



EVALUATING THE IMPLEMENTATION OF UHC POLICY THROUGH THE STRENGTHENING OF PRIMARY HEALTH CARE AND REFERRAL SYSTEM GOVERNANCE IN INDONESIA: A LITERATURE REVIEW

EVALUASI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN UHC MELALUI PENGUATAN LAYANAN PRIMER DAN TATA KELOLA RUJUKAN DI INDONESIA

Rizky Khaeran ¹⁾; Tuanku Banang Rabbani Imsyaamru ²⁾; Riswandy Wasir ³⁾

¹⁾ khaeran75@gmail.com Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta

²⁾ tbanangri@gmail.com Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta

³⁾ riswandywasir@upnvj.ac.id Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta

Abstract

The implementation of Universal Health Coverage (UHC) in Indonesia through the National Health Insurance (JKN) program has significantly expanded population coverage and improved access to healthcare services. However, challenges remain in ensuring effective service utilization, particularly in primary healthcare and referral system governance. Key issues include limited capacity of primary healthcare facilities, high rates of inappropriate referrals, and weak coordination among healthcare providers. This study aims to evaluate the implementation of the UHC policy in Indonesia through strengthening primary healthcare and referral system governance, and to identify barriers and enabling factors affecting its implementation. This study uses a qualitative approach with a literature review design. The study population consists of scientific articles, policy reports, and official government documents related to UHC implementation in Indonesia. The selected literature sample was obtained through purposive sampling based on topic relevance, publication period within the last ten years, and source credibility. The study variables include healthcare access, primary healthcare capacity, referral system, and UHC policy implementation. Data were collected through a systematic search of Google Scholar and PubMed databases and analyzed using thematic analysis and critical synthesis. The findings indicate that despite high JKN membership coverage, service quality and sustainability remain suboptimal due to human resource shortages, limited infrastructure, and ineffective tiered referral mechanisms. In conclusion, the success of UHC implementation depends not only on expanding insurance coverage but also on strengthening primary health care capacity and improving referral system governance to achieve effective, equitable, and sustainable health services.

Keywords: Access to Care; Policy; Primary Healthcare; Referral System; UHC

Abstrak

Implementasi Universal Health Coverage (UHC) di Indonesia melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah secara signifikan memperluas cakupan penduduk dan meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan. Namun, tantangan tetap ada dalam memastikan pemanfaatan layanan yang efektif, khususnya dalam perawatan kesehatan primer dan tata kelola sistem rujukan. Isu-isu utama meliputi keterbatasan kapasitas fasilitas perawatan kesehatan primer, tingginya angka rujukan yang tidak tepat, dan lemahnya koordinasi antar penyedia layanan kesehatan. Studi ini bertujuan untuk mengevaluasi implementasi kebijakan UHC di Indonesia melalui penguatan layanan kesehatan primer dan tata kelola sistem rujukan, serta untuk mengidentifikasi hambatan dan faktor pendukung yang mempengaruhi implementasinya. Studi ini menggunakan desain tinjauan pustaka. Populasi penelitian terdiri dari artikel ilmiah, laporan kebijakan, dan dokumen resmi pemerintah yang berkaitan dengan implementasi UHC di Indonesia, dengan sampel literatur terpilih diperoleh melalui pengambilan sampel bertujuan berdasarkan relevansi topik, periode publikasi dalam sepuluh tahun terakhir, dan kredibilitas sumber. Variabel penelitian meliputi akses layanan kesehatan, kapasitas layanan kesehatan primer, sistem rujukan, dan implementasi kebijakan UHC. Data dikumpulkan melalui penelusuran sistematis pada basis data Google Scholar dan PubMed, dan dianalisis menggunakan analisis tematik dan sintesis kritis. Temuan menunjukkan bahwa meskipun cakupan keanggotaan JKN tinggi, kualitas dan keberlanjutan layanan masih belum optimal karena kekurangan sumber daya manusia, infrastruktur yang terbatas, dan mekanisme rujukan berjenjang yang tidak efektif. Kesimpulannya, keberhasilan implementasi UHC tidak hanya bergantung pada perluasan cakupan asuransi, tetapi juga pada penguatan kapasitas



perawatan kesehatan primer dan peningkatan tata kelola sistem rujukan untuk mencapai layanan kesehatan yang efektif, adil, dan berkelanjutan.

Kata Kunci: Akses Layanan; Kebijakan; Layanan Primer; Sistem Rujukan; UHC

PENDAHULUAN

Universal Health Coverage (UHC) adalah inisiatif global yang dirancang untuk memastikan bahwa setiap orang dapat mengakses layanan kesehatan yang adil dan berkualitas tanpa menghadapi beban finansial. Implementasinya sendiri tidak hanya berfokus pada mekanisme pembiayaan tetapi juga pada fungsi sistem kesehatan yang efektif, terutama pelayanan primer sebagai titik masuk utama ke layanan kesehatan. Di Indonesia, reformasi sistem kesehatan telah dilakukan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014, yang telah berkontribusi pada peningkatan akses layanan, tercermin dalam peningkatan signifikan cakupan keanggotaan dengan menyentuh angka 280,7 juta jiwa atau sekitar $\pm 98\%$ total penduduk dan terjadinya pergeseran perilaku pencarian layanan kesehatan oleh masyarakat (Kosasih et al., 2022; BPJS Kesehatan, 2025).

Meskipun cakupan JKN relatif tinggi, implementasinya terus menghadapi berbagai tantangan kompleks. Salah satu masalah utama adalah tingkat keterlibatan peserta yang relatif rendah dalam memanfaatkan layanan kesehatan secara konsisten dan berkelanjutan. Dari total kepesertaan mencapai $\pm 98\%$ total penduduk, yang berstatus peserta aktif baru mencapai 78-80%. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah kepesertaan yang tinggi tidak secara otomatis berarti pemanfaatan layanan sudah optimal (Muhlis, 2024). Selain itu, kesenjangan antardaerah tetap menjadi perhatian yang signifikan, karena akses ke fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan masih tidak merata, terutama di daerah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T). Situasi ini yang berkontribusi pada pola yang tidak merata dalam pemanfaatan layanan kesehatan di berbagai wilayah (Rahvy & Gani, 2024). Kondisi ini berdampak pada ketimpangan pemanfaatan layanan kesehatan antar wilayah. Di sisi lain, sistem rujukan yang belum berjalan secara efektif turut menyebabkan meningkatnya beban pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut, khususnya rumah sakit, akibat tingginya rujukan yang tidak sesuai indikasi medis.

Berbagai studi telah meneliti implementasi UHC dari berbagai sudut pandang, termasuk akses ke layanan kesehatan dan ketidaksetaraan geografis. Namun, banyak dari studi ini masih terbagi dan tidak secara komprehensif mengintegrasikan hubungan antara layanan primer, sistem rujukan, dan indikator implementasi kebijakan dalam kerangka analitis yang terpadu. Padahal, ketiga komponen ini saling terkait erat dan memainkan peran penting dalam membentuk efektivitas keseluruhan sistem kesehatan (Astuti et al., 2024).

Urgensi penelitian ini semakin kuat, karena efektivitas implementasi Universal Health Coverage (UHC) sebagian besar bergantung pada penguatan peran layanan kesehatan primer sebagai gerbang utama dalam sistem kesehatan. Layanan kesehatan primer yang berfungsi dengan baik sangat penting untuk mengendalikan jalur rujukan, meningkatkan efisiensi layanan, dan menjaga kesinambungan perawatan pasien. Sebaliknya, kapasitas layanan kesehatan primer yang tidak memadai dapat mengakibatkan sistem yang terfragmentasi dan penggunaan sumber daya yang tidak efisien (Yuniarti et al., 2019).

Berdasarkan permasalahan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi implementasi kebijakan UHC di Indonesia melalui penguatan layanan primer dan tata kelola sistem rujukan. Selain itu, penelitian ini juga bertujuan untuk mengidentifikasi berbagai hambatan dan faktor pendukung dalam implementasi kebijakan tersebut, serta merumuskan implikasi



kebijakan yang dapat digunakan sebagai dasar dalam meningkatkan efektivitas dan keberlanjutan sistem kesehatan menuju pencapaian UHC yang optimal.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain literatur review untuk mengkaji implementasi Universal Health Coverage (UHC) di Indonesia. Pendekatan ini dipilih untuk memperoleh pemahaman komprehensif tentang kebijakan dan praktik UHC berdasarkan bukti ilmiah dan dokumen resmi yang relevan (Agustina et al., 2019). Penelitian berfokus pada konteks nasional se-Indonesia dan dilakukan melalui penelusuran literatur yang diterbitkan dalam rentang waktu 10 tahun terakhir. Populasi penelitian mencakup semua artikel ilmiah, laporan kebijakan, ringkasan kebijakan, dan dokumen resmi pemerintah yang membahas UHC di Indonesia. Sampel penelitian terdiri dari literatur relevan terpilih yang diperoleh menggunakan purposive sampling berdasarkan kriteria kesesuaian topik, tahun publikasi, dan kredibilitas sumber. (Perdana et al., 2022).

Pengumpulan data dilakukan melalui pencarian sistematis pada database Google Scholar dan PubMed. Menggunakan kata kunci yang berhubungan dengan UHC, akses layanan kesehatan, layanan primer, sistem rujukan, dan implementasi kebijakan. Analisis data dilakukan melalui tinjauan tematik untuk mengelompokkan literatur berdasarkan tema utama, diikuti dengan analisis kritis untuk mengidentifikasi kesenjangan antara desain kebijakan dan implementasi di lapangan. Hasil-hasil tersebut disintesis dan disajikan dalam sebuah artikel ilmiah yang terstruktur secara sistematis sesuai dengan pedoman penulisan jurnal.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Artikel Hasil Kajian

Penulis/Tahun	Judul	Metode	Hasil Penelitian
Prasmita et al., (2024)	Implementasi Program Universal Health Coverage (UHC) Terkait Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Bojonegoro	Kualitatif	Implementasi program UHC di Kabupaten Bojonegoro menunjukkan capaian kepesertaan JKN yang tinggi (>95%) serta dukungan pembiayaan dari pemerintah daerah. Akses layanan kesehatan relatif merata dengan dukungan berbagai fasilitas kesehatan. Namun, implementasinya belum optimal karena masih terdapat kendala dalam kualitas pelayanan (termasuk layanan kegawatdaruratan yang belum maksimal), keterbatasan sumber daya manusia tenaga kesehatan, serta belum meratanya distribusi layanan di beberapa wilayah.
Khoirunurrofik et al., (2021)	Health services provision and decision to buy Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) in Indonesia	Cross-sectional	Ketersediaan layanan kesehatan (rumah sakit, tempat tidur, dan tenaga dokter) berpengaruh positif terhadap keputusan individu untuk menjadi peserta JKN. Fasilitas di tingkat puskesmas seperti jumlah puskesmas dan dokter juga meningkatkan peluang kepesertaan, meskipun jumlah tempat tidur di puskesmas berpengaruh negatif. Faktor lain seperti penggunaan layanan (rawat jalan dan rawat inap), status menikah, usia, serta kondisi



ekonomi juga meningkatkan probabilitas kepesertaan JKN.

Saminarsih et al., (2025)	Synthesising key findings from Indonesia's first civil society-led forum on primary health care: PHC forum, Jakarta, 13-14 November 2023	Kualitatif analisis tematik	Hasil penelitian mengindikasikan bahwa penguatan Primary Health Care (PHC) merupakan faktor utama dalam mendukung pencapaian UHC, yang tercermin dalam tujuh tema utama, yaitu: (1) visi <i>health for all</i> , (2) partisipasi serta pemberdayaan masyarakat, (3) peran tenaga kesehatan komunitas (CHWs), (4) peningkatan pembiayaan dan penetapan prioritas PHC, (5) inovasi dalam pelayanan kesehatan, (6) integrasi layanan antara sektor publik dan swasta, serta (7) kesiapan sistem kesehatan dalam menghadapi perubahan iklim. Selain itu, temuan juga menegaskan bahwa keterlibatan masyarakat secara aktif, penguatan layanan kesehatan primer, serta dukungan investasi yang berkelanjutan menjadi elemen penting dalam mewujudkan pemerataan kesehatan dan sistem kesehatan yang tangguh.
Putri et al., (2023)	Predictors of national health insurance membership among the poor with different education levels in Indonesia	Cross-sectional	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 65,1% penduduk miskin telah menjadi peserta JKN, dengan peluang kepesertaan yang meningkat seiring tingkat pendidikan. Selain pendidikan, faktor lain yang berpengaruh signifikan adalah tempat tinggal, usia, status perkawinan, dan status ekonomi. Penduduk miskin di perkotaan, usia di atas 17 tahun, dan kelompok "poorer" lebih cenderung menjadi peserta, sementara kelompok menikah sedikit lebih rendah kemungkinannya dibanding yang belum menikah. Secara keseluruhan, terdapat perbedaan signifikan kepesertaan JKN berdasarkan karakteristik sosial-demografis.
Handayani et al., (2021)	The regional and referral compliance of online healthcare systems by Indonesia National Health Insurance agency and health-seeking behavior in Indonesia	Cross-sectional	Sistem rujukan JKN belum optimal, dengan 19,3% rujukan tidak sesuai alur dan banyak pasien langsung ke RS kelas B-C. Ketidakpatuhan dipengaruhi keterbatasan fasilitas dan kepadatan peserta, serta menyebabkan waktu tunggu panjang (hingga 55 hari). Dari sisi perilaku, laki-laki cenderung kurang memanfaatkan layanan, sementara penggunaan pengobatan alternatif dan media sosial justru meningkatkan pencarian layanan kesehatan. Temuan ini menekankan perlunya perbaikan distribusi fasilitas dan efisiensi sistem rujukan.



Suyanti et al., (2024)	Pelaksanaan Program Universal Health Coverage (UHC) Di Indonesia	Kualitatif	Penerapan UHC mendorong pergeseran paradigma dari fokus perawatan kuratif menjadi pencegahan penyakit. Dengan memberikan akses yang lebih baik kepada masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan preventif, seperti imunisasi dan pemeriksaan kesehatan rutin, UHC membantu dalam mengurangi beban penyakit yang dapat dicegah.
Harmin et al., (2023)	Evaluasi Tata Kelola Sistem Rujukan Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Konawe Utara	Kuantitatif desain studi cross-sectional	Studi menunjukkan bahwa fungsi UHC belum berjalan optimal. Tingginya angka rujukan yang melebihi batas ideal yaitu $\geq 15\%$ menunjukkan lemahnya kapasitas layanan primer dalam menuntaskan pelayanan medis sesuai kompetensi.
Nugroho et al., (2024)	Implementasi Kebijakan Universal Health Coverage di Kabupaten Gresik	Kualitatif deskriptif	Program Universal Health Coverage (UHC) memberikan manfaat yang cukup besar bagi warga dalam mengakses layanan kesehatan. Keberadaan UHC dapat mendorong kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan, karena pelayanan yang diberikan secara gratis membuat mereka lebih termotivasi untuk mendapatkan pengobatan di puskesmas tanpa keraguan.
Serlianti et al., (2025)	The Implementation Of Model Universal Health Coverage Management	Kualitatif dengan pendekatan studi kasus	Salah satu faktor penghambat dalam implementasi Universal Health Coverage (UHC) adalah lemahnya koordinasi antar fasilitas pelayanan kesehatan serta terbatasnya pemahaman dan ketersediaan informasi mengenai mekanisme sistem rujukan, yang menyebabkan belum optimalnya pelaksanaan rujukan pelayanan kesehatan.
Amelia & Sambo (2025)	Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP)	Kualitatif deskriptif	Implementasi kebijakan JKN di FKTP belum berjalan optimal. Terdapat berbagai hambatan pada aspek komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Untuk itu, diperlukan perbaikan dalam hal sosialisasi, penambahan SDM, peningkatan fasilitas, serta reformasi struktur koordinasi antar lembaga.

Sumber: Data diolah dari berbagai literatur (2026)

Capaian Akses Layanan dalam Implementasi UHC

Sintesis berbagai studi menunjukkan bahwa implementasi *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia telah menghasilkan kemajuan yang cukup signifikan dalam perluasan akses pelayanan kesehatan, khususnya melalui peningkatan cakupan kepesertaan Jaminan Kesehatan



Nasional (JKN) dan menurunnya hambatan finansial dalam memperoleh pelayanan. Tingginya cakupan kepesertaan di beberapa daerah, seperti yang ditunjukkan oleh Prasmita et al. (2024) di Kabupaten Bojonegoro (>95%), mengindikasikan bahwa dari sisi population coverage, implementasi UHC telah bergerak ke arah yang sesuai dengan kerangka yang dikembangkan oleh World Health Organization, yaitu memastikan sebanyak mungkin populasi terlindungi oleh sistem jaminan kesehatan. Namun, apabila dicermati lebih dalam, tingginya angka kepesertaan belum serta-merta merepresentasikan tercapainya akses kesehatan yang efektif (*effective coverage*).

Hal ini terlihat dari adanya paradoks antara peningkatan cakupan administratif dengan kualitas pemanfaatan layanan di lapangan. Di satu sisi, Nugroho et al. (2024) menunjukkan bahwa keberadaan UHC meningkatkan keberanian masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan karena hambatan biaya berkurang. Kondisi ini memperlihatkan bahwa skema pembiayaan publik berhasil mengatasi salah satu hambatan klasik akses kesehatan, yaitu *financial barrier*. Namun di sisi lain, temuan Prasmita et al. (2024) menunjukkan bahwa kualitas pelayanan, terutama pada pelayanan kegawatdaruratan, masih belum optimal. Temuan ini mengindikasikan bahwa perluasan akses finansial belum sepenuhnya diikuti oleh kesiapan sistem pelayanan. Dengan kata lain, Indonesia tampaknya relatif berhasil memperluas *insurance coverage*, tetapi masih menghadapi tantangan dalam memastikan *service readiness*.

Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa pengukuran keberhasilan UHC tidak cukup hanya menggunakan indikator kepesertaan. Konsep UHC menekankan tiga dimensi utama, yaitu cakupan populasi, cakupan pelayanan, dan proteksi finansial. Ketika satu dimensi berkembang lebih cepat dibanding dimensi lainnya, maka dapat muncul *coverage illusion*, yaitu kondisi ketika secara administratif cakupan terlihat tinggi, tetapi manfaat kesehatan yang diterima masyarakat belum optimal. Fenomena ini juga ditemukan di beberapa negara berkembang lain, seperti Thailand dan Filipina, di mana ekspansi asuransi kesehatan pada tahap awal justru meningkatkan beban fasilitas kesehatan primer karena peningkatan utilisasi tidak diimbangi peningkatan kapasitas layanan.

Selain itu, temuan Putri et al. (2023) yang menunjukkan bahwa kepesertaan JKN pada kelompok miskin dipengaruhi oleh tingkat pendidikan mengindikasikan bahwa akses terhadap UHC tidak sepenuhnya bersifat universal dalam praktiknya. Secara normatif, kelompok miskin merupakan kelompok prioritas dalam kebijakan UHC, tetapi temuan tersebut menunjukkan bahwa faktor sosial seperti pendidikan masih menentukan kemampuan individu untuk memahami mekanisme kepesertaan, prosedur pelayanan, dan hak kesehatan yang dimiliki. Hal ini menunjukkan bahwa hambatan akses dalam implementasi UHC tidak lagi hanya bersifat ekonomi, tetapi mulai bergeser ke hambatan informasional dan literasi kesehatan. Dengan demikian, tantangan implementasi UHC di Indonesia saat ini bukan lagi sekadar “bagaimana memasukkan masyarakat ke dalam sistem”, tetapi “bagaimana memastikan masyarakat benar-benar mampu menggunakan sistem secara efektif.”

Keterkaitan Layanan Primer dan Sistem Rujukan

Salah satu pola paling konsisten dalam hasil sintesis literatur adalah bahwa keberhasilan implementasi UHC sangat ditentukan oleh kekuatan layanan kesehatan primer. Secara konseptual, layanan primer berfungsi sebagai *gatekeeper* yang bertugas menyelesaikan sebagian besar masalah kesehatan dasar, menjaga kontinuitas pelayanan, serta mengendalikan biaya melalui sistem rujukan berjenjang. Oleh karena itu, kualitas implementasi UHC sangat bergantung pada apakah layanan primer benar-benar mampu menjalankan fungsi tersebut. Temuan Saminarsih et al. (2025) menegaskan bahwa penguatan Primary Health Care (PHC) merupakan fondasi utama pencapaian UHC di Indonesia. Namun, hasil studi lain justru menunjukkan adanya kesenjangan antara desain kebijakan dan realitas implementasi. Handayani et al. (2021) menemukan bahwa 19,3% rujukan



tidak sesuai dengan prosedur, sementara Harmin et al. (2023) menunjukkan bahwa angka rujukan melebihi standar ideal $\geq 15\%$. Bila dianalisis secara kritis, tingginya angka rujukan tidak selalu menunjukkan tingginya kebutuhan pelayanan spesialisistik, tetapi dapat menjadi indikator lemahnya kapasitas klinis layanan primer.

Kondisi ini mengindikasikan bahwa sistem rujukan di Indonesia masih cenderung berfungsi sebagai mekanisme administratif, bukan mekanisme klinis yang berbasis kompetensi pelayanan. Banyak kasus yang secara teoritis dapat ditangani di tingkat primer justru dirujuk ke rumah sakit. Hal ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti keterbatasan sarana diagnostik, kekurangan tenaga kesehatan, keterbatasan obat esensial, maupun rendahnya kepercayaan pasien terhadap layanan primer. Dengan demikian, masalah tingginya rujukan tidak dapat semata-mata dipahami sebagai ketidakpatuhan pasien terhadap sistem, tetapi juga sebagai refleksi dari belum optimalnya kapasitas institusional di tingkat primer.

Lebih jauh, sistem kapitasi dalam JKN secara teoritis dirancang untuk mendorong efisiensi di layanan primer. Namun, bila insentif finansial tidak diikuti oleh peningkatan kapasitas layanan, maka kapitasi berisiko menciptakan perilaku defensif berupa *over-referral* untuk mengurangi risiko klinis di tingkat FKTP. Pola ini menunjukkan bahwa reformasi pembiayaan tanpa reformasi kapasitas layanan dapat menghasilkan distorsi implementasi. Oleh karena itu, penguatan layanan primer dalam konteks UHC tidak dapat dibatasi pada peningkatan jumlah fasilitas, tetapi juga harus menyentuh aspek kompetensi klinis, sarana penunjang, serta kepercayaan publik terhadap kualitas pelayanan.

Hambatan dalam Implementasi Kebijakan UHC

Hasil sintesis menunjukkan bahwa hambatan implementasi UHC di Indonesia bersifat sistemik dan saling berkaitan antar level kebijakan. Temuan Amelia & Sambo (2025) mengenai hambatan komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi menunjukkan bahwa tantangan implementasi tidak semata-mata berada pada substansi kebijakan, melainkan pada *implementation capacity*. Dengan kata lain, masalah utama bukan lagi “apa kebijakannya”, tetapi “apakah sistem mampu menjalankan kebijakan secara konsisten”. Dari aspek sumber daya, keterbatasan tenaga kesehatan yang ditemukan oleh Prasmitha et al. (2024) menunjukkan bahwa ekspansi kepesertaan yang cepat belum diikuti oleh ekspansi kapasitas pelayanan yang setara. Ketidakseimbangan antara sisi permintaan (*demand side*) dan kapasitas penyedia layanan (*supply side*) berpotensi menimbulkan *bottleneck* berupa antrean panjang, waktu konsultasi yang singkat, hingga penurunan kualitas komunikasi klinis. Dalam jangka panjang, kondisi ini dapat menurunkan kepuasan peserta dan mengurangi kepercayaan masyarakat terhadap sistem JKN.

Selain itu, temuan Serlianti et al. (2025) mengenai lemahnya koordinasi antar fasilitas kesehatan menunjukkan bahwa integrasi sistem pelayanan masih menjadi tantangan utama. Padahal, UHC pada prinsipnya bukan hanya perluasan pembiayaan, tetapi juga integrasi layanan secara horizontal dan vertikal. Ketika koordinasi antar fasilitas lemah, pasien berisiko mengalami fragmentasi pelayanan, pemeriksaan berulang, atau keterlambatan terapi. Kondisi ini menunjukkan bahwa tantangan UHC di Indonesia telah bergeser dari masalah akses menuju masalah kontinuitas dan integrasi pelayanan. Temuan Khoirunurrofik & Raras (2021) yang menunjukkan bahwa keputusan menjadi peserta JKN dipengaruhi faktor sosial-demografis juga menunjukkan bahwa implementasi UHC masih menghadapi ketimpangan sosial. Hal ini mengindikasikan bahwa pendekatan universal secara administratif belum sepenuhnya menghasilkan akses yang universal secara sosial.



Faktor Pendukung Implementasi UHC

Meskipun menghadapi berbagai tantangan, literatur menunjukkan bahwa implementasi UHC di Indonesia memiliki sejumlah faktor pendukung yang cukup kuat. Salah satu faktor utama adalah komitmen fiskal pemerintah pusat maupun daerah. Tingginya cakupan di beberapa wilayah menunjukkan bahwa dukungan pembiayaan publik mampu mempercepat ekspansi kepesertaan. Namun, apabila dianalisis lebih dalam, keberhasilan tersebut tampaknya lebih banyak terjadi pada daerah dengan kapasitas fiskal dan tata kelola yang relatif baik. Artinya, keberhasilan implementasi UHC tidak hanya dipengaruhi oleh desain kebijakan nasional, tetapi juga oleh kapasitas pemerintah daerah dalam menerjemahkan kebijakan menjadi program operasional.

Selain pembiayaan, penelitian Saminarsih et al. (2025) menunjukkan bahwa keterlibatan masyarakat dan penguatan PHC merupakan faktor pendukung penting. Temuan ini menarik karena menunjukkan bahwa keberhasilan UHC tidak semata-mata ditentukan oleh pendekatan *top-down*, tetapi juga oleh kapasitas komunitas dalam berpartisipasi aktif. Dengan demikian, implementasi UHC yang berkelanjutan membutuhkan pendekatan yang lebih partisipatif, bukan hanya administratif. Faktor lain yang tampak konsisten adalah ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan. Namun, keberadaan fasilitas saja tidak cukup; kualitas dan distribusi layanan lebih menentukan dibanding sekadar jumlah. Dengan kata lain, akses geografis tanpa akses fungsional tidak akan menghasilkan manfaat kesehatan yang optimal.

Implikasi terhadap Perbaikan Kebijakan UHC

Sintesis hasil penelitian menunjukkan bahwa arah pengembangan kebijakan UHC di Indonesia perlu bergeser dari orientasi *coverage expansion* menuju *system strengthening*. Pada tahap awal implementasi, fokus pada perluasan kepesertaan merupakan langkah yang tepat untuk mencapai inklusivitas. Namun, ketika cakupan telah relatif tinggi, tantangan berikutnya adalah memastikan bahwa layanan yang diterima peserta benar-benar berkualitas, tepat waktu, dan berkelanjutan. Tingginya angka rujukan, keterbatasan SDM, dan lemahnya koordinasi antar fasilitas menunjukkan bahwa bottleneck utama saat ini berada pada kapasitas sistem, khususnya di tingkat layanan primer. Oleh karena itu, reformasi kebijakan perlu diarahkan pada penguatan fungsi *gatekeeper* melalui peningkatan kompetensi klinis tenaga kesehatan, redistribusi SDM, penyediaan sarana diagnostik, dan reformasi insentif pembiayaan agar tidak mendorong *over-referral*.

Selain itu, pemerintah perlu menggeser indikator keberhasilan UHC dari sekadar jumlah peserta menuju indikator yang lebih substantif, seperti *effective coverage*, kepatuhan rujukan, kualitas pelayanan, *patient experience*, dan luaran kesehatan populasi. Tanpa perubahan indikator tersebut, terdapat risiko bahwa keberhasilan UHC hanya bersifat administratif, sementara manfaat kesehatan yang dirasakan masyarakat tidak berkembang secara sebanding. Dengan demikian, masa depan implementasi UHC di Indonesia tidak lagi ditentukan oleh kemampuan memperluas cakupan, tetapi oleh kemampuan mentransformasikan sistem kesehatan menjadi lebih terintegrasi, berorientasi mutu, dan mampu menjawab kebutuhan kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

PENUTUP

Implementasi *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia menunjukkan bahwa perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional telah meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, namun efektivitas implementasinya masih menghadapi tantangan pada kapasitas layanan primer dan tata kelola sistem rujukan. Kajian ini menunjukkan bahwa keberhasilan pencapaian UHC tidak hanya ditentukan oleh tingginya cakupan kepesertaan, tetapi juga oleh kesiapan sistem kesehatan dalam menyediakan pelayanan yang berkualitas, merata, dan



terintegrasi. Keterbatasan tenaga kesehatan, tingginya angka rujukan yang melebihi standar ideal, serta lemahnya koordinasi antar fasilitas pelayanan masih menjadi hambatan utama, sementara dukungan pembiayaan, penguatan *Primary Health Care* (PHC), ketersediaan fasilitas, dan keterlibatan masyarakat menjadi faktor penting dalam mendukung implementasi kebijakan. Oleh karena itu, pemerintah perlu memprioritaskan penguatan fasilitas kesehatan tingkat pertama melalui redistribusi tenaga kesehatan pada wilayah dengan rasio rujukan tinggi, pemenuhan alat diagnostik dan obat esensial untuk 144 diagnosis non-spesialistik di puskesmas, integrasi data rujukan secara *real-time* antara BPJS Kesehatan, puskesmas, dan rumah sakit untuk menekan rujukan yang tidak sesuai indikasi, serta menetapkan evaluasi kinerja berbasis indikator *effective coverage*, kepatuhan rujukan, dan penyelesaian kasus di tingkat primer agar pencapaian UHC di Indonesia dapat berlangsung lebih efektif, tepat sasaran, dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R., Dartanto, T., & Sitompul, R. (2019). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393, 75-102. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Amelia, I. M., & Sambo, S. W. (2025). Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Fasilitas. *Journal of Innovative and Creativity*, 5(2), 11867–11874. <https://doi.org/10.31004/joecy.v5i2.3551>
- Astuti, D., Kongsin, S., Jiamton, S., Prakongsai, P., & Hearnden, S. R. (2024). Utilization of Primary Health Care Under National Health Insurance in Samarinda Municipality, East Kalimantan Province, Indonesia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 1025–1039. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S447332>
- BPJS Kesehatan. (2025). Data Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2024. <https://bpjs-kesehatan.go.id>
- Handayani, P. W., Dartanto, T., Moeis, F. R., Pinem, A. A., Azzahro, F., Hidayanto, A. N., Denny, & Ayuningtyas, D. (2021). The Regional And Referral Compliance Of Online Healthcare Systems By Indonesia National Health Insurance Agency And Health-Seeking Behavior In Indonesia. *Heliyon*, 7(9). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e08068>
- Harmin, Risky, S., & Munir, S. (2023). Evaluasi Tata Kelola Sistem Rujukan Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Konawe Utara. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia The Indonesian Journal of Health Promotion*, 6(7). <https://doi.org/10.56338/mppki.v6i7.3563>
- Khoirunurrofik, K., & Raras, G. (2021). Health services provision and decision to buy Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) in Indonesia. *Health Policy OPEN*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2021.100050>
- Kosasih, D. M., Adam, S., Uchida, M., Yamazaki, C., Koyama, H., & Hamazaki, K. (2022). Determinant factors behind changes in health-seeking behaviour before and after implementation of universal health coverage in Indonesia. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13142-8>
- Muhlis, A. N. A. (2024). POLICY ADVICE ON EQUAL ACCESS TO HEALTHCARE: WHAT'S NEW? *Indonesian Journal of Health Administration*, 12(1), 1–3. <https://doi.org/10.20473/JAKI.V12I1.2024.1-3>
- Nugroho, I. P., Pertiwi, V. I., Publik, A., Sosial, I., Politik, D. I., & Timur, J. (2024). IMPLEMENTASI KEBIJAKAN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE DI KABUPATEN GRESIK. *Jurnal Administrasi Publik Dan Pembangunan (JPP)*, 6(2), 121–129. <https://doi.org/10.20527/jpp.v6i2.11424>



- Perdana, N. R., Adhasari, G., & Mahadewi, E. P. (2022). Challenges and implementation of universal health coverage program in Indonesia. *International Journal of Health Policy*, 2(3), 589–596. <https://ijhp.net/index.php/IJHP/article/download/97/100>
- Prasmita, W. E., Januwarso, A., Musta'ana, & Taufiq, A. (2024). Implementasi Program Universal Health Coverage (UHC) Terkait Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Bojonegoro. *JIAN (Jurnal Ilmiah Administrasi Negara)*, 8(2), 124–135.
- Putri, N. K., Laksono, A. D., & Rohmah, N. (2023). Predictors of national health insurance membership among the poor with different education levels in Indonesia. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15292-9>
- Rahvy, A. P., & Gani, A. (2024). INPATIENT CARE UTILIZATION AFTER JKN: A STUDY CASE IN EAST NUSA TENGGARA. *Indonesian Journal of Health Administration*, 12(1), 120–128. <https://doi.org/10.20473/JAKI.V12I1.2024.120-128>
- Saminarsih, D. S., Magdalena, C. C., Febianisari, N., Meilissa, Y., Hamid, S. N., Hafizon, M. I., Jundullah, S. M., & Herlinda, O. (2025). Synthesising key findings from Indonesia's first civil society-led forum on primary health care: PHC forum, Jakarta, 13-14 November 2023. *BMC Proceedings*, 19(Suppl 20). <https://doi.org/10.1186/s12919-025-00338-0>
- Serlianti, L., Novira, D., & Rohani, T. (2025). Model Implementasi Manajemen Jaminan Kesehatan Universal The Implementation Model Of Universal Health Coverage Management. In *Student Scientific Journal* (Vol. 3, Number 2). <https://doi.org/10.37676/ssj.v3i2.8901>
- Suyanti, E., Afrita, I., & Oktapani, S. (2024). Pelaksanaan Program Universal Health Coverage (UHC) Di Indonesia. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 4(3), 7123–7130. <https://doi.org/10.31004/innovative.v4i3.11261>
- Yuniarti, E., Prabandari, Y. S., Kristin, E., & Suryawati, S. (2019). Rationing for medicines by health care providers in Indonesia National Health Insurance System at hospital setting: A qualitative study. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40545-019-0170-5>