

# Dukungan Pemerintah Daerah terhadap Pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) di Kabupaten Luwu Timur

Mujtahidah \*, Nurul Fajriah Istiqamah

Program studi Administrasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Keolahragaan dan Kesehatan, Universitas Negeri Makassar, Indonesia

\*Email (Penulis Korespondensi): [mujtahidah@unm.ac.id](mailto:mujtahidah@unm.ac.id)

## Abstrak

Pemerintah daerah sebagai tulang punggung program nasional mempunyai tiga peran strategis dalam mewujudkan pencapaian UHC, yaitu cakupan kepesertaan, pelayanan kesehatan dan kepatuhan iuran. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh dukungan pemerintah terhadap pencapaian UHC di Kabupaten Luwu Timur. Desain penelitian adalah kualitatif deskriptif dengan jumlah informan sebanyak 5 orang yang dipilih secara purposive sampling. Data diperoleh melalui wawancara mendalam meliputi cakupan kepesertaan dan pelayanan kesehatan. Analisis triangulasi data digunakan untuk mendapatkan keabsahan data. Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan aspek cakupan kepesertaan, pemda Kab. Luwu Timur melakukan validasi data kependudukan untuk pengalokasian anggaran peserta PBI, serta melakukan sosialisasi melalui Puskesmas dan bidan desa untuk mencakup peserta. Aspek pelayanan kesehatan, pemda Kab. Luwu Timur terus melakukan peningkatan jumlah fasilitas kesehatan dan menyediakan sarana prasarana yang memadai. Disimpulkan bahwa dukungan pemda Kab. Luwu Timur berpengaruh besar terhadap pencapaian UHC di Kab. Luwu Timur dari aspek cakupan kepesertaan dan pelayanan kesehatan. Diharapkan dapat menjaga dan memelihara keberlanjutan UHC di Kab. Luwu Timur serta pemerataan pelayanan kesehatan.

**Kata kunci:** UHC, JKN, dukungan pemerintah daerah, cakupan kepesertaan, pelayanan kesehatan.

## 1. Pendahuluan

Tahun 2010, diperkirakan 808 juta orang atau sebesar 11,7% dari populasi dunia menghabiskan setidaknya 10% dari total pengeluaran rumah tangga atau pendapatan untuk layanan kesehatan kemudian sebesar 1,4% dari populasi dunia mengalami kemiskinan karena pengeluaran perawatan kesehatan pada tahun 2010. **Error! Bookmark not defined.** Berdasarkan hal tersebut, beberapa negara mengambil inisiatif untuk mengembangkan asuransi sosial, seperti *Universal Health Coverage* (UHC). UHC juga disebut sebagai Cakupan Pelayanan Kesehatan Universal dimana ini bukanlah sebuah konsep baru. Hal ini tertanam dalam usaha global untuk kesehatan sebagai fundamental hak asasi manusia dan juga ditetapkan dalam *World Health Organization* (WHO), dalam deklarasi Alma Ata dan dalam reformasi pembiayaan Kesehatan (Mbogo and McGill, 2016). Perlindungan risiko keuangan dan akses ke perawatan yang dibutuhkan merupakan dua tujuan utama UHC, juga mencakup tujuan yang terkait ke pemerataan akses, layanan berkualitas, dan perlindungan sosial yang lebih luas (Mulupi et al., 2013).

---

Pencapaian *UHC* berbeda di setiap negara, tergantung pada kemauan politik dan kemampuan keuangan negara. Semakin kaya negara, semakin mudah negara untuk memastikan layanan kesehatan bagi warganya (Misnaniarti and Ayuningtyas, 2015). Perluasan cakupan *UHC* secara signifikan meningkatkan akses pasien ke perawatan dan pencegahan, perawatan primer, penyakit kronis, obat-obatan, dan operasi. Manfaat lainnya yaitu kesejahteraan psikologis dimana ketika seseorang bisa membayar perawatan apabila jatuh sakit. Sehingga hal ini akan membantu puluhan ribu orang untuk hidup lebih lama. Sebaliknya, data menunjukkan jika mengurangi cakupan maka akan menghasilkan kerugian kesehatan yang signifikan, terutama untuk orang-orang dengan pendapatan rendah dan kondisi kronis (Sommers et al., 2017).

Sejak *UHC* diimplementasikan di Indonesia melalui Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) pada tahun 2014, pengaplikasiannya cukup beragam di setiap daerah. Tahun 2016, terdapat empat provinsi yang pertama kali dikategorikan *UHC* dimana kepesertaan JKN-KIS dari penduduknya lebih 95%, yaitu Provinsi DKI Jakarta, Provinsi Aceh, Provinsi Papua Barat, Provinsi Gorontalo (BPJS Kesehatan, 2016). Berdasarkan data nasional, peserta JKN-KIS di Indonesia per 1 Agustus 2024 adalah 276.520.647 jiwa, atau setara dengan 98,19% dari total penduduk Indonesia. Angka ini menunjukkan komitmen negara untuk memastikan akses kesehatan bagi seluruh warga.

Kabupaten Luwu Timur mempunyai jumlah penduduk nasional yaitu sebanyak 299.974 jiwa dan telah mencapai target *UHC* pada awal tahun 2018 dengan jumlah peserta JKN-KIS per 04 Juni 2019 sebanyak 325.863 orang (108,63%). Hal ini menjadikan Kabupaten Luwu Timur sebagai kabupaten pertama yang mencapai target *UHC* 100% di Sulawesi Selatan. Beragamnya pencapaian *UHC* di setiap daerah menarik perhatian karena ada daerah yang sudah lebih dulu mencapai *UHC* dan masih ada yang belum mencapai *UHC* padahal sebelumnya Indonesia telah menargetkan mencapai *UHC* pada tahun 2019.

Penelitian yang dilakukan di 11 negara menunjukkan bahwa gerakan menuju *UHC* merupakan keterlibatan kebijakan jangka panjang yang membutuhkan pengetahuan teknis dan pengetahuan politik. Secara keseluruhan, negara-negara memiliki peluang yang lebih baik untuk maju jika mereka memiliki pemimpin yang menunjukkan komitmen politik untuk melakukan reformasi, pemahaman yang jelas tentang tantangan ekonomi politik, dan kemauan untuk belajar dari pengalaman dan beradaptasi (Reich et al., 2016).

Dukungan pemerintah daerah terhadap keberlangsungan program JKN-KIS dan mencapai *UHC* ini sangat strategis. Setidaknya ada tiga peran penting pemerintah daerah dalam upaya mengoptimalkan program JKN-KIS, diantaranya memperluas cakupan kepesertaan, meningkatkan kualitas pelayanan, serta meningkatkan tingkat kepatuhan (BPJS Kesehatan, 2016).

## **2. Metode**

### **2.1. Lokasi dan Rancangan Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Luwu Timur, pada bulan Juli-Agustus 2024. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif deskriptif yang mengkaji perspektif dan informasi dari responden mengenai dukungan pemerintah daerah terhadap pencapaian *UHC* di Kabupaten Luwu Timur.

### **2.2. Informan Penelitian**

Penentuan informan menggunakan teknik *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan teknik penentuan sampel dengan pertimbangan khusus sehingga layak dijadikan sampel. Informan dalam penelitian ini sebanyak 5 orang yang telah memenuhi kriteria inklusi yaitu telah menjabat minimal 6 bulan, memahami proses pencapaian *UHC* dan berpartisipasi dalam pencapaian *UHC* di Kabupaten Luwu Timur, berbadan sehat dan mampu berkomunikasi dengan lancar serta bersedia menjadi informan dengan menandatangani *informed consent*.

### 2.3. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen. Data cakupan kepesertaan dan pelayanan kesehatan masing-masing dinilai dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen.

### 2.4. Analisis Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan sejak sebelum memasuki lapangan, selama di lapangan dan setelah selesai di lapangan. Analisis data dilakukan menggunakan versi Miles dan Huberman bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas sehingga datanya jenuh. Aktivitas meliputi reduksi data (*data reduction*), penyajian data (*data display*) dan penarikan kesimpulan (*verification*).

## 3. Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh gambaran mengenai dukungan pemerintah daerah terhadap pencapaian *UHC* yaitu dari aspek cakupan kepesertaan dan pelayanan Kesehatan. Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa pemerintah daerah Kabupaten Luwu Timur memiliki komitmen yang kuat untuk menjadikan daerahnya *UHC* dengan mengadakannya *MoU* antara pemerintah daerah dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan berhasil dibuktikan dengan menjadikan Luwu Timur sebagai kabupaten pertama yang mencapai *UHC* di Provinsi Sulawesi Selatan. Hal ini salah satunya didukung oleh adanya keseriusan pemerintah pada proses validasi data penduduk untuk memastikan keberadaan dan kondisi setiap penduduk di Luwu Timur yang kemudian pemerintah daerah akan menyediakan anggaran untuk mencakup penduduknya ke dalam peserta PBI, meskipun proses validasi data ini sempat menjadi kendala dalam proses menuju *UHC*.

### 3.1. Karakteristik Informan

Tabel 1 memperlihatkan karakteristik informan pada penelitian ini. Sebagian besar informan adalah perempuan dan berumur  $\geq 35$  tahun. Berpendidikan S1 sebanyak 4 orang dan S2 sebanyak 1 orang.

**Tabel 1.** Karakteristik informan wawancara mendalam di Kabupaten Luwu Timur, 2024

Variabel	Frekuensi (N=8)
Jenis Kelamin	
- Laki-laki	2
- Perempuan	6
Pendidikan terakhir	
- SMA/SMK	2
- S1	5

- S2	1
Umur	
- < 35	0
- ≥ 35	8

### 3.2. Dukungan Pemerintah Daerah terhadap Cakupan Kepesertaan

Pemerintah memiliki wewenang dan tanggung jawab untuk menjamin seluruh penduduk agar setiap penduduk yang sakit tidak menjadi miskin karena beban biaya berobat yang tinggi. Artinya, setiap penduduk harus menjadi peserta JKN-KIS terlebih dahulu. Dukungan pemerintah daerah terhadap cakupan kepesertaan secara umum dapat diketahui dari bentuk komitmen pemerintah daerah untuk mencakup peserta, pembiayaan untuk peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan cara mencakup peserta mandiri.

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa pemda Kab. Luwu Timur memiliki komitmen yang kuat untuk menjadikan daerahnya UHC dengan mengadakannya MoU antara pemda dengan BPJS Kesehatan dan berhasil dibuktikan dengan menjadikan Luwu Timur sebagai kabupaten pertama yang mencapai UHC di Provinsi Sulawesi Selatan. Hal ini salah satunya didukung oleh adanya keseriusan pemerintah pada proses validasi data penduduk untuk memastikan keberadaan dan kondisi setiap penduduk di Luwu Timur yang kemudian pemda akan menyediakan anggaran untuk membiayai kepesertaan JKN penduduknya, meskipun proses validasi data ini sempat menjadi kendala dalam proses menuju UHC. Diketahui juga bahwa DPRD Luwu Timur memiliki kepedulian terhadap kesehatan. Berikut pernyataan informan:

*“Bentuk komitmennya pemda itu dengan mengadakan Memorandum of Understanding (MoU) sebagai bukti konkrit antara pemda dengan BPJS bahwasanya sesuai regulasi dari Kementerian Kesehatan, kabupaten sudah diharuskan UHC tahun 2019. Setelah itu kita validasi data kependudukan untuk tahu berapa jumlah penduduk kita dan berapa kita bisa alokasikan anggaran untuk pembiayaan kesehatan penduduk. Pemerintah dalam hal ini, selain bupati dan wakil bupati, kita juga didukung oleh DPRD. Kebetulan DPRD kami disini sangat care terhadap persoalan kesehatan. Bahkan saya ingat sekali waktu kami sodorkan mengenai UHC akhir tahun 2017, ada anggota dewan yang menyatakan kalau perlu itu masyarakat mandiri yang menanggung, kita dibayarkan. Cuma tidak ada regulasi mengenai itu sehingga Luwu Timur tidak bisa membayarkan.”*  
*“Kami sadar bahwa kesehatan itu sangat penting dan disini kami sebagai DPRD kapasitasnya menyetujui untuk mewujudkan UHC di Luwu Timur”*

Mengenai masalah pembiayaan, anggaran peserta PBI di Luwu Timur dibagi menjadi tiga yaitu anggaran dari APBN untuk peserta eks jamkesmas, APBD; Provinsi dan Kabupaten, dan anggaran dari Kab. Luwu Timur sendiri. Dari jumlah peserta PBI APBD Luwu Timur sebanyak 165.079 peserta, diketahui kuota untuk peserta PBI sebanyak 68.736 peserta, dari jumlah kuota PBI APBD tersebut pembiayaan pesertanya dibagi oleh APBD Provinsi dan Kabupaten, dengan pembagian 40% Provinsi dan 60% Kabupaten. Sedangkan sebanyak 96.343 peserta PBI APBD lainnya dibayarkan murni oleh pemerintah Kab. Luwu Timur. Hal ini yang menarik perhatian peneliti dikarenakan dukungan pemda Luwu Timur membiayai peserta PBI dengan mengeluarkan anggaran yang besar, dimana berdasarkan penelitian, Luwu Timur telah menyisihkan APBD sekitar 45 M untuk pembiayaan peserta PBI setiap tahunnya dan juga telah mengeluarkan anggaran untuk membiayai 96.343 peserta PBI APBD lainnya. Jumlah anggaran untuk peserta PBI sekitar 45 M tahun 2018/2019. Berikut pernyataan informan:

*“Kami di Luwu Timur masalah pembiayaan terkait UHC ini ada 3 bagian, ada PBI APBN itu dibiayai oleh pusat yang eks-jamkesmas. Yang kedua, kalau PBI APBD itu dibagi 2. Ada PBI APBD provinsi dan PBI APBD kabupaten, itu kami sharing. Jadi sharingnya itu 40% provinsi dan 60% kabupaten dari jumlah peserta. Kalau jumlahnya yang sharing itu sekitar 68.736 jiwa. Selebihnya itu, itulah yang dibiayai pure oleh kabupaten,*

---

*kecuali mandiri, perusahaan dan lain-lainnya itu. Untuk jumlah anggaran peserta PBI itu sekitar 45 M tahun 2018/2019”*

*“Untuk anggaran BPJS yang dibayarkan pemerintah itu sekitar 40-60 M tiap tahun”*

Puskesmas sebagai UPT Dinas Kesehatan telah melaksanakan tugasnya untuk mencakup warga yang belum menjadi peserta JKN dengan cara mengadakan sosialisasi lintas sektor, menyebarkan informasi pada pertemuan desa, dan bekerja sama dengan bidan desa. Bagi masyarakat yang langsung datang berobat ke puskesmas akan dicek terlebih dahulu status kepesertaannya dan diarahkan oleh petugas puskesmas jika belum terdaftar sebagai peserta JKN. Berikut pernyataan informan:

*“Jadi kami kan dinas kesehatan kami punya UPT puskesmas. Puskesmas inilah yang memberikan informasi ke masyarakat. Yang harus diketahui itu juga kalau jadi peserta PBI itu cuma sampai kelas 3 kelas perawatannya, kalau dia keberatan kami persilahkan untuk pindah ke mandiri.”*

Informasi tersebut didukung oleh pernyataan informan di Puskesmas sebagai berikut:

*“Ada biasa Puskesmas adakan sosialisasi lintas sektor 4 kali dalam triwulan, sosialisasinya itu salah satunya tentang mengajak masyarakat yang belum daftar BPJS, kalau di desa biasa juga Puskesmas selipkan masuk di pertemuan-pertemuan desa atau biasa diarahkan juga bidan desanya untuk diberitahukan warganya yang belum punya BPJS.”*

Informasi tersebut juga kemudian sesuai dengan hasil wawancara yang dilakukan terhadap salah satu bidan desa di Luwu Timur. Berikut pernyataan informan:

*“Biasa kami dihubungi secara personal dari Puskesmas kalau masih ada pasien ta yang belum punya kartu BPJS arahkan ki untuk ambil surat keterangan di desa biar nanti dibayarkan sama Pemerintah. Dikasih tau juga, bilang ibu ini nanti perawatan ta sampai kelas 3 ji kalau dibayarkanki sama Pemerintah, kalau mauki naik kelas tidak bisa, haruski pindah ke mandiri. Biasa kalau dikasih tau begitu ada juga yang lebih napilih untuk jadi peserta mandiri saja”*

Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kurniawati and Rachmayanti (2018) yang mengemukakan bahwa salah satu faktor yang teridentifikasi sebagai akar penyebab masalah kurangnya atau rendahnya kepesertaan JKN di kawasan pedesaan Payaman, Kecamatan Ngraho, Kabupaten Bojonegoro yaitu kurangnya sosialisasi di masyarakat. Masyarakat menyatakan bahwa mereka tidak pernah mendapatkan sosialisasi tentang JKN dari bidan desa, perangkat desa, pihak puskesmas maupun pihak BPJS Kesehatan. Pemda Luwu Timur telah melakukan sosialisasi di Masyarakat melalui banyak pihak sehingga cakupan kepesertaannya juga telah mencapai 100%.

Pemerintah daerah juga melakukan cakupan peserta dengan mengecek status kepesertaan JKN setiap pasien yang datang berobat ke puskesmas dan akan diarahkan untuk mengurus kepesertaan JKN jika belum terdaftar. Berikut pernyataan lanjutan informan mengenai cara mencakup peserta:

*“Kalau ada pasien yang datang di Puskesmas dicek KKnya, pas dia belum terdaftar di BPJS disuruh urus langsung”*

*“Diliat juga dulu apakah dia mampu atau tidak, kalau dia tidak mampu kita suruh ambil surat keterangan tidak mampu di desa trus ke dinas kesehatan untuk ambil surat pengantar, surat pengantar itu yang akan dibawa ke BPJS untuk dibuatkan kartu BPJS daerah.”*

Berdasarkan penelitian Yeoh et al. (2019), fungsi pemerintahan yang dikerahkan di kawasan Asia-Pasifik untuk menuju *UHC* termasuk komitmen politik; kepemimpinan dan dukungan dari politisi dan pegawai negeri; baik keterlibatan pemangku kepentingan; peraturan, politik, dan struktur kelembagaan untuk mendukung implementasi kebijakan; dan sistem untuk pemantauan dan evaluasi. Komitmen dan implementasi *UHC* adalah proses politik: negara



---

harus rela dan mampu memobilisasi berbagai sumber daya yang substansial dan memiliki kapasitas untuk menerapkan fungsi tata kelola yang berbeda untuk mengoordinasikan dan membentuk interaksi komponen lainnya dari sistem kesehatan untuk bekerja mencapai tujuan *UHC*. Membangun dukungan untuk kebijakan dan program *UHC* akan membutuhkan kolaborasi dengan lintas berbagai sektor dan konstituen dan membangun koalisi untuk menghasilkan modal politik untuk mengatasi kepentingan pribadi.

### **3.3. Dukungan Pemerintah Daerah terhadap Pelayanan Kesehatan**

Secara umum, untuk melihat dukungan pemda terhadap pelayanan kesehatan dapat dilihat melalui cara meningkatkan dan menyediakan pelayanan kesehatan yang memadai, jumlah fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan, pemerataan kelengkapan medis dan obat-obatan di setiap puskesmas dan persoalan tingkat rujukan.

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, pemerintah daerah menyediakan anggaran lebih untuk pembiayaan kesehatan dari yang diamanahkan oleh regulasi yang ada yaitu alokasi kesehatan minimal 10% dari APBD. Berikut pernyataan informan:

*“Kalo persoalan memadai dan tidak memadai kalau dari sisi fasilitas kesehatan, pemda sudah sediakan alokasi pembiayaan yang sesuai bahkan lebih dari regulasi yang ada yang mengamanahkan bahwa 10% dari APBD itu diarahkan untuk sektor kesehatan kan gitu, kalo kami di Luwu Timur ini itu lebih, lebih 10% dari total APBD. Anggaplah kalau tidak salah itu APBD kami tahun 2018 itu 1,6 T begitu, lebih dari 10% itu adalah untuk pembiayaan kesehatan”*

Berdasarkan Pasal 171 ayat (2) UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pemerintah daerah harus mengalokasikan minimal 10% dari APBD di luar gaji untuk anggaran kesehatan. Kab. Luwu Timur telah menganggarkan alokasi dana APBD untuk kesehatan sesuai amanat tersebut dimana dana tersebut digunakan salah satunya untuk membayar iuran peserta PBI eks Jamkesda oleh pemda.

Mengenai jumlah fasilitas kesehatan, Luwu Timur terus mengembangkan fasilitas kesehatan dan saat ini telah mempunyai 2 RS yaitu RSUD I Lagaligo dan RS Swasta milik PT. Inko dan 17 unit puskesmas. Berikut pernyataan informan:

*“Di Luwu Timur ini ada 2 RS, satu RSUD dan satunya RS swasta dalam hal ini RS Inko. Sekarang sudah 17 puskesmas, dari 17 puskesmas ini, dari roadmap yang kami rencanakan 2018 itu sudah 100% sudah diakreditasi, minimal kan dia sudah memenuhi standar-standar yg diamanahkan sesuai Permenkes No. 75 tahun 2014 tentang puskesmas. Jadi kalau sarana prasarana di Luwu Timur alhamdulillah ya terus dikembangkan, kebetulan di akhir 2018 ada lagi 2 puskesmas baru, 2 itu Puskesmas Lakawali dengan Parumpanai sehingga ini tahun juga akhir tahun insyaAllah akan diakreditasi”*

Tenaga kesehatan di puskesmas menurut informan sudah mencukupi tetapi informan di Dinas Kesehatan mengatakan jika Luwu Timur masih kekurangan tenaga kesehatan laboran, berikut hasil wawancara dengan informan:

*“Hahaha banyak, melimpah”*  
*“Kalo tenaga kesehatan, disini itu SDM laboran yang masih kurang”*

Pemda Kab. Luwu Timur telah menyediakan dan meningkatkan fasilitas kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 22 UU No 32 Tahun 2004 mengenai penyediaan fasilitas kesehatan, baik tingkat primer (dokter praktik umum) maupun sekunder-tersier oleh dokter spesialis di rumah sakit.

Ketersediaan obat-obatan di Luwu Timur masih sering menjadi keluhan dari pasien dan sering kali pasien dirujuk karena kurang lengkapnya medis dan obat-obatan yang tersedia di

---

Puskesmas, meskipun pemerataan kelengkapan medis dan obat-obatan sudah berusaha dipenuhi oleh pemerintah daerah. Berikut pernyataan informan:

*“Kalau saya secara subjektifitas alhamdulillah itu sudah terpenuhi, walaupun itu pasti ada keluhan-keluhan misalnya ada obat yang sering tidak ada karna cepat habis, tidak ada mungkin yg maksimal 100% tapi alhamdulillah mi kalau saya”*

Pernyataan tersebut didukung oleh pernyataan informan di Puskesmas:

*“Ya, disini mengenai obat biasa ada yang kosong, kan ada juga list obat yang harus ada di Puskesmas dan ada obat yang tidak mesti ada. Biasa pasien keluhkan itu obat karna memang obat itu tidak ada di Puskesmas jadi kita rujuk”*

Hal ini kemudian berhubungan dengan pernyataan informan mengenai tingkat rujukan:

*“Kalau persoalan rujukan, ada itu biasa merujuk bukan persoalan karena SDM tidak mampu, kan kalau dokter ada standar kemampuannya, Cuma ada hal-hal tertentu seperti alat bahan habis pakai seperti regent atau apa kadang itu tidak maksimal terpenuhi jadi dirujuk atau misalnya kadang itu dari laborannya itu tidak ada.”*

Selain kurang lengkapnya medis dan obat-obatan yang tersedia di Puskesmas sebagai alasan pasien untuk dirujuk, diketahui bahwa tingkat rujukan di puskesmas Malili berada di titik tidak aman karena jumlah pasien yang dirujuk lebih dari 5% dari jumlah kunjungan pasien setiap bulannya, puskesmas telah berusaha untuk menekan tingkat rujukan tetapi pasien selalu meminta rujukan sendiri. berikut hasil pernyataan informan mengenai tingkat rujukan di Puskesmas:

*“Biasa disini garis merah, terlalu banyak. Garis merah itu maksudnya kita di titik tidak aman, jumlah pasien rujukan disini lebih dari 5% setiap bulan, baru kan batas aman itu kurang dari 5% setiap bulan. Yang dari poli biasa minta sendiri, kalau tidak dikasih juga salah, dikasih juga salah jadi serba salah kita jadi petugas. Dibilang biasa jangan merujuk terlalu banyak tapi kalau pasiennya yang minta dan ngotot, jadi begitumi.”*

Pernyataan tersebut kemudian didukung oleh pernyataan informan lainnya:

*“Iya, biasanya kalo rujukan itu kita disini di titik tidak aman, pasien yang dirujuk lebih dari 5% dari total kunjungan pasien setiap bulan. Biasa dikasih edukasi, bilang bisaji mungkin dirujuk tapi coba diobati dulu satu kali kalau memang tidak ada perubahan baru dirujuk. Begitu saja”.*

Mengenai tingkat rujukan, total rujukan pasien di seluruh Puskesmas Kab. Luwu Timur tahun 2018 sebanyak 29.016 rujukan. Puskesmas Malili merupakan salah satu Puskesmas dengan angka rujukan yang tinggi. Berdasarkan hasil pernyataan informan, hal ini disebabkan tingginya permintaan pasien untuk dirujuk ke RS. Permintaan pasien peserta JKN untuk dirujuk tidak semuanya membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik/ subspecialistik. Pasien hanya meminta dirujuk dengan alasan terutama sugesti pasien yang lebih mempercayai kompetensi dokter spesialis (Faulina et al., 2016).

Hasil penelitian Saprilliani et al. (2018) menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempunyai pengaruh signifikan terhadap tingginya angka rujukan di Puskesmas Tanah Tinggi Kecamatan Binjai Timur Kota Binjai yaitu pengetahuan, ketersediaan sarana dan prasarana dan SDM petugas kesehatan dalam memberikan informasi tentang rujukan. Selain faktor tersebut, penelitian Alawi et al. (2017) menemukan bahwa kategori puskesmas berdasarkan wilayah, kecukupan obat dan kecukupan alat kesehatan di puskesmas serta jarak puskesmas ke fasilitas rujukan juga mempengaruhi tingginya angka rujukan di Puskesmas di Kabupaten Sukabumi. Dalam konsep gatekeeper, FKTP berperan melakukan penapisan pelayanan yang perlu dirujuk, menata sistem rujukan dan meningkatkan kepuasan peserta dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas (BPJS Kesehatan, 2014).

---

## Kesimpulan

Peneliti menyimpulkan dukungan pemerintah daerah berpengaruh terhadap pencapaian *UHC* di Kab. Luwu Timur karena besarnya komitmen pemda dan tingginya rasa kepedulian pemda terhadap kesehatan penduduk di Luwu Timur. Hal tersebut dibuktikan dengan adanya *MoU* antara pemda dengan BPJS Kesehatan untuk mewujudkan *UHC* di Luwu Timur tahun 2019, melakukan proses validasi data penduduk untuk mengetahui jumlah penduduk, mengalokasikan APBD Kabupaten dan anggaran murni dari pemerintah untuk membiayai kepesertaan JKN penduduk, terus mengembangkan fasilitas kesehatan serta sarana dan prasarana untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, menjalin kerjasama dengan Puskesmas dan bidan desa untuk melakukan sosialisasi ke masyarakat dalam mencakup peserta mandiri serta pengingat tunggakan.

Upaya untuk mempertahankan pencapaian *UHC* di Kab. Luwu Timur harus diperhatikan keberlanjutannya dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Kab. Luwu Timur, seperti pemerataan tenaga kesehatan, kelengkapan obat-obatan dan perawatan medis. Hal ini dapat meningkatkan kepuasan penduduk terhadap pelayanan kesehatan yang disediakan BPJS sehingga peserta BPJS memiliki motivasi internal untuk tetap menjadi peserta BPJS dikemudian hari dan merasa menjadi peserta BPJS adalah suatu kebutuhan. Puskesmas disarankan untuk bisa meminimalisir tingginya angka rujukan atas permintaan pasien dengan memberikan sosialisasi mengenai penyakit apa saja yang bisa dirujuk ke rumah sakit.

## Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada pemerintah Kab. Luwu Timur khususnya anggota DPRD Kab. Luwu Timur yang telah bersedia untuk diwawancarai mengenai dukungan dan komitmen pemerintah dalam mewujudkan *UHC*. Juga kepada Tenaga Kesehatan di Puskesmas Malili dan Bidan Desa serta informan lainnya yang telah bersedia untuk menyediakan waktunya untuk di wawancara, saya ucapkan banyak terima kasih.

## Daftar Pustaka

- Alawi, M., Junadi, P. & Latifah, S. N. (2017). Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingginya Rujukan Kasus Non Spesialistik Pasien Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Sukabumi Tahun 2015. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(1), 17-23. DOI: 10.7454/eki.v2i1.1954
- BPJS Kesehatan. (2014). Panduan Praktis Gate Keeper Concept Faskes BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2016). Pentingnya Dukungan Pemda Untuk Mencapai Universal Health Coverage. 44 ed. Media Eksternal BPJS Kesehatan.
- Faulina, A. C., Khoiri, A. & Herawati, Y. T. (2016). Kajian Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Upt. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember. *Jurnal IKESMA*, 12(2), 91-102.
- Kurniawati, W. & Rachmayanti, R. D. (2018). Identifikasi Penyebab Rendahnya Kepesertaan Jkn Pada Pekerja Sektor Informal Di Kawasan Pedesaan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6(1), 33-39. <https://doi.org/10.20473/jaki.v6i1.2018.33-39>
- Mbogo, B. A. & McGill, D. (2016). Perspectives on financing population-based health care towards Universal Health Coverage among employed individuals in Ghanzi district,



- 
- Botswana: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 16(413), 1-14. DOI 10.1186/s12913-016-1657-2
- Misnaniarti, M. & Ayuningtyas, D. (2015). Achieving Universal Coverage; Lessons from the Experience of Other Countries for National Health Insurance Implementation in Indonesia. *International Journal of Advanced Multidisciplinary Research and Review*, 3(5), 40-52.
- Mulupi, S., Kirigia, D. & Chuma, J. (2013). Community perceptions of health insurance and their preferred design features: implications for the design of universal health coverage reforms in Kenya. *BMC Health Services Research*, 13(474), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-474>
- Reich, M. R., Harris, J., Ikegami, N., Maeda, A., Cashin, C., Araujo, E. C., Takemi, K. & Evans, T. G. (2016). Moving Towards Universal Health Coverage: Lessons From 11 Country Studies. *The Lancet*, 387(10020), 811-816. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60002-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60002-2)
- Sapriilliani, Ginting, R. & Girsang, E. (2018). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Angka Rujukan Pasien Peserta Kartu Indonesia Sehat (KIS) Di Puskesmas Tanah Tinggi Kecamatan Binjai Timur Kota Binjai Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Masyarakat dan Lingkungan Hidup*, 4(1), 1-8.
- Sommers, B. D., Gawande, A. A. & Baicker, K. (2017). Health Insurance Coverage and Health — What the Recent Evidence Tells Us. *The New England Journal of Medicine*, 377(6), 586-593. DOI: 10.1056/NEJMs1706645
- Yeoh, E.-K., Johnston, C., Chau, P. Y. K., Kiang, N., Tin, P. & Tang, J. (2019). Governance Functions to Accelerate Progress toward Universal Health Coverage (UHC) in the Asia-Pacific Region. *Health Systems & Reform*, 5(1), 48-58. DOI: 10.1080/23288604.2018.1543521

*This is an open access journal distributed under the Creative Commons Attribution License CC BY 4.0, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited*