanan/Monthly_Report_JKN_06_2024.pdf

⁵ Edwards, G. C. (1980). *Implementing public policy*. Congressional Quarterly Press.

METODE

Metode penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif komparatif dengan analisis deskriptif berdasarkan teori Edward III. Data sekunder dari dokumen resmi (BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, MOH Malaysia), laporan internasional (WHO, *World Bank*, ADB), dan jurnal ilmiah dikumpulkan melalui studi literatur sistematis. Analisis konten tematik dilakukan dengan kategorisasi data berdasarkan variabel Edward III, diikuti analisis within-case dan cross-case. Validitas dijaga melalui triangulasi sumber, reliabilitas melalui konsistensi kerangka analisis. Keterbatasan meliputi ketergantungan pada data sekunder dan potensi bias interpretasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Indonesia telah mengimplementasikan transformasi sistem jaminan kesehatan paling ambisius di dunia dengan peluncuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada 1 Januari 2014. Program ini secara fundamental mengintegrasikan berbagai skema jaminan kesehatan yang sebelumnya terfragmentasi seperti Askes PNS, Jamsostek, Jamkesmas, dan Jamkesda ke dalam satu sistem tunggal yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Landasan hukum yang kuat melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS memberikan otoritas yang jelas. Karakteristik utama JKN adalah sifatnya yang wajib bagi seluruh penduduk Indonesia, berlandaskan prinsip asuransi sosial yang menerapkan *mutual assistance* dan *risk pooling*. Peserta dikategorikan menjadi tiga kelompok: Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya ditanggung pemerintah untuk masyarakat miskin dan tidak mampu; pekerja penerima upah yang iurannya dibayar bersama pemberi kerja dan pekerja; serta pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja yang membayar iuran secara mandiri. Per Juni 2024, JKN telah mencakup 273 juta jiwa atau 97% dari total populasi Indonesia, melampaui target RPJMN 2020-2024 sebesar 98%. Namun, dari total peserta tersebut, sekitar 53,7 juta peserta atau 20% masih berstatus tidak aktif karena menunggak pembayaran iuran.

Sementara itu, Malaysia mengoperasikan sistem kesehatan dual yang menggabungkan sektor publik yang sangat bersubsidi dengan sektor swasta yang berkembang pesat. Sistem ini telah berevolusi sejak kemerdekaan dan kini mencapai kematangan dengan karakteristik unik di kawasan Asia Tenggara. Sektor publik, yang dikelola oleh Kementerian Kesehatan Malaysia, menyediakan layanan kesehatan yang hampir gratis bagi seluruh warga negara dan penduduk tetap Malaysia. Keunggulan sistem kesehatan Malaysia terletak pada aksesibilitas universal terhadap layanan kesehatan dasar tanpa hambatan finansial yang signifikan. Subsidi pemerintah mencakup sekitar 98% dari total biaya layanan kesehatan publik. Alokasi anggaran kesehatan Malaysia untuk tahun 2024 mencapai RM41,2 miliar, sebuah komitmen finansial yang substansial meskipun masih dianggap belum optimal karena belum mencapai target WHO sebesar 5% dari Produk Domestik Bruto (PDB). Sektor swasta Malaysia telah berkembang pesat dan menjadi destinasi *medical tourism* terkemuka di Asia, memberikan kontribusi

ekonomi yang signifikan. Fasilitas kesehatan swasta Malaysia diakui secara internasional dengan akreditasi *Joint Commission International* (JCI) dan menarik pasien dari seluruh kawasan Asia Tenggara dan Timur Tengah. Namun, hanya sekitar 22-45% populasi Malaysia yang memiliki asuransi kesehatan swasta, dengan 43% diantaranya menyatakan tidak mampu secara finansial untuk mengakses layanan swasta premium.

Analisis Implementasi Berdasarkan Teori Edward III Komunikasi

Pemerintah Indonesia telah mengupayakan komunikasi kebijakan JKN secara sangat masif dan sistematis sejak tahap persiapan implementasi. Strategi komunikasi mencakup kampanye nasional melalui berbagai media massa, media sosial, sosialisasi langsung ke daerah, serta kolaborasi dengan berbagai pemangku kepentingan, termasuk organisasi masyarakat sipil dan tokoh agama. BPJS Kesehatan mengoperasikan 127 kantor cabang di seluruh Indonesia dengan lebih dari 3.400 kantor cabang operasional untuk memfasilitasi komunikasi langsung dengan masyarakat. Platform digital seperti aplikasi *Mobile JKN* dan situs web resmi menyediakan informasi komprehensif tentang manfaat, prosedur, dan kewajiban peserta, sementara media sosial dimanfaatkan intensif untuk edukasi publik dan respons terhadap keluhan. Namun, efektivitas komunikasi masih menghadapi tantangan signifikan. Kompleksitas sistem rujukan berjenjang belum sepenuhnya dipahami masyarakat, seringkali menimbulkan frustrasi ketika akses langsung ke rumah sakit rujukan dibatasi. Pemahaman tentang kewajiban pembayaran iuran juga masih lemah, terbukti dari 53,7 juta peserta yang berstatus tidak aktif. Kesenjangan digital antara masyarakat urban dan rural menyebabkan akses informasi yang tidak merata.

Di sisi lain negara Malaysia, tidak memiliki program komunikasi kebijakan spesifik untuk jaminan kesehatan universal karena sistem kesehatannya tidak berbasis skema asuransi wajib. Komunikasi kebijakan kesehatan lebih terfokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan informasi mengenai layanan kesehatan yang tersedia. Kementerian Kesehatan Malaysia mengadopsi pendekatan komunikasi yang relatif pasif, mengandalkan penyebaran informasi melalui fasilitas kesehatan dan situs web resmi. Masyarakat Malaysia umumnya memahami akses mereka terhadap layanan kesehatan publik gratis, namun pemahaman tentang pilihan asuransi kesehatan swasta masih terbatas. Kemudian, koordinasi komunikasi antara sektor publik dan swasta juga minimal, tanpa strategi komunikasi terintegrasi yang menjelaskan peran komplementer kedua sektor atau memberikan panduan kepada masyarakat dalam memilih opsi layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan finansial mereka.

Pada aspek komunikasi Indonesia menunjukkan superioritas yang jelas dalam aspek komunikasi kebijakan karena adanya program spesifik (JKN) yang menuntut pemahaman publik yang komprehensif. Investasi dalam strategi komunikasi yang masif dan multi-channel mencerminkan pengakuan akan pentingnya kesadaran publik dalam keberhasilan

implementasi. Namun, kompleksitas program JKN menyebabkan tantangan dalam memastikan pemahaman yang efektif di tingkat akar rumput. Sebaliknya, Malaysia lemah dalam aspek komunikasi jaminan kesehatan universal karena tidak memiliki program spesifik yang memerlukan kampanye publik besar-besaran. Pendekatan komunikasi yang pasif mungkin memadai untuk sistem kesehatan publik gratis, tetapi tidak adekuat untuk meningkatkan literasi asuransi kesehatan dan mendorong partisipasi dalam asuransi kesehatan sukarela.

Sumber Daya

Implementasi JKN menuntut mobilisasi sumber daya yang luar biasa besar, mengingat cakupan populasi 273 juta jiwa dengan paket manfaat yang komprehensif. Dari aspek sumber daya manusia, BPJS Kesehatan mempekerjakan lebih dari 45.000 pegawai di seluruh Indonesia, namun rasio pegawai BPJS terhadap peserta masih sangat rendah, menciptakan tekanan beban kerja yang tinggi. Ketersediaan fasilitas kesehatan juga menjadi hambatan utama implementasi JKN. Meskipun jumlah fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS terus meningkat, distribusinya masih sangat timpang, dengan konsentrasi 60% fasilitas di Pulau Jawa sementara wilayah Indonesia Timur hanya memiliki kurang dari 15%. Sumber daya finansial JKN berasal dari iuran peserta, bantuan iuran dari pemerintah untuk kategori PBI (yang kuotanya meningkat menjadi 113 juta jiwa pada 2024 dari 98,6 juta jiwa sebelumnya), serta subsidi pemerintah untuk menutup defisit operasional. Total penerimaan iuran JKN pada tahun 2023 mencapai sekitar Rp150 triliun, sementara pengeluaran klaim melampaui Rp170 triliun, menghasilkan defisit operasional yang substansial.

Malaysia memiliki keunggulan signifikan dalam aspek kualitas sumber daya kesehatan. Investasi pemerintah dalam infrastruktur kesehatan selama puluhan tahun telah menghasilkan sistem yang matang dengan standar internasional. Alokasi anggaran kesehatan RM41,2 miliar pada tahun 2024 mencerminkan komitmen finansial yang substansial, meskipun masih perlu ditingkatkan untuk mencapai 5% dari PDB. Kualitas sumber daya manusia kesehatan Malaysia sangat tinggi, didukung oleh sistem pendidikan kedokteran yang terakreditasi internasional. Lulusan medis Malaysia diakui di berbagai negara dan banyak yang berkarir di negara maju. Namun, distribusinya antara sektor publik dan swasta, serta antara urban dan rural, masih timpang. Fasilitas kesehatan Malaysia berkualitas tinggi, baik di sektor publik maupun swasta. Rumah sakit publik dilengkapi dengan teknologi medis modern dan banyak yang telah mencapai akreditasi internasional. Sektor swasta menawarkan layanan premium dengan fasilitas mewah dan teknologi mutakhir, seringkali menjadi tujuan *medical tourism*. Namun, ketersediaan fasilitas ini terpusat di wilayah perkotaan besar, meninggalkan daerah pedesaan dengan akses yang lebih terbatas.

Indonesia telah melakukan mobilisasi sumber daya yang masif untuk mendukung JKN, terutama dalam hal cakupan populasi dan alokasi anggaran PBI. Namun, tantangan terbesarnya adalah keberlanjutan finansial program, ketersediaan fasilitas kesehatan yang tidak merata, dan kekurangan tenaga medis berkualitas, khususnya di daerah terpencil. Sebaliknya, Malaysia

unggul dalam kualitas sumber daya manusia dan fasilitas kesehatan berkat investasi berkelanjutan selama puluhan tahun. Kekuatan ini memungkinkan Malaysia memberikan layanan kesehatan berkualitas tinggi dengan biaya yang sangat rendah di sektor publik. Namun, tantangan utama Malaysia adalah distribusi sumber daya yang timpang antara wilayah perkotaan dan pedesaan, serta antara sektor publik dan swasta, yang menyebabkan ketimpangan akses.

Disposisi

Pelaksana pada tingkat birokrasi di Indonesia menunjukkan komitmen yang tinggi terhadap pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Didukung oleh kepemimpinan politik yang kuat serta peran sentral Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan, sebagian besar pejabat memahami visi JKN untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC). Namun, pada level operasional, berbagai hambatan muncul. Sejumlah tenaga kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) menganggap sistem rujukan berjenjang membebani administrasi, sehingga menimbulkan resistensi. Selain itu, inkonsistensi interpretasi regulasi antar daerah turut memperlambat implementasi. Meski insiden penolakan atau diskriminasi terhadap peserta JKN menurun, kasus tersebut masih terjadi, mencerminkan sikap yang belum sepenuhnya positif di kalangan penyedia layanan. Di sisi lain, semangat gotong royong dan nilai kemanusiaan di kalangan tenaga kesehatan dan staf BPJS Kesehatan menjadi pendorong utama dalam melayani pasien kurang mampu, mengatasi sebagian keterbatasan sumber daya. Namun, beban kerja yang berat dan tingginya jumlah pasien sering kali melemahkan motivasi, yang dapat berdampak pada penurunan kualitas layanan.

Tenaga medis di sektor publik Malaysia dikenal sangat profesional dan berdedikasi, menunjukkan sikap positif dalam menyediakan pelayanan kesehatan berkualitas tinggi bagi masyarakat. Sistem pelayanan kesehatan yang hampir gratis dan diakui secara global meningkatkan semangat dan motivasi mereka. Namun, dalam konteks jaminan kesehatan universal, Malaysia tidak menerapkan skema asuransi wajib seperti JKN, sehingga pelaksana lebih berfokus pada efisiensi pelayanan publik yang sudah ada. Tantangan utama terdapat di sektor swasta, dimana insentif finansial dapat mempengaruhi keputusan klinis, seperti pilihan pengobatan atau rujukan. Meski tenaga medis swasta tetap menjunjung profesionalisme, motivasi ekonomi terkadang mempengaruhi praktik mereka. Selain itu, minimnya kebijakan pemerintah untuk memajukan skema asuransi di sektor swasta menjadi hambatan dalam memperluas cakupan kesehatan universal.

Pada implementasi nya Indonesia menghadapi kesulitan dalam memastikan sikap positif pelaksana JKN secara konsisten di semua tingkatan, meskipun komitmen birokrasi tingkat atas cukup kokoh. Kompleksitas sistem dan tekanan beban kerja menjadi faktor utama yang mempengaruhi motivasi di lapangan. Sebaliknya, Malaysia memiliki tenaga medis sektor publik yang sangat berdedikasi dan profesional. Namun, tanpa adanya program asuransi wajib, fokus pelaksana terbatas pada penyediaan layanan publik yang efisien, dengan kendala dalam

mengintegrasikan sektor swasta ke dalam sistem jaminan kesehatan universal.

Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi JKN di Indonesia dicirikan oleh sentralisasi yang kuat di bawah BPJS Kesehatan sebagai entitas tunggal yang mengelola asuransi sosial wajib. Struktur ini memungkinkan koordinasi vertikal yang efisien dari kantor pusat hingga kantor cabang di seluruh Indonesia, memastikan keseragaman prosedur dan kebijakan. Landasan hukum yang kuat melalui undang-undang memberikan otoritas yang jelas kepada BPJS Kesehatan. *Standard Operating Procedures* (SOPs) yang komprehensif telah dikembangkan oleh BPJS Kesehatan untuk memandu proses pendaftaran, pembayaran iuran, klaim, dan pelayanan, yang bertujuan untuk memastikan konsistensi dan akuntabilitas. Fragmentasi tanggung jawab antara BPJS Kesehatan (pembiayaan), Kementerian Kesehatan (kebijakan dan regulasi), dan pemerintah daerah (penyediaan fasilitas dan tenaga) menjadi hambatan utama dalam struktur birokrasi Indonesia.

Sedangkan di Malaysia, lebih terdesentralisasi dibandingkan Indonesia. Kementerian Kesehatan Malaysia bertanggung jawab atas kebijakan dan regulasi kesehatan di tingkat federal, namun implementasi layanan kesehatan sehari-hari banyak dilakukan oleh pemerintah negara bagian dan distrik. Sistem ini telah lama mapan dan memungkinkan adaptasi lokal yang lebih besar. Namun, fragmentasi antara sektor publik dan swasta adalah ciri utama struktur birokrasi Malaysia. Kedua sektor beroperasi secara paralel dengan regulasi yang terpisah, dan koordinasi antara keduanya sangat minimal. Ini berarti tidak ada struktur birokrasi tunggal yang mengawasi jaminan kesehatan secara komprehensif.

Indonesia menunjukkan keunggulan dalam sentralisasi dan standar prosedur untuk program JKN, yang memungkinkan cakupan masif dan operasionalisasi yang terkoordinasi secara vertikal. Namun, fragmentasi horizontal antara berbagai kementerian dan lembaga yang terkait dengan kesehatan menjadi tantangan dalam mencapai efisiensi dan sinergi yang optimal. Sebaliknya, Malaysia memiliki struktur yang lebih terdesentralisasi dalam penyediaan layanan kesehatan publik, dengan SOPs yang mapan. Namun, fragmentasi antara sektor publik dan swasta, serta kurangnya kerangka birokrasi yang terintegrasi untuk jaminan kesehatan universal (di luar layanan publik gratis), menjadi kelemahan signifikan.

KESIMPULAN

Penelitian ini telah membandingkan implementasi jaminan kesehatan di Indonesia dan Malaysia menggunakan kerangka teori Edward III, memperlihatkan bahwa kedua negara menempuh jalur yang berbeda namun secara konsisten berupaya mencapai *Universal Health Coverage* (UHC), masing-masing dengan keunggulan dan tantangan yang unik. Indonesia, dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, telah berhasil mencapai cakupan populasi yang luar biasa, mencapai 97% per Juni 2024, melalui sistem asuransi sosial wajib yang komprehensif. Dari perspektif Edward III, Indonesia menunjukkan keunggulan dalam komunikasi kebijakan yang masif dan sistematis untuk JKN,

meskipun masih menghadapi tantangan dalam efektivitas pemahaman masyarakat terkait prosedur yang kompleks dan kewajiban iuran. Dari sisi sumber daya, Indonesia telah melakukan finansial dan manusia yang sangat besar, namun bergulat dengan tantangan sustainabilitas finansial (defisit program), ketimpangan distribusi fasilitas kesehatan, dan kekurangan tenaga medis, khususnya di daerah terpencil. Disposisi implementor di Indonesia menunjukkan komitmen birokrasi yang kuat dari level puncak, namun di tingkat lapangan, masih ada variasi dalam disposisi tenaga kesehatan dan pemahaman tentang implementasi JKN. Secara struktural, Indonesia memiliki birokrasi yang terpusat dan kuat melalui BPJS Kesehatan, namun fragmentasi horizontal antar kementerian dan lembaga masih menjadi hambatan koordinasi.

Di sisi lain, Malaysia mengandalkan sistem kesehatan publik yang sangat bersubsidi dan menyediakan akses hampir gratis bagi seluruh warga negara, didukung oleh sektor swasta yang berkembang pesat. Dari perspektif Edward III, Malaysia menunjukkan kelemahan dalam komunikasi kebijakan jaminan kesehatan universal karena tidak adanya skema asuransi wajib, dengan fokus lebih pada promosi kesehatan umum dan informasi layanan publik, yang berkontribusi pada rendahnya literasi asuransi kesehatan swasta. Malaysia unggul dalam kualitas sumber daya manusia dan fasilitas kesehatan berkat investasi jangka panjang yang signifikan, namun menghadapi tantangan distribusi yang timpang antara wilayah urban-rural dan sektor publik-swasta. Disposisi implementor di Malaysia menunjukkan profesionalisme dan dedikasi tinggi dari tenaga medis di sektor publik, namun tidak ada disposisi proaktif yang spesifik untuk memperkuat cakupan asuransi kesehatan universal di luar sektor publik. Secara struktural, Malaysia memiliki birokrasi yang lebih terdesentralisasi dalam penyediaan layanan kesehatan publik, tetapi fragmentasi antara sektor publik dan swasta serta kurangnya kerangka koordinasi untuk jaminan kesehatan universal menjadi kelemahan substansial.

SARAN

Untuk Indonesia:

Pemerintah perlu mencari solusi jangka panjang dan berkelanjutan untuk mengatasi defisit finansial JKN. Hal ini dapat meliputi peninjauan skema iuran, peningkatan subsidi pemerintah yang lebih terencana, atau pengembangan sumber pendanaan alternatif. Kemudian, perlu adanya perluasan fasilitas kesehatan, peningkatan rasio tenaga medis, dan distribusi yang lebih merata, terutama di daerah terpencil dan perbatasan, harus menjadi prioritas utama.

Diperlukan juga upaya yang lebih kuat untuk menciptakan sinergi dan koordinasi yang lebih baik antara BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan pemerintah daerah. Serta pelaksanaan strategi komunikasi harus lebih fokus pada penyederhanaan informasi, terutama mengenai prosedur rujukan berjenjang dan kewajiban peserta. Penting juga untuk mengatasi kesenjangan digital guna memastikan akses informasi yang merata di seluruh lapisan masyarakat.

Untuk Malaysia:

Malaysia perlu mempertimbangkan pengembangan skema jaminan kesehatan universal yang lebih komprehensif. Ini dapat dilakukan melalui integrasi atau penguatan peran asuransi kesehatan swasta melalui regulasi yang jelas dan insentif yang menarik. Kemudian, perlu ada kampanye komunikasi yang lebih proaktif untuk meningkatkan literasi asuransi kesehatan di kalangan masyarakat, menjelaskan secara transparan manfaat asuransi swasta, dan bagaimana sektor publik dan swasta dapat saling melengkapi untuk menyediakan layanan kesehatan yang optimal.

Meskipun kualitas sumber daya Malaysia tinggi, pemerintah perlu fokus pada pemerataan distribusi tenaga medis dan fasilitas kesehatan ke wilayah pedesaan dan daerah yang kurang terlayani untuk secara signifikan mengurangi ketimpangan akses. Serta perlu adanya pembentukan kerangka koordinasi yang lebih kuat antara Kementerian Kesehatan, sektor swasta, dan penyedia asuransi kesehatan sangat diperlukan. Hal ini dapat membantu menciptakan sistem kesehatan yang lebih terintegrasi dan efisien secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Asian Development Bank. (2024). *Health sector development in Southeast Asia*. ADB.
- Badan Pusat Statistik. (2024). *Statistik kesehatan Indonesia 2024*. BPS.
- BPJS Kesehatan. (2024). *Laporan pelaksanaan program JKN periode Juni 2024*. BPJS Kesehatan.
- Department of Statistics Malaysia. (2024). *Malaysia health statistics 2024*. DOSM.
- Edwards, G. C. (1980). *Implementing public policy*. Congressional Quarterly Press.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Profil kesehatan Indonesia 2024*. Kemenkes RI.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas. (2020). *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024*. Bappenas.
- Ministry of Health Malaysia. (2024). *Health facts 2024*. MOH Malaysia.
- Republik Indonesia. (2004). *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. (2011). *Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Sekretariat Negara.
- World Bank. (2024). *Health financing in developing countries*. World Bank Group.
- World Health Organization. (2019). *Universal health coverage*. WHO Press.
- World Health Organization. (2024). *Global health observatory data*. WHO.