BAB II

STUDI PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Konsep Pelayanan Kesehatan

Dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berpusat pada perubahan paradigma dari pelayanan yang bersifat individual (fragmentasi) menjadi pelayanan yang terintegrasi dan berjenjang dengan konsep sebagai berikut :

a. Sistem Rujukan Berjenjang

Pelayanan tidak lagi dilakukan secara bebas di rumah sakit, melainkan melalui alur yang teratur :

1) FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama): Seperti Puskesmas, Klinik, atau Dokter Praktik Mandiri bertindak sebagai *gatekeeper* (penapis) yang menangani masalah kesehatan dasar.
2) FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut): Rumah Sakit hanya menangani kasus yang tidak dapat diselesaikan di FKTP berdasarkan rujukan medis.

b. Paradigma Sehat dan Kendali Mutu

JKN menggeser fokus dari sekadar mengobati (*kuratif*) menjadi pencegahan (*preventif*).

1) Kendali Mutu: Memastikan pasien mendapatkan pengobatan sesuai standar medis yang tepat.
2) Kendali Biaya: Menerapkan efisiensi biaya agar program berkelanjutan tanpa mengurangi kualitas layanan bagi pasien.

c. Sistem Pembayaran Prospektif

Untuk menjaga keberlangsungan finansial, sistem pembayaran kepada penyedia layanan dilakukan dengan cara:

1) Kapitasi: Pembayaran tetap per jiwa setiap bulan kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar.
2) INCBG-s (*Indonesian Case Based Groups*): Pembayaran paket berdasarkan diagnosis penyakit untuk layanan di Rumah Sakit.

d. Ekuitas (Keadilan Sosial)

Konsep utama JKN adalah *Portabilitas* dan *Ekuitas*. Artinya, setiap peserta memiliki hak yang sama dalam mengakses layanan kesehatan sesuai kebutuhan medisnya, tanpa memandang besaran iuran yang dibayarkan atau status sosialnya, guna mencapai *Universal Health Coverage* (UHC).

2. Konsep Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*). Program ini bertujuan untuk menjamin agar seluruh rakyat Indonesia memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, JKN diselenggarakan dengan prinsip ekuitas, yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. JKN berfokus pada

prinsip kegotong-royongan, di mana peserta yang sehat membantu yang sakit, dan peserta yang mampu membantu yang kurang mampu.

Implementasi JKN dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Program ini dirancang untuk menghilangkan hambatan finansial bagi masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan, sehingga masyarakat tidak perlu mengalami kemiskinan akibat biaya pengobatan yang tinggi (*catastrophic expenditure*). Pada tahun 2025, pengertian JKN juga mencakup integrasi layanan digital yang lebih luas guna mempermudah aksesibilitas kepesertaan bagi seluruh lapisan masyarakat, termasuk di wilayah perkotaan seperti Kota Makassar.

Secara operasional, JKN memberikan perlindungan yang komprehensif, mulai dari pelayanan promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif. Melalui skema ini, diharapkan target cakupan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC) dapat tercapai, di mana setiap penduduk memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang bermutu tanpa terkendala masalah finansial.

3. Landasan Hukum JKN

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia didasarkan pada landasan konstitusional dan peraturan perundang-undangan yang kuat. Berikut adalah beberapa landasan hukum utama yang mendasari pelaksanaan JKN :

a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Landasan tertinggi JKN tertuang dalam Pasal 28H ayat (1), (2), dan

(3) serta Pasal 34 ayat (1) dan (2) UUD 1945. Pasal-pasal tersebut menegaskan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat dan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak.

b. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Undang-undang ini merupakan payung hukum utama yang menetapkan bahwa jaminan sosial bersifat wajib bagi seluruh penduduk, termasuk Jaminan Kesehatan yang dikelola dengan prinsip asuransi sosial dan ekuitas.

c. Undang - Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Undang-undang ini menetapkan pembentukan BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional.

d. Undang - Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Undang-undang *(Omnibus Law)* ini mencabut beberapa undang-undang lama dan menjadi acuan terbaru dalam penguatan sistem kesehatan nasional, termasuk pengaturan mengenai pendanaan kesehatan dan integrasi layanan jaminan kesehatan dalam satu ekosistem kesehatan yang lebih efisien.

e. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Peraturan ini (beserta perubahannya, terakhir pada Perpres No. 59 Tahun 2024) mengatur secara teknis mengenai

kepesertaan, manfaat yang dijamin, iuran, serta tata cara pelayanan kesehatan dalam program JKN.

f. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program JKN Instruksi ini menekankan koordinasi antar kementerian/lembaga dan pemerintah daerah untuk memastikan seluruh penduduk terdaftar sebagai peserta aktif JKN, yang menjadi dasar kuat bagi pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC).

g. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 9 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 2 Tahun 2009 tentang Kerja sama Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Gratis.

h. Peraturan Daerah (Perda) Kota Makassar Nomor 7 Tahun 2009 tentang Pelayanan Kesehatan di Kota Makassar dalam konteks lokal, pelaksanaan JKN di Kota Makassar juga didukung oleh regulasi daerah terkait integrasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) ke dalam skema JKN, guna memastikan warga Kota Makassar yang tidak mampu tetap mendapatkan perlindungan kesehatan melalui pembiayaan APBD (PBI APBD).

i. Perwali Kota Makassar Nomor 1 Tahun 2022 adalah Peraturan Wali Kota tentang Dukungan Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menuju *Universal Health Coverage (UHC)*.

4. Definisi *Universal Health Coverage (UHC)*

Universal Health Coverage (UHC) atau Cakupan Kesehatan Semesta memastikan semua orang memiliki akses kelayanan

kesehatan yang mereka butuhkan tanpa harus menghadapi kesulitan finansial. *UHC* memiliki dua dimensi utama yaitu cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu dan perlindungan risiko finansial.

Pencapaian *UHC* diukur melalui proporsi populasi yang memiliki akses ke layanan kesehatan esensial dan proporsi rumah tangga dengan pengeluaran kesehatan yang katastropik. Di Indonesia, target *UHC* mencakup minimal 98% dari total penduduk yang terdaftar sebagai peserta aktif JKN.

5. Klasifikasi Kepesertaan JKN

UU No. 40 Tahun 2004 (SJSN) dan UU No. 24 Tahun 2011 (BPJS) merupakan dasar hukum tertinggi yang mengamanatkan bahwa fakir miskin dan orang tidak mampu berhak atas jaminan kesehatan yang iurannya dibayar oleh pemerintah.

Khusus untuk PBI Daerah, aturannya merujuk pada Permendagri Nomor 15 Tahun 2024 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun Anggaran 2025 (dan pembaruannya setiap tahun mengenai penyusunan APBD). Regulasi ini mengatur bahwa Pemerintah Daerah wajib mengintegrasikan jaminan kesehatan daerahnya ke dalam program JKN. Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah ini masuk dalam kategori PBPU (Pekerja Bukan Penerima Upah) yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, namun di lapangan masyarakat lebih mengenalnya sebagai PBI Daerah.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 klasifikasi kepesertaan JKN terbagi menjadi dua kelompok besar :

a. Penerima Bantuan Iuran (PBI) : Fakir miskin dan orang tidak mampu yang iurannya dibayar oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

b. Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI) : Terdiri dari Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)/Mandiri, dan Bukan Pekerja (BP).

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi Perilaku Kepesertaan JKN dalam pemenuhan UHC.

a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor Predisposisi *(Predisposing Factors)* adalah faktor-faktor yang menjadi dasar atau motivasi seseorang untuk berperilaku dalam hal ini, keputusan untuk mendaftar sebagai peserta JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) Green (1980:68-70)

1) Pengetahuan (*Knowledge*)

Pemahaman masyarakat mengenai manfaat JKN, prosedur pendaftaran, serta hak dan kewajiban sebagai peserta. Pengetahuan yang baik tentang prinsip kegotongroyongan biasanya mendorong kesadaran untuk mendaftar sebelum sakit.

2) Sikap (*Attitude*)

Pandangan atau penilaian seseorang terhadap program JKN. Jika masyarakat memandang JKN sebagai program yang

bermanfaat dan kredibel, mereka akan cenderung lebih mendukung dan bersedia menjadi peserta aktif.

3) Tingkat Pendidikan

Pendidikan formal memengaruhi pola pikir dan kemampuan seseorang dalam menyerap informasi. Masyarakat dengan pendidikan yang lebih tinggi cenderung lebih mudah memahami regulasi pemerintah dan pentingnya proteksi kesehatan finansial.

4) Tingkat Kepercayaan (*Trust*)

Kepercayaan masyarakat terhadap kredibilitas BPJS Kesehatan dan kualitas layanan fasilitas kesehatan (puskesmas/RS). Jika kepercayaan rendah (misalnya karena isu antrean atau perbedaan layanan), masyarakat akan enggan berpartisipasi.

5) Karakteristik *Sosio-Demografis*

Faktor-faktor seperti usia, jenis kelamin, dan status pernikahan. Sebagai contoh, kepala keluarga biasanya memiliki motivasi lebih tinggi untuk mendaftarkan anggota keluarganya demi perlindungan masa depan.

b. Faktor Pendukung *(Enabling Factors)*

Faktor Pendukung *(Enabling Factors)* adalah faktor-faktor yang memfasilitasi atau menjadi "pemungkin" agar motivasi *(predisposisi*) seseorang dapat terwujud menjadi tindakan nyata, yaitu menjadi peserta JKN. *Green* (1980:70-71)

1) Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Kesehatan

   Masyarakat akan lebih terdorong menjadi peserta JKN jika mereka melihat adanya fasilitas kesehatan (Puskesmas, Klinik, atau Rumah Sakit) yang memadai di sekitar mereka. Jika fasilitas tidak tersedia, kepemilikan kartu JKN dianggap tidak memberikan manfaat nyata.

2) Keterjangkauan Ekonomi (Pendapatan)

   Meskipun JKN memiliki skema PBI (Penerima Bantuan Iuran) untuk warga miskin, bagi kelompok pekerja mandiri (PBPU), tingkat pendapatan keluarga sangat menentukan kemampuan mereka untuk membayar iuran secara rutin setiap bulan.

3) Aksesibilitas Geografis

   Jarak tempuh dan kemudahan transportasi menuju kantor BPJS Kesehatan untuk pendaftaran, atau ke fasilitas kesehatan untuk berobat. Akses yang sulit dan biaya transportasi yang mahal dapat menjadi penghambat meskipun seseorang sudah memiliki keinginan untuk mendaftar.

4) Ketersediaan Informasi dan Kanal Pendaftaran

   Adanya berbagai saluran pendaftaran yang mudah dijangkau, baik secara *offline (Mobile Customer Service*, Kantor Cabang) maupun *online* (Aplikasi Mobile JKN, *WhatsApp Pandawa*). Kemudahan prosedur pendaftaran sangat menentukan keberhasilan cakupan kepesertaan.

5) Keberadaan Regulasi dan Kebijakan Pendukung

Adanya aturan yang mewajibkan kepesertaan JKN untuk pengurusan layanan publik tertentu (seperti SIM, STNK, atau syarat kerja) bertindak sebagai faktor pendukung yang mempercepat pencapaian target UHC.

c. Faktor Kebutuhan (*Need Factors*)

Faktor kebutuhan adalah determinan yang paling langsung berkaitan dengan penggunaan layanan kesehatan. Dalam kepesertaan JKN, faktor ini mencerminkan alasan medis atau kondisi kesehatan yang memaksa seseorang untuk segera memiliki jaminan kesehatan agar bisa mendapatkan pengobatan.

Faktor ini dibagi menjadi dua kategori : *Andersen* (1995:1-10)

1) Kebutuhan Berdasarkan Persepsi (*Perceived Need*): Penilaian subjektif individu terhadap kondisi kesehatannya sendiri atau gejala penyakit yang ia rasakan. Seseorang yang merasa sering sakit akan lebih terdorong mendaftar JKN.
2) Kebutuhan Berdasarkan Evaluasi Klinis (*Evaluated Need*): Penilaian profesional medis atau diagnosis dokter mengenai kondisi kesehatan pasien. Misalnya, seseorang yang didiagnosis penyakit kronis (seperti gagal ginjal) memiliki kebutuhan tinggi untuk menjadi peserta JKN demi biaya cuci darah.

d. Faktor Sistem *(System Factors)*

Faktor Sistem (*System Factors*) yang mencakup kepemimpinan dan regulasi biasanya merujuk pada kerangka kerja *World Health*

Organization (WHO) tentang *Health System Building Blocks* atau teori sistem kesehatan dari *Roberts* dkk (2004:229–264)

1) Faktor Kepemimpinan (*Leadership/Governance*)

Kepemimpinan yang kuat (komitmen politik) sangat menentukan keberhasilan JKN. Hal ini mencakup:

a. *Political Will*: Keseriusan pemerintah pusat dan daerah dalam mengalokasikan anggaran kesehatan.
b. *Akuntabilitas*: Transparansi pengelolaan dana amanah (DJS) oleh BPJS Kesehatan untuk membangun kepercayaan publik.
c. Koordinasi Lintas Sektoral: Kerjasama antara Kementerian Kesehatan, BPJS, dan Pemerintah Daerah dalam sinkronisasi data kepesertaan.

2) Faktor Regulasi (*Regulation*)

Regulasi berfungsi sebagai instrumen hukum untuk memaksakan atau mendorong kepatuhan. Dalam JKN, ini meliputi:

a. *Mandatory Enrollment*: Aturan yang mewajibkan seluruh warga negara menjadi peserta (UU No. 40 Tahun 2004).
b. *Law Enforcement*: Sanksi administratif bagi pemberi kerja yang tidak mendaftarkan karyawannya.
c. Standardisasi Layanan: Regulasi mengenai tarif *INA-CBGs* dan Kapitasi agar fasilitas kesehatan mau bekerjasama.

e. Faktor Kebijakan (*Policy Factors)*

1. Regulasi wajib kepesertaan: Kebijakan pemerintah yang mewajibkan seluruh penduduk menjadi peserta JKN mempercepat pencapaian cakupan kepesertaan. Tanpa regulasi yang mengikat, kepesertaan cenderung parsial dan tidak merata.
2. Subsidi dan dukungan fiskal: Kebijakan anggaran, terutama melalui APBN dan APBD, memungkinkan pembiayaan iuran bagi kelompok miskin dan rentan. Hal ini memastikan inklusi sosial dalam kepesertaan.
3. Integrasi lintas sektor: Kebijakan yang menghubungkan data kependudukan, ketenagakerjaan, dan sosial membantu memperkuat validitas kepesertaan serta mengurangi duplikasi atau eksklusi
4. Desentralisasi kebijakan daerah: Peran pemerintah provinsi dan kabupaten/kota dalam menetapkan kebijakan lokal (misalnya program UHC daerah) mempercepat pencapaian target nasional, seperti yang terlihat di Sulawesi Selatan.
5. Kebijakan mutu layanan: Kepesertaan tidak hanya soal jumlah, tetapi juga akses terhadap layanan berkualitas. Kebijakan peningkatan mutu pelayanan kesehatan menjadi faktor penentu keberlanjutan UHC.

7. Konsep Manajemen Pelayanan Kesehatan dalam Pencapaian *UHC*

a. Definisi dan Urgensi Manajemen Pelayanan Kesehatan

Manajemen pelayanan kesehatan adalah proses perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengawasan sumber daya

kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam konteks JKN di Kota Makassar, manajemen berperan sebagai instrumen untuk memastikan bahwa perluasan kepesertaan (cakupan administratif) diikuti dengan aksesibilitas layanan yang nyata (cakupan fungsional).

b. Fungsi Manajemen dalam Pemenuhan Kepesertaan JKN

Untuk mewujudkan *Universal Health Coverage (UHC)* di Makassar, fungsi manajemen diaplikasikan sebagai berikut :

1. Perencanaan (*Planning*) : Melibatkan analisis data penduduk Kota Makassar untuk memetakan warga yang belum terdaftar, baik kategori Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang didanai APBD (PBI-APBD/Jamkesda) maupun sektor mandiri (PBPU).
2. Pengorganisasian (*Organizing*): Kolaborasi lintas sektor antara Dinas Kesehatan Kota Makassar, BPJS Kesehatan Cabang Makassar, Dinas Sosial, dan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil untuk sinkronisasi data NIK sebagai syarat kepesertaan.
3. Penggerakan (*Actuating*): Strategi jemput bola dan sosialisasi di tingkat kecamatan hingga kelurahan di Makassar untuk meningkatkan kesadaran warga akan pentingnya jaminan kesehatan.
4. Pengawasan (*Controlling*): Monitoring terhadap tingkat keaktifan kartu peserta dan validasi data kepesertaan secara berkala agar target UHC 100% di Kota Makassar tetap berkualitas (peserta aktif).

c. Dimensi UHC dalam Konteks Lokal Makassar

Pencapaian UHC di Kota Makassar melalui manajemen pelayanan kesehatan harus memenuhi tiga pilar utama:

1. Cakupan Penduduk : Memastikan seluruh warga Makassar, termasuk masyarakat rentan dan pekerja sektor informal, memiliki jaminan kesehatan.
2. Cakupan Layanan : Ketersediaan Puskesmas dan Rumah Sakit di Makassar yang mampu melayani peserta JKN dengan standar mutu yang sama (tidak ada diskriminasi).
3. Perlindungan Finansial : Menghilangkan hambatan biaya saat warga Makassar membutuhkan layanan kesehatan esensial, sehingga mencegah kemiskinan akibat biaya pengobatan.

d. Pendekatan Sistem Manajemen di Makassar

Manajemen pelayanan kesehatan di Makassar menggunakan pendekatan sistem:

1. *Input*: Data penduduk, regulasi (Perda/Perwali terkait UHC), anggaran APBD Kota Makassar untuk iuran PBI, dan tenaga verifikator data.
2. Proses: Pendaftaran peserta, verifikasi kelayakan, dan pengelolaan rujukan dari FKTP (Puskesmas di Makassar) ke FKRTL (Rumah Sakit).
3. *Output*: Tercapainya status UHC yang diukur dari persentase penduduk yang memiliki jaminan kesehatan aktif.

4. Outcome: Meningkatnya indeks kesehatan masyarakat Kota Makassar dan berkurangnya angka kematian serta kesakitan.

e. Tantangan Manajemen Spesifik di Kota Makassar

Dalam uraian ini, perlu ditekankan bahwa manajemen pelayanan kesehatan di Makassar menghadapi tantangan seperti:

1. Mobilitas Penduduk: Sebagai kota metropolitan, arus migrasi penduduk masuk dan keluar Makassar sangat tinggi, yang menyulitkan akurasi data kepesertaan.
2. Kepatuhan Iuran: Manajemen harus mampu mengatasi rendahnya kepatuhan membayar iuran pada segmen mandiri di kawasan urban.
3. Optimalisasi Anggaran: Bagaimana Pemerintah Kota Makassar mengelola APBD secara efektif untuk menambal sisa warga yang belum ter-*cover* oleh pemerintah pusat.

Konsep Manajemen Pelayanan Kesehatan dalam konteks ini adalah bagaimana Pemerintah Kota Makassar mengelola sumber daya, kebijakan, dan sistem koordinasi untuk memastikan seluruh warga mendapatkan perlindungan jaminan kesehatan. Dalam mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC), manajemen pelayanan kesehatan tidak hanya fokus pada pengobatan, tetapi juga pada aspek administrasi, aksesibilitas, dan keberlanjutan finansial. Manajemen pelayanan kesehatan dalam kerangka *UHC* harus menyentuh dimensi perlindungan finansial dan aksesibilitas

administrasi guna mencegah hambatan akses bagi masyarakat (WHO, (2010:5) Gani, 2014) .

8. Konsep Administrasi Kesehatan dalam Pemenuhan Kepesertaan jaminan Kesehatan nasional (JKN)

   Administrasi Kesehatan dapat didefinisikan sebagai proses pengorganisasian dan pelaksanaan upaya kesehatan yang bertujuan untuk mengatur distribusi layanan secara adil dan merata. Dalam analisis pemenuhan kepesertaan JKN. Konsep administrasi mencakup empat elemen kunci:

   a. Fungsi Administrasi dalam JKN : *Planing*, *Organizing, Actuating, Controlling (P-O-A-C)*

      Konsep *P-O-A-C* adalah teori manajemen klasik yang dicetuskan oleh *Terry* (1953:33-40)

      Penerapan fungsi administrasi sangat menentukan keberhasilan UHC di tingkat daerah:

      1. Perencanaan (*Planning*): Administrasi kesehatan berperan dalam melakukan pendataan penduduk (identifikasi *eligible population*) di Kota Makassar yang belum ter-*cover* JKN, termasuk proyeksi anggaran APBD untuk segmen PBI (Penerima Bantuan Iuran).
      2. Pengorganisasian (*Organizing*): Pengaturan tata hubungan kerja antara Dinas Kesehatan Kota Makassar sebagai regulator, BPJS Kesehatan sebagai pengelola dana, dan Fasilitas Kesehatan (Puskesmas/RS) sebagai penyedia layanan.

3. Penggerakan (*Actuating*): Pelaksanaan prosedur pendaftaran peserta secara kolektif maupun mandiri, serta optimalisasi kanal layanan administrasi digital.
4. Pengawasan (*Controlling*): Verifikasi dan validasi data kepesertaan secara berkala untuk memastikan tidak adanya data ganda atau peserta non-aktif yang membebani anggaran daerah.

b. Dimensi Pelayanan Administrasi Kesehatan

Dalam mewujudkan *UHC*, administrasi kesehatan harus memenuhi standar kualitas, menurut teori *Azwar* (1996:35-37) yang mencakup:

1. Aksesibilitas Data: Kemudahan warga dalam mengakses informasi kepesertaan dan memperbarui data administrasi (seperti pindah faskes atau perubahan status kelas).
2. Integrasi Sistem: Sinkronisasi antara administrasi kependudukan dengan sistem kepesertaan BPJS Kesehatan guna mempermudah pendaftaran otomatis.
3. *Akuntabilitas*: Transparansi pengelolaan iuran, terutama yang bersumber dari pajak rokok atau dana hibah daerah untuk perlindungan kesehatan warga.

c. Komponen Sistem Administrasi *(Input-Proses-Output)*

Komponen sistem administrasi yang terdiri dari Input, Proses, Output, dan Impact secara luas diakui merujuk pada pemikiran *Azwa*r (1996:30-38).

1. *Input***:** Regulasi , SDM (Petugas administrasi puskesmas), Data Penduduk, dan Anggaran Daerah.

2. Proses**:** Mekanisme pendaftaran peserta, pengelolaan database PBI-APBD, dan sistem rujukan *online*.
3. *Output***:** Terwujudnya status *Universal Health Coverage (UHC)* di mana seluruh warga memiliki kepesertaan yang aktif.

d. Tantangan Administrasi di Wilayah Urban

Secara administratif, tantangan utama meliputi:

1. Fragmentasi Data: Ketidaksesuaian antara data warga miskin di Dinas Sosial dengan data peserta PBI di BPJS.
2. Administrasi Peserta Mandiri: Tingginya angka peserta menunggak (peserta *non-aktif*) yang secara *administratif* menggugurkan status *UHC* meskipun penduduk tersebut sudah terdaftar.
3. *Digitalisasi*: Kesiapan masyarakat dalam menggunakan aplikasi administrasi kesehatan (seperti *Mobile* JKN) di tengah keberagaman tingkat *literasi digital*.

e. Administrasi kesehatan dalam pelaksanaan Makassar *Recover.*

Administrasi kesehatan Makassar *Recover* dalam mewujudkan *UHC* adalah sistem yang *proaktif* (pemerintah menjemput bola), terintegrasi (digitalisasi data), dan terjamin (kepastian anggaran APBD) (Perwali No 5 tahun 2021).

1. Integrasi Data Berbasis *Smart City*
2. Administrasi JKN dalam Makassar *Recover* tidak lagi dilakukan secara manual. Pemerintah Kota Makassar menggunakan

integrasi data antara Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, dan Disdukcapil.

3. *Validasi Real-Time*: Memastikan penduduk miskin atau sektor informal yang belum *tercover* JKN langsung didaftarkan ke segmen Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBD.
4. Aplikasi Makassar *Recover*: Data kesehatan warga yang terjaring melalui *skrinning Imunitas* Kesehatan digunakan untuk memetakan siapa saja yang belum memiliki kartu kepesertaan aktif.

5. Skema Pembiayaan APBD (*Sharing Cost*)

   Anggaran untuk pembayaran iuran JKN untuk penduduk miskin dan tidak mampu dianggarkan pada APBD Pemerintah Kota Makassar untuk tahun 2024 sebesar Rp. 84.886.883.100 (DPA Dinkes Kota makassar tahun 2024) dan tahun 2025 sebesar 95.378.925.600 (DPA Dinkes Kota makassar tahun 2025) dengan Prinsip *UHC Non-Cut Off.* Konsep administrasinya memungkinkan warga Makassar yang didaftarkan oleh Pemerintah bisa langsung aktif kepesertaannya tanpa masa tunggu (langsung bisa digunakan di RS), karena Makassar telah mencapai status UHC (Inpres Nomor 1 Tahun 2022).

f. *Transformas*i Layanan Administrasi *(Dottoro'ta)*

Konsep administrasi kesehatan dalam pemenuhan JKN diimplementasikan melalui penguatan layanan primer:

1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP): Optimalisasi Puskesmas sebagai gerbang utama administrasi JKN.
2. *Home Care* (Dottoro'ta): Petugas kesehatan yang mendatangi rumah warga sekaligus melakukan pengecekan status kepesertaan JKN. Jika ditemukan warga sakit yang belum terdaftar, proses administrasi pendaftaran dilakukan di tempat *(on-the-spot*) melalui koordinasi dengan Satgas Makassar *Recover*.

g. Monitoring dan Evaluasi Kepesertaan Aktif

Memasuki tahun 2025, fokus administrasi bergeser dari sekadar angka terdaftar menjadi kepesertaan aktif.

Pemerintah melakukan pembersihan data (data *cleansing*) secara berkala untuk menghapus data ganda atau warga yang telah meninggal dunia/pindah domisili.

Hal ini bertujuan agar anggaran APBD tepat sasaran dan rasio UHC tetap terjaga di atas 98-100%.

Dalam pelaksanaan Makassar *Recover*, konsep administrasi kesehatan difokuskan pada penguatan *Universal Health Coverage* (UHC). Tujuannya adalah memastikan 100% warga Makassar memiliki akses *finansial* terhadap layanan kesehatan tanpa terkendala biaya hal ini sesuai dengan Peraturan Wali Kota (Perwali) Makassar Nomor 5 Tahun 2021.

9. Konsep Kebijakan Publik

Kebijakan publik dalam pelayanan kesehatan merupakan serangkaian keputusan dan tindakan pemerintah yang bertujuan menjamin terpenuhinya hak masyarakat atas pelayanan kesehatan yang adil, bermutu, dan berkelanjutan. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan kebijakan publik strategis pemerintah Indonesia untuk mewujudkan *Universal Health Coverage (UHC)*, yaitu kondisi di mana seluruh penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa menghadapi hambatan finansial.

Kebijakan publik adalah apa yang dipilih pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan, sehingga kewajiban kepesertaan JKN mencerminkan komitmen negara dalam menjamin perlindungan kesehatan seluruh penduduk menurut *Dye* (1972:1). Sejalan dengan teori *Easton (*1965:27-32) kebijakan JKN lahir dari tuntutan masyarakat akan keadilan akses layanan kesehatan *(input)* yang diproses melalui sistem politik dan menghasilkan kebijakan kepesertaan JKN *(output)* dengan dampak peningkatan cakupan pelayanan kesehatan *(outcome).* Selain itu, kebijakan Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN selaras dengan teori keadilan sosial *Rawls* (1971:3), yang menekankan perlindungan bagi kelompok paling rentan. Keberhasilan kebijakan kepesertaan JKN dalam mewujudkan *UHC* sangat ditentukan oleh *efektivitas implementasi*, sebagaimana dikemukakan oleh *Edwards* III (1980:9), yang meliputi aspek komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi.

10. Regulasi dan Pengawasan

Regulasi dan pengawasan merupakan elemen kunci dalam kebijakan publik untuk menjamin tercapainya tujuan *Universal Health Coverage (UHC)*, khususnya melalui pemenuhan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Menurut *Thomas R. Dye* (1972:2)*,* regulasi merupakan bentuk pilihan pemerintah untuk mengarahkan perilaku masyarakat dan institusi guna mencapai kepentingan publik.

Dalam konteks JKN, regulasi diwujudkan melalui kewajiban kepesertaan bagi seluruh penduduk serta pengaturan peran pemerintah pusat dan daerah dalam memastikan cakupan kepesertaan. *Anderson* (2011:210-215) menyatakan bahwa kebijakan publik memerlukan perangkat regulatif dan mekanisme pengawasan agar implementasinya berjalan sesuai tujuan yang ditetapkan.

Pengawasan terhadap pemenuhan kepesertaan JKN berfungsi memastikan kepatuhan terhadap regulasi, ketepatan sasaran peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), serta keberlanjutan program dalam rangka mencapai *UHC*. Menurut *Edwards* III (1980: 9-11) , keberhasilan implementasi kebijakan sangat dipengaruhi oleh kejelasan regulasi, kapasitas sumber daya, dan struktur birokrasi pengawasan. Selain itu, *World Health Organization (WHO)* menegaskan bahwa penguatan tata kelola (governance), termasuk regulasi dan pengawasan kepesertaan, merupakan prasyarat utama dalam pencapaian *UHC* karena menjamin akses layanan kesehatan yang merata dan perlindungan finansial bagi seluruh penduduk.

Dengan demikian, regulasi yang kuat dan pengawasan yang efektif menjadi fondasi utama dalam memastikan seluruh penduduk terdaftar sebagai peserta JKN, sehingga tujuan *UHC* dapat dicapai secara adil, berkelanjutan, dan akuntabel.

B. Defenisi Konsep

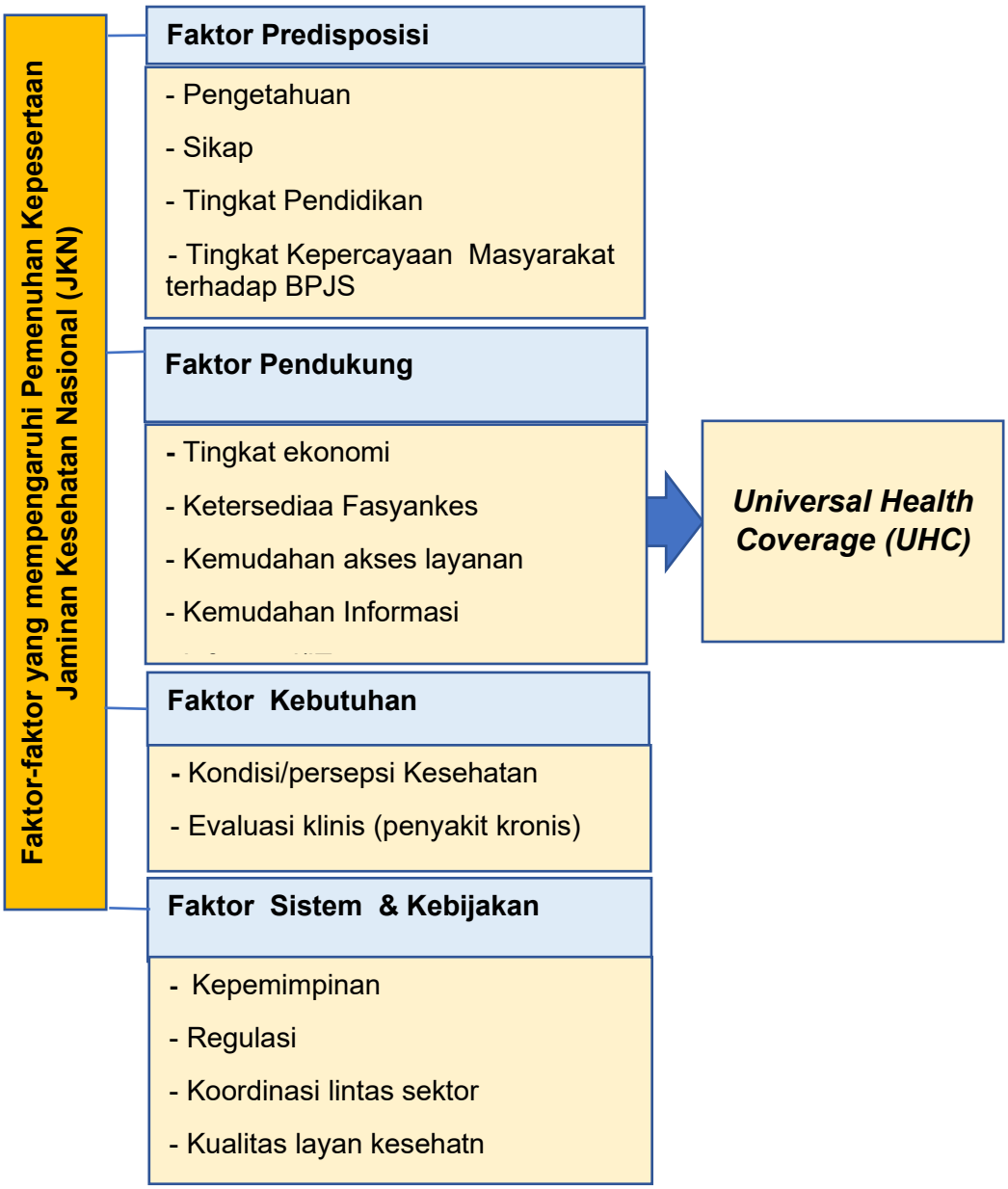
1. *Universal Health Coverage (UHC)* adalah kondisi di mana seluruh penduduk memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang dibutuhkan secara komprehensif, mulai dari promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif, tanpa menghadapi kesulitan finansial. Konsep ini menekankan pada pemerataan layanan kesehatan yang berkualitas bagi semua lapisan masyarakat.
2. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pemerintah Indonesia yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, bertujuan memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Program ini mengintegrasikan berbagai skema jaminan kesehatan sebelumnya menjadi satu sistem nasional yang lebih terstruktur dan berkelanjutan.
3. Kepesertaan JKN/*UHC* adalah keterlibatan masyarakat sebagai peserta aktif dalam program JKN, baik sebagai peserta mandiri yang membayar iuran sendiri maupun sebagai penerima bantuan iuran (PBI) yang ditanggung oleh pemerintah.
4. Faktor Predisposisi *(Predisposing Factors)* adalah faktor-faktor yang menjadi dasar atau motivasi seseorang untuk berperilaku dalam hal ini, keputusan untuk mendaftar sebagai peserta JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

5. Faktor Pendukung *(Enabling Factors)* adalah faktor-faktor yang memfasilitasi atau menjadi "pemungkin" agar motivasi *(predisposisi*) seseorang dapat terwujud menjadi tindakan nyata, yaitu menjadi peserta JKN.
6. Faktor kebutuhan *(Need factor)* adalah determinan yang paling langsung berkaitan dengan penggunaan layanan kesehatan. Dalam kepesertaan JKN, faktor ini mencerminkan alasan medis atau kondisi kesehatan yang memaksa seseorang untuk segera memiliki jaminan kesehatan agar bisa mendapatkan pengobatan.
7. Faktor Sistem *(System Factors)* Meliputi mekanisme operasional JKN, seperti sistem pendaftaran, pembayaran iuran, pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan, serta integrasi data kepesertaan. Sistem yang rumit, kurang transparan, atau tidak efisien dapat menghambat masyarakat untuk menjadi peserta aktif.
8. Faktor Kebijakan *(policy factors)* Berkaitan dengan regulasi dan keputusan pemerintah, misalnya kebijakan iuran, subsidi bagi masyarakat miskin, kewajiban kepesertaan, serta strategi sosialisasi. Kebijakan yang tepat dan berpihak pada masyarakat berpenghasilan rendah akan meningkatkan kepesertaan dan mempercepat pencapaian UHC.

C. Kerangka Tesis

Kerangka tesis penelitian ini menggambarkan hubungan antara variabel input (faktor-faktor) dan variabel proses (pemenuhan kepesertaa) dalam mewujudkan *Universal Health Coverage (UHC)* .

Gambar 1
Kerangka Tesis



Sumber : *Andersen Behavioral Model* , 1968