



## TATA KELOLA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KALIMANTAN SELATAN: PERAN PEMERINTAH DAERAH DALAM MENJAMIN KEBERLANJUTAN, AKUNTABILITAS, DAN MUTU PELAYANAN

**Ahyar Wahyudi**

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan

Artikel info	ABSTRAK
<p><b>Korespondensi Penulis:</b></p> <p>Ahyar Wahyudi <a href="mailto:orange.kelabu@gmail.com">orange.kelabu@gmail.com</a></p>	<p>Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah mencapai cakupan hampir universal di Provinsi Kalimantan Selatan, dengan tingkat kepesertaan mendekati 100 persen. Namun, capaian <i>Universal Health Coverage</i> (UHC) tersebut tidak secara otomatis mencerminkan kematangan tata kelola JKN secara substantif. Artikel ini bertujuan menganalisis secara kritis tata kelola JKN di Kalimantan Selatan dengan menempatkan capaian UHC sebagai titik awal evaluasi, bukan tujuan akhir kebijakan. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain analisis kebijakan, berbasis telaah regulasi, laporan <i>Monitoring</i> dan Evaluasi (Monev) DJSN, dokumen kinerja daerah, serta literatur ilmiah terkait <i>good public governance</i> dan jaminan kesehatan. Analisis difokuskan pada enam dimensi tata kelola JKN, yaitu regulasi, kelembagaan, pembiayaan, pelayanan, data dan teknologi, serta pengawasan dan akuntabilitas. Hasil kajian menunjukkan adanya kesenjangan signifikan antara keberhasilan administratif dan perlindungan layanan yang efektif, yang tercermin dalam fragmentasi kelembagaan, ketidakpastian pembiayaan, variasi mutu pelayanan, integrasi data yang lemah, serta pengawasan yang masih dominan administratif. Artikel ini menawarkan kebaruan konseptual dengan menggeser paradigma evaluasi JKN dari pendekatan berbasis cakupan menuju tata kelola berbasis perlindungan efektif. Temuan ini menegaskan perlunya reposisi peran pemerintah daerah sebagai arsitek tata kelola JKN lokal guna menjamin keberlanjutan, keadilan, dan legitimasi sistem jaminan kesehatan di tingkat layanan.</p> <p><b>Kata Kunci:</b> <i>Jaminan Kesehatan Nasional, tata kelola publik, Universal Health Coverage, kebijakan kesehatan, Kalimantan Selatan</i></p>
<p>This article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International License (<a href="https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/">https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/</a>)</p>	

### PENDAHULUAN

Program JKN merupakan salah satu kebijakan publik paling strategis dalam perjalanan pembangunan kesejahteraan sosial di Indonesia. Sejak diberlakukan pada 1 Januari 2014,

JKN dirancang bukan sekadar sebagai skema pembiayaan kesehatan, melainkan sebagai instrumen negara untuk memenuhi mandat konstitusional dalam menjamin hak dasar setiap warga negara atas pelayanan kesehatan yang layak, adil, dan bermutu. Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 secara tegas menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, dan kewajiban negara untuk memenuhi hak tersebut ditegaskan kembali dalam Pasal 34 ayat (2) melalui pengembangan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat.

Mandat konstitusional tersebut kemudian diterjemahkan ke dalam kerangka hukum operasional melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang menempatkan BPJS Kesehatan sebagai badan hukum publik dengan kewenangan mengelola Dana Jaminan Sosial Kesehatan atas nama negara. Kerangka ini semakin dipertegas dengan hadirnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menempatkan kesehatan tidak hanya sebagai hak dasar warga negara, tetapi juga sebagai investasi sosial dan ekonomi jangka panjang bagi negara (Wiasa, 2022).

Dalam satu dekade implementasinya, JKN menunjukkan capaian kuantitatif yang impresif. Secara nasional, kepesertaan JKN telah melampaui 98 persen penduduk Indonesia, menempatkan Indonesia sebagai salah satu negara dengan sistem jaminan kesehatan universal terbesar di dunia yang dikelola oleh satu badan penyelenggara. Di tingkat daerah, Provinsi Kalimantan Selatan termasuk provinsi dengan capaian tertinggi. Data monitoring kepesertaan menunjukkan bahwa hingga Semester I Tahun 2025, cakupan kepesertaan JKN di Kalimantan Selatan mencapai 99,59 persen, dengan beberapa kabupaten/kota bahkan melampaui 100 persen akibat dinamika data kependudukan dan migrasi.

Namun, keberhasilan statistik tersebut menyimpan paradoks kebijakan yang penting untuk dibaca secara kritis. Dalam perspektif administrasi publik dan kebijakan kesehatan, UHC merupakan *necessary condition* bagi perlindungan kesehatan penduduk, tetapi bukan *sufficient condition* bagi keberhasilan sistem jaminan kesehatan. Capaian UHC yang tinggi tidak otomatis mencerminkan kuatnya tata kelola JKN. Sebaliknya, tanpa tata kelola yang solid, capaian kepesertaan justru dapat menjadi sumber tekanan baru terhadap sistem pembiayaan, mutu pelayanan, serta legitimasi kelembagaan program JKN itu sendiri (Kurhayadi & Susniwati, 2020).

Di sinilah pentingnya memahami tata kelola JKN secara konseptual dan praktis. Tata kelola Jaminan Kesehatan Nasional adalah keseluruhan sistem pengaturan, pembagian peran, mekanisme koordinasi, pengambilan keputusan, serta pengawasan lintas-aktor dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional, yang bertujuan menjamin hak konstitusional warga negara atas pelayanan kesehatan yang adil, bermutu, dan berkelanjutan. Dalam kerangka *Good Public Governance* (GPG), tata kelola JKN tidak dapat dipersempit sebagai urusan administratif BPJS Kesehatan semata, melainkan harus dipahami sebagai ekosistem kebijakan publik yang melibatkan negara, lembaga

penyelenggara, pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, tenaga medis, peserta, dan masyarakat sipil secara terpadu dan saling bertanggung jawab (Novitasari, 2025).

Pemahaman ini menjadi krusial karena persoalan JKN di banyak daerah—termasuk Kalimantan Selatan—tidak lagi bertumpu pada masalah *coverage gap*, melainkan pada *governance gap*. Data Badan Pusat Statistik menunjukkan bahwa meskipun mayoritas penduduk telah memiliki jaminan kesehatan, struktur kepesertaan masih didominasi oleh kelompok Penerima Bantuan Iuran (PBI), baik dari APBN maupun APBD. Ketergantungan tinggi terhadap pembiayaan negara ini menciptakan kerentanan fiskal apabila tidak diimbangi dengan kepatuhan iuran peserta non-PBI dan tata kelola pembiayaan yang berkelanjutan (BPS Provinsi Kalimantan Selatan, 2025).

Temuan *Monitoring* dan Evaluasi Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) di Kalimantan Selatan semakin menegaskan bahwa tantangan JKN bersifat struktural dan tata kelola. Berbagai rumah sakit melaporkan tingginya klaim pending, klaim tidak layak, dan klaim mendekati kedaluwarsa, yang berdampak langsung terhadap arus kas fasilitas kesehatan dan mutu pelayanan. Persoalan ini tidak semata disebabkan oleh kelemahan teknis rumah sakit, tetapi oleh fragmentasi regulasi, perbedaan interpretasi kebijakan, serta belum optimalnya mekanisme koordinasi dan akuntabilitas antara BPJS Kesehatan, pemerintah daerah, dan penyedia layanan (DJSN, 2025).

Dalam hal ini, prinsip-prinsip tata kelola JKN menjadi landasan analitis yang tidak dapat diabaikan. Berdasarkan sintesis literatur dan praktik implementasi JKN, tata kelola JKN dibangun di atas lima kelompok prinsip utama. Pertama, prinsip *Good Public Governance*, yang menuntut transparansi, akuntabilitas, responsivitas, partisipasi, serta efektivitas dan efisiensi dalam penggunaan dana publik. Studi Novitasari (2025) menunjukkan bahwa lemahnya transparansi prosedural dan akuntabilitas layanan di tingkat operasional berdampak langsung pada meningkatnya keluhan peserta dan menurunnya kepercayaan publik terhadap JKN.

Kedua, prinsip asuransi sosial dan gotong royong, yang menegaskan bahwa JKN diselenggarakan secara nirlaba, berbasis subsidi silang antara yang sehat dan sakit serta antara yang mampu dan tidak mampu, dan bersifat wajib bagi seluruh penduduk. Prinsip ini mengingatkan bahwa orientasi kebijakan JKN seharusnya bukan semata menekan defisit keuangan, melainkan memastikan pemenuhan kebutuhan medis dasar secara layak. Hasbullah Thabrany secara konsisten mengkritik kecenderungan kebijakan JKN yang terlalu *defisit-oriented* dan berpotensi menyimpang dari mandat konstitusional pemenuhan hak kesehatan.

Ketiga, prinsip keadilan dan kesetaraan akses, yang mengharuskan tata kelola JKN menjamin akses pelayanan yang setara lintas wilayah, lintas kelas sosial, dan lintas status kepesertaan. Ketimpangan distribusi fasilitas kesehatan, tenaga medis, dan kualitas layanan antara wilayah perkotaan dan pedesaan di Kalimantan Selatan menunjukkan bahwa persoalan JKN bukan semata teknis, melainkan persoalan tata kelola struktural yang berkaitan dengan perencanaan, pembiayaan, dan pengawasan (Situmorang et al., 2026).

Keempat, prinsip kolaborasi dan koordinasi lintas aktor, yang menempatkan JKN sebagai program dengan karakter multi-aktor dan *multi-level governance*. BPJS Kesehatan

berperan sebagai operator, kementerian dan lembaga sebagai regulator, pemerintah daerah sebagai *co-provider*, fasilitas kesehatan sebagai pelaksana layanan, serta asosiasi profesi dan masyarakat sebagai pengawas sosial. Ketidakjelasan pembagian peran dan fragmentasi kebijakan antar lembaga terbukti memperlemah efektivitas pengendalian mutu, biaya, dan defisit JKN, sebagaimana tercermin dalam berbagai temuan Monev DJSN di daerah.

Kelima, prinsip keberlanjutan (*sustainability*), yang mencakup kesinambungan pembiayaan, kepatuhan pembayaran iuran, pengendalian fraud, serta inovasi sistem dan digitalisasi layanan. Data Statistik JKN 2016–2021 menunjukkan bahwa keberlanjutan program sangat ditentukan oleh kualitas tata kelola keuangan, pengelolaan data, dan pengambilan keputusan berbasis bukti (*evidence-based policy*), bukan semata penyesuaian iuran secara periodik (DJSN & BPJS Kesehatan, 2022).

Dalam kerangka desentralisasi, pemerintah daerah memegang peran strategis dalam memastikan prinsip-prinsip tersebut bekerja secara nyata di tingkat operasional. Forum Kemitraan JKN-KIS yang diselenggarakan Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2025 menegaskan komitmen politik daerah untuk tidak berhenti pada capaian UHC, tetapi melanjutkannya dengan penguatan mutu layanan, advokasi kepesertaan aktif, dan koordinasi lintas sektor (Media Center Provinsi Kalimantan Selatan, 2025). Namun, komitmen normatif tersebut memerlukan penguatan analitis dan kebijakan agar tidak berhenti pada seremoni dan deklarasi.

Oleh karena itu, artikel ini disusun untuk menganalisis secara kritis implementasi tata kelola JKN di Provinsi Kalimantan Selatan dengan menempatkan capaian UHC sebagai titik awal, bukan titik akhir. Analisis difokuskan pada enam dimensi utama tata kelola JKN, yaitu: tata kelola regulasi, tata kelola kelembagaan, tata kelola pembiayaan, tata kelola pelayanan, tata kelola data dan teknologi, serta tata kelola pengawasan dan akuntabilitas. Dengan pendekatan ini, artikel diharapkan mampu mengungkap kesenjangan antara capaian statistik dan kualitas tata kelola substantif, sekaligus memberikan dasar konseptual dan empiris bagi penguatan JKN yang adil, bermutu, dan berkelanjutan di Kalimantan Selatan.

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kebijakan (*policy analysis*) yang diperkaya oleh analisis tata kelola publik. Pendekatan ini dipilih untuk memahami secara mendalam dinamika implementasi Tata Kelola JKN di Provinsi Kalimantan Selatan, khususnya dalam kaitannya dengan peran pemerintah daerah dalam menjamin keberlanjutan, akuntabilitas, dan mutu pelayanan kesehatan.

Sumber data penelitian terdiri atas data sekunder dan dokumen kebijakan, meliputi peraturan perundang-undangan terkait JKN, laporan Monitoring dan Evaluasi (Monev) Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), laporan kinerja dan monev JKN tingkat provinsi dan kabupaten/kota, data kepesertaan JKN dan statistik kesehatan dari Badan Pusat Statistik, serta publikasi resmi pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan. Data pendukung diperoleh

dari literatur ilmiah berupa jurnal nasional dan internasional yang relevan dengan tata kelola jaminan kesehatan, *good public governance*, dan *universal health coverage*.

Analisis data dilakukan melalui analisis tematik dan analisis kebijakan normatif-empiris, dengan menempatkan capaian UHC sebagai titik awal evaluasi. Kerangka analisis difokuskan pada enam dimensi tata kelola JKN, yaitu regulasi, kelembagaan, pembiayaan, pelayanan, data dan teknologi, serta pengawasan dan akuntabilitas. Validitas analisis dijaga melalui triangulasi sumber dan regulasi, sehingga temuan penelitian mencerminkan kondisi tata kelola JKN secara komprehensif dan kontekstual di Kalimantan Selatan

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Profil Demografis dan Karakteristik Kepesertaan JKN di Kalimantan Selatan**

Capaian UHC di Provinsi Kalimantan Selatan hingga 1 November 2025 menunjukkan tingkat kepesertaan yang secara agregat sangat tinggi, yakni 99,59% dari total penduduk semester I tahun 2025 sebesar 4.330.144 jiwa, dengan jumlah peserta JKN tercatat 4.312.346 jiwa. Secara administratif, capaian ini menempatkan Kalimantan Selatan sebagai salah satu provinsi dengan tingkat UHC hampir paripurna di Indonesia. Namun, capaian agregat tersebut menyimpan dinamika internal yang kompleks dan tidak sepenuhnya homogen antar kabupaten/kota.

Distribusi kepesertaan menunjukkan variasi yang signifikan. Beberapa daerah bahkan mencatatkan tingkat kepesertaan di atas 100 persen, seperti Kotabaru (101,89%), Tanah Bumbu (100,44%), Banjarbaru (100,52%), Balangan (100,71%), dan Tabalong (100,41%). Fenomena ini mencerminkan adanya persoalan sinkronisasi data kependudukan, mobilitas penduduk, serta keterlambatan pembaruan basis data administrasi, yang selama ini menjadi isu klasik dalam tata kelola JKN berbasis data. Sebaliknya, daerah seperti Banjar (98,37%), Tanah Laut (98,48%), Hulu Sungai Tengah (98,49%), dan Hulu Sungai Utara (98,27%) masih berada sedikit di bawah ambang UHC ideal, meskipun secara absolut telah melampaui standar nasional.

Struktur kepesertaan JKN di Kalimantan Selatan juga menunjukkan ketergantungan yang kuat pada skema Penerima Bantuan Iuran (PBI), baik yang bersumber dari APBN maupun APBD kabupaten/kota. Total peserta PBI APBN tercatat 938.733 jiwa, sementara PBI APBD mencapai 1.599.219 jiwa, jauh melampaui segmen peserta mandiri seperti PBPU (509.016 jiwa) dan BP (92.262 jiwa). Komposisi ini menegaskan bahwa keberhasilan UHC di Kalimantan Selatan secara struktural sangat ditopang oleh intervensi fiskal negara dan pemerintah daerah, bukan semata oleh kemandirian pembiayaan masyarakat.

Temuan ini selaras dengan data Susenas BPS 2023, yang menunjukkan bahwa secara provinsi 38,80% penduduk Kalimantan Selatan merupakan peserta BPJS PBI, sementara 28,45% adalah peserta BPJS Non-PBI, dengan variasi ekstrem antar wilayah. Kabupaten seperti Hulu Sungai Selatan (79,07%), Hulu Sungai Utara (76,21%), dan Balangan (77,42%) memiliki dominasi PBI yang sangat tinggi, mencerminkan struktur sosial-ekonomi masyarakat yang masih rentan dan ketergantungan besar terhadap skema perlindungan sosial negara. Sebaliknya, kota-kota seperti Banjarmasin dan Banjarbaru menunjukkan

proporsi Non-PBI yang lebih besar, seiring dengan karakteristik wilayah urban dan struktur ketenagakerjaan formal yang lebih berkembang (BPS, 2025).

Dari perspektif tata kelola, profil demografis dan kepesertaan ini mengandung dua implikasi strategis. Pertama, capaian UHC yang tinggi belum tentu mencerminkan keberlanjutan sistem, karena bertumpu pada pembiayaan publik yang sensitif terhadap dinamika fiskal nasional dan daerah. Kedua, ketimpangan struktur kepesertaan antar wilayah menunjukkan bahwa tantangan JKN di Kalimantan Selatan bukan lagi pada perluasan cakupan semata, melainkan pada kualitas tata kelola lintas dimensi yang mampu menjamin kesinambungan, mutu layanan, dan akuntabilitas pengelolaan dana publik.

### **Dimensi Tata Kelola Regulasi JKN**

Dimensi regulasi merupakan fondasi normatif sekaligus instrumen pengendali dalam tata kelola JKN, karena di dalamnya terkandung kejelasan mandat negara, kepastian pembiayaan, dan jaminan kesinambungan kebijakan lintas level pemerintahan. Di Provinsi Kalimantan Selatan, capaian *Universal Health Coverage* (UHC) yang mencapai 99,59% per November 2025 merefleksikan keberhasilan administratif yang signifikan. Namun, capaian tersebut sekaligus membuka ruang kritik substantif terhadap daya tahan dan konsistensi regulasi daerah dalam menopang keberlanjutan JKN secara fungsional, bukan sekadar statistik.

Secara konstitusional, penyelenggaraan JKN berakar pada Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945, yang kemudian dijabarkan melalui UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Dalam kerangka desentralisasi, efektivitas regulasi nasional sangat ditentukan oleh kemampuan pemerintah daerah menerjemahkannya ke dalam Peraturan Daerah dan Peraturan Gubernur (Pergub) yang operasional, konsisten, dan berkelanjutan. Namun, temuan Monitoring dan Evaluasi (Monev) JKN di beberapa kabupaten/kota di Kalimantan Selatan menunjukkan bahwa regulasi turunan tersebut belum sepenuhnya berfungsi sebagai instrumen stabilisasi kebijakan.

Laporan Monev Kabupaten Kotabaru, Tanah Bumbu, Tapin, dan Hulu Sungai Tengah mengindikasikan persoalan serupa: regulasi daerah terkait PBI APBD dan pengelolaan dana JKN secara formal tersedia, tetapi implementasinya menghadapi keterbatasan fleksibilitas anggaran, keterlambatan penyesuaian DPA, serta ketergantungan tinggi pada keputusan politik tahunan kepala daerah. Akibatnya, regulasi JKN di tingkat daerah lebih bersifat reaktif dan administratif, belum berfungsi sebagai *policy stabilizer* yang mampu melindungi kesinambungan pembiayaan dan keaktifan peserta dalam jangka menengah–panjang.

Kondisi ini memperlihatkan adanya *regulatory gap* antara norma hukum dan praktik kebijakan. Regulasi daerah belum sepenuhnya terintegrasi dengan data UHC, profil risiko kepesertaan, serta dinamika klaim pelayanan kesehatan. Dalam perspektif *Good Public Governance*, regulasi publik yang efektif tidak cukup hanya sah secara formal, tetapi harus koheren lintas sektor, adaptif terhadap risiko, dan mampu menjamin akuntabilitas fiskal serta perlindungan hak warga negara (Thabrany, 2014; Wiasa, 2022). Ketika regulasi daerah

tidak cukup kuat, beban kebijakan cenderung bergeser kembali ke pusat, sehingga berpotensi mengganggu stabilitas nasional JKN (Teguh, 2025).

Dengan demikian, analisis kritis atas dimensi regulasi JKN di Kalimantan Selatan menunjukkan bahwa capaian UHC yang tinggi belum sepenuhnya diiringi oleh ketangguhan arsitektur regulasi daerah. Penguatan Pergub yang bersifat lintas sektor, berbasis data kepesertaan aktif, serta selaras dengan hasil Monev dan rekomendasi DJSN menjadi prasyarat mutlak agar tata kelola JKN tidak berhenti pada keberhasilan angka, tetapi benar-benar menjamin keadilan, keberlanjutan, dan akuntabilitas sistem jaminan kesehatan di tingkat daerah.

### **Dimensi Tata Kelola Kelembagaan**

Tata kelola kelembagaan merupakan fondasi determinan dalam keberhasilan penyelenggaraan JKN, karena pada dimensi inilah desain kebijakan nasional diuji dalam praktik lintas aktor dan lintas level pemerintahan. Berbeda dengan pendekatan teknokratis yang memandang JKN semata sebagai instrumen pembiayaan kesehatan, perspektif *good public governance* menempatkan JKN sebagai rezim kelembagaan multi-aktor yang menuntut kejelasan mandat, pembagian kewenangan yang tegas, serta mekanisme koordinasi yang konsisten dan berjenjang (Ansell & Gash, 2008; Agustina et al., 2018). Kegagalan pada aspek kelembagaan inilah yang kerap memunculkan persoalan klasik JKN: tumpang tindih peran, ambiguitas kewenangan, dan lemahnya orkestrasi kebijakan.

Secara normatif, arsitektur kelembagaan JKN telah dirancang relatif jelas. BPJS Kesehatan berfungsi sebagai badan hukum publik penyelenggara jaminan sosial kesehatan dengan mandat operasional kepesertaan, pengelolaan dana, dan pembayaran klaim (UU No. 24 Tahun 2011). Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) berperan sebagai pengawas kebijakan dan penjaga desain Sistem Jaminan Sosial Nasional agar tetap sejalan dengan prinsip keadilan sosial dan keberlanjutan (UU No. 40 Tahun 2004). Kementerian Kesehatan bertindak sebagai regulator teknis pelayanan kesehatan, sementara Kementerian Sosial mengemban fungsi strategis dalam verifikasi dan penetapan peserta PBI. Pemerintah daerah berperan sebagai *co-provider* dan *co-financier*, terutama melalui pembiayaan PBI daerah dan pengelolaan fasilitas kesehatan, sedangkan fasilitas kesehatan berada di hilir sistem sebagai pelaksana layanan langsung kepada peserta.

Namun, temuan Monitoring dan Evaluasi JKN di Provinsi Kalimantan Selatan menunjukkan bahwa kejelasan normatif tersebut belum sepenuhnya terwujud dalam praktik kelembagaan. Perbedaan tafsir regulasi antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit, lemahnya koordinasi antara Dinas Kesehatan dan manajemen faskes, serta belum optimalnya forum koordinasi lintas OPD memicu sengketa klaim berulang, ketidakpastian pembayaran, dan gangguan operasional layanan. Temuan lapangan di Kabupaten Kotabaru, Tanah Bumbu, Tapin, dan Hulu Sungai Tengah memperlihatkan bahwa masalah JKN sering kali bukan disebabkan oleh ketidakpatuhan faskes, melainkan oleh kegagalan desain koordinasi kelembagaan dan fragmentasi pengambilan keputusan.

Literatur internasional menegaskan bahwa sistem jaminan kesehatan berbasis multi-aktor tanpa kepemimpinan kelembagaan yang jelas dan *shared accountability* cenderung

mengalami *policy drift* dan *blame shifting* (Emerson & Nabatchi, 2015; Obermann et al., 2018). Di Kalimantan Selatan, pelembagaan Forum Komunikasi dan Koordinasi JKN serta penguatan peran pemerintah daerah sebagai broker kelembagaan menjadi kunci untuk menjembatani fragmentasi antara regulator, operator, dan penyedia layanan.

Dengan demikian, penguatan dimensi kelembagaan JKN menuntut reposisi peran yang tegas namun kolaboratif: BPJS Kesehatan sebagai operator yang akuntabel, DJSN sebagai pengarah sistem yang aktif, Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial sebagai regulator yang konsisten, pemerintah daerah sebagai simpul koordinasi dan penjamin keberlanjutan, serta fasilitas kesehatan sebagai mitra strategis—bukan sekadar objek pengendalian. Tanpa pembenahan kelembagaan yang sistemik, capaian *Universal Health Coverage* berisiko berhenti sebagai keberhasilan administratif, tanpa bertransformasi menjadi keadilan layanan kesehatan yang nyata dan berkelanjutan.

### **Dimensi Tata Kelola Pembiayaan JKN**

Tata kelola pembiayaan merupakan episentrum keberlanjutan JKN, karena di dalamnya bertemu kepentingan fiskal negara, rasionalitas klinis layanan, serta relasi kekuasaan antara BPJS Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dan pemerintah daerah. Oleh sebab itu, pembiayaan JKN tidak dapat direduksi menjadi sekadar persoalan defisit, besar iuran, atau kecukupan tarif, melainkan harus dibaca sebagai persoalan tata kelola publik yang menentukan arah keadilan, efisiensi, dan legitimasi sistem jaminan sosial kesehatan (Agustina et al., 2018; Cotlear et al., 2015).

Transisi kebijakan nasional dari INA-CBG's menuju Indonesia *Diagnosis Related Groups* (IDRG) menandai pengakuan negara atas kelemahan struktural sistem pembiayaan sebelumnya. Temuan Kementerian Kesehatan yang menunjukkan puluhan ribu kasus tidak memiliki grup CBG's mengindikasikan bahwa problem utama terletak pada akurasi klasifikasi klinis dan kendali mutu-biaya, bukan semata rendahnya tarif (Thabrany, 2014; Moeis, 2025). Dalam perspektif tata kelola, kegagalan ini mencerminkan lemahnya fungsi *provider payment system* sebagai instrumen pengendali perilaku aktor, yang justru membuka ruang *miscoding*, *claim gaming*, dan sengketa klaim berulang antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan.

Kondisi tersebut tercermin secara nyata di Kalimantan Selatan. Meskipun capaian UHC telah melampaui 99 persen penduduk, laporan Monitoring dan Evaluasi DJSN menunjukkan bahwa persoalan pembiayaan bergeser dari isu perluasan kepesertaan ke isu *claim management* dan keberlanjutan arus kas fasilitas kesehatan. Ketidaksinkronan hasil verifikasi klaim, perbedaan tafsir regulasi, serta fragmentasi SOP antara BPJS Kesehatan dan fasyankes menjadi sumber utama klaim pending dan klaim tidak layak, yang berdampak langsung pada stabilitas operasional rumah sakit daerah (DJSN, 2025). Dalam situasi ini, rumah sakit berada pada posisi dilematis: dituntut menjaga mutu dan keselamatan pasien, tetapi menghadapi ketidakpastian pembayaran yang sistemik.

Lebih jauh, tata kelola pembiayaan JKN di Kalimantan Selatan tidak dapat dilepaskan dari struktur kepesertaan yang didominasi oleh Penerima Bantuan Iuran (PBI), baik APBN maupun APBD. Ketergantungan tinggi terhadap pembiayaan publik menjadikan

keberlanjutan JKN sangat sensitif terhadap disiplin fiskal daerah, akurasi data kepesertaan, serta konsistensi kebijakan anggaran tahunan (BPS Kalsel, 2025; Bakhtiar, 2021). Tanpa harmonisasi kebijakan pusat–daerah dan penguatan akuntabilitas pengelolaan PBI Daerah, sistem pembayaran JKN berisiko menjadi sumber ketegangan horizontal antar institusi, alih-alih instrumen solidaritas sosial.

Dengan demikian, dimensi pembiayaan JKN harus dipahami sebagai arena *governance*, bukan isu teknis aktuaria semata. Keberhasilan implementasi IDRG, pelembagaan verifikasi klaim tunggal, pemanfaatan data klaim untuk pendekatan *value-based healthcare*, serta penguatan forum koordinasi daerah merupakan prasyarat agar pembiayaan JKN tidak hanya berkelanjutan secara finansial, tetapi juga adil, transparan, dan legitimate secara sosial—terutama di provinsi dengan karakter geografis dan kapasitas layanan yang beragam seperti Kalimantan Selatan.

### **Dimensi Tata Kelola Pelayanan JKN**

Tata kelola pelayanan merupakan inti operasional JKN, karena pada dimensi inilah klaim keberhasilan UHC diuji dalam praktik layanan klinis sehari-hari. Di Provinsi Kalimantan Selatan, capaian kepesertaan yang telah mendekati 100 persen justru memperlihatkan paradoks kebijakan: semakin luas cakupan peserta, semakin kompleks persoalan pelayanan yang muncul apabila tata kelola tidak diperkuat secara sistemik. Hasil Monitoring dan Evaluasi (Monev) JKN menunjukkan bahwa tantangan pelayanan tidak lagi bertumpu pada akses kepesertaan, melainkan pada kualitas rujukan, mutu klinis, kendali biaya, dan perlindungan pasien.

Temuan Monev DJSN di RSI Sultan Agung Banjarbaru dan RSUD Damanhuri Barabai mengidentifikasi persoalan berulang berupa klaim pending dan klaim tidak layak yang bersumber dari ketidaksinkronan verifikasi, variasi penetapan diagnosis, serta perbedaan rujukan regulasi yang digunakan oleh BPJS Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan. Laporan monev kabupaten/kota juga menunjukkan bahwa ketiadaan SOP verifikasi tunggal telah menciptakan ambiguitas kelayakan klaim, sehingga rumah sakit menghadapi ketidakpastian arus kas meskipun telah memberikan layanan sesuai kebutuhan medis (DJSN, 2025; Laporan Monev Kotabaru, 2025; Laporan Monev Tanah Bumbu, 2025).

Pada aspek sistem rujukan, berbagai hasil monev menegaskan bahwa SISRUITE masih berfungsi dominan sebagai alat administratif, bukan sebagai instrumen keselamatan pasien berbasis risiko. Ditemukan kasus rujukan yang terlambat, rujukan tanpa eskalasi klinis yang jelas, serta lemahnya umpan balik antar fasilitas. Kondisi ini selaras dengan temuan Wahyudi (2025) bahwa kegagalan rujukan di Indonesia lebih disebabkan oleh lemahnya tata kelola dan akuntabilitas lintas fasilitas dibanding keterbatasan teknologi semata.

Dari perspektif mutu layanan, hasil monev Dinkes dan DJSN mencatat variasi kepatuhan terhadap Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), ketidaklengkapan rekam medis, serta respons kegawatdaruratan yang belum seragam antar FKTP dan FKRTL. Meski Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan berhasil memperluas jejaring fasilitas melalui Forum Kemitraan JKN, laporan profil kesehatan daerah menunjukkan bahwa peningkatan jumlah fasilitas belum sepenuhnya diikuti oleh standardisasi mutu pelayanan.

Dalam sistem pembayaran berbasis paket seperti JKN, kondisi ini berisiko mendorong praktik defensif dan administratif, alih-alih peningkatan kualitas klinis (Agustina et al., 2018; Thabrany, 2014).

Dimensi kendali biaya dan mutu juga memperlihatkan persoalan struktural. Tingginya klaim *dispute* yang tercatat dalam monev menunjukkan bahwa kendali biaya masih bersifat reaktif, belum berbasis *value-based healthcare*. Transisi nasional menuju Indonesia *Diagnosis Related Groups* (IDRG) semakin menuntut kesiapan layanan, dokumentasi klinis, dan rujukan yang disiplin. Tanpa penguatan tata kelola pelayanan, IDRG justru berpotensi memperbesar beban administrasi dan konflik klaim di tingkat daerah.

Aspek perlindungan pasien menjadi indikator paling fundamental dari tata kelola pelayanan. Monev menemukan bahwa masih terdapat risiko penundaan layanan akibat persoalan administratif, meskipun Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 secara tegas melarang penolakan pasien gawat darurat. Hal ini menegaskan adanya *implementation gap* antara norma hukum dan praktik layanan. Studi WHO (2023) menegaskan bahwa perlindungan pasien hanya dapat terjamin apabila sistem rujukan dilengkapi pelacakan real-time, audit klinis, dan mekanisme pertanggungjawaban yang jelas.

Dengan demikian, hasil-hasil monev menunjukkan bahwa tata kelola pelayanan JKN di Kalimantan Selatan menuntut reposisi paradigma: dari kepatuhan administratif menuju keselamatan pasien, mutu klinis, dan nilai layanan. Penguatan SISRUTE sebagai instrumen klinis, harmonisasi SOP rujukan dan verifikasi klaim, serta pelembagaan Forum Komunikasi dan Koordinasi JKN sebagai ruang mediasi berbasis data menjadi prasyarat agar UHC tidak berhenti sebagai capaian statistik, tetapi hadir sebagai jaminan pelayanan yang aman, bermutu, dan berkeadilan.

### **Dimensi Tata Kelola Data dan Teknologi JKN**

Tata kelola data dan teknologi merupakan fondasi yang sering kali tidak terlihat, namun sangat menentukan keberlanjutan dan legitimasi Program JKN. Di Provinsi Kalimantan Selatan, capaian UHC yang hampir paripurna justru memperbesar urgensi penguatan tata kelola data, karena semakin luas cakupan peserta, semakin tinggi pula risiko inefisiensi sistemik, kesalahan kebijakan, serta kebocoran pembiayaan apabila data tidak dikelola secara terpadu dan akuntabel. Dalam kerangka ini, integrasi Nomor Induk Kependudukan (NIK), data kepesertaan, klaim, dan rekam medis tidak dapat dipahami sekadar sebagai proyek digitalisasi, melainkan sebagai persoalan tata kelola publik lintas aktor yang sarat implikasi kebijakan.

Secara normatif, JKN dirancang berbasis NIK sebagai *single identity number* untuk menjamin akurasi kepesertaan dan kepastian hak layanan. Namun, hasil *Monitoring* dan *Evaluasi* (Monev) Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) di Kalimantan Selatan menunjukkan bahwa integrasi NIK dengan data klaim dan pelayanan masih belum konsisten. Ketidaksinkronan antara data kependudukan Dukcapil, status kepesertaan aktif BPJS Kesehatan, dan layanan yang diterima pasien masih kerap terjadi, yang kemudian bermuara pada klaim pending, sengketa klaim, dan keterlambatan pembayaran ke fasilitas kesehatan. Fenomena ini mempertegas bahwa fragmentasi data merupakan tantangan

struktural JKN, terutama di daerah dengan kapasitas sistem informasi yang beragam dan koordinasi lintas sektor yang belum terlembaga kuat.

Pada level pelayanan, integrasi Rekam Medis Elektronik (RME) dengan sistem klaim JKN dan SISRUITE di Kalimantan Selatan masih bersifat parsial. Banyak fasilitas kesehatan telah memiliki sistem informasi internal, tetapi belum *interoperabel* dengan BPJS Kesehatan dan sistem rujukan regional. Akibatnya, proses verifikasi klaim masih sangat bergantung pada dokumen manual dan interpretasi administratif, bukan pada data klinis terstandar. Literatur internasional dan temuan lapangan menegaskan bahwa kegagalan integrasi data klinis–klaim berpotensi mendorong *miscoding*, *overutilization*, serta konflik kepentingan dalam sistem pembayaran berbasis paket.

Hasil Monev di Kabupaten Kotabaru dan Tanah Bumbu memberikan ilustrasi empiris yang tajam. Di Kotabaru, capaian kepesertaan di atas 100 persen justru mengindikasikan anomali data akibat duplikasi dan keterlambatan pemutakhiran status kependudukan. Sinkronisasi data antara Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dinas Sosial, dan Dukcapil masih bersifat sporadis, sehingga membuka ruang klaim tidak sah dan pembiayaan ganda.

Di Tanah Bumbu, Monev menegaskan perlunya *data governance* yang lebih disiplin melalui verval NIK bulanan lintas OPD dan integrasi alur kelahiran–NIK–aktivasi bayi sebagai *one-stop service*, agar capaian administratif selaras dengan perlindungan efektif di lapangan.

Dimensi lain yang krusial adalah pemanfaatan data untuk kebijakan publik. Data JKN sejatinya menyimpan potensi besar untuk pemetaan beban penyakit, evaluasi efektivitas rujukan, dan pengendalian biaya berbasis risiko. Namun, laporan Monev dan rekomendasi FGD DJSN menunjukkan bahwa data klaim dan pelayanan di Kalimantan Selatan masih berhenti sebagai laporan administratif, belum diolah menjadi *policy intelligence* yang memandu perencanaan APBD kesehatan, penguatan FKTP–FKRTL, dan pengambilan keputusan strategis.

Dengan demikian, tata kelola data dan teknologi JKN di Kalimantan Selatan menuntut lompatan paradigma: dari digitalisasi sektoral menuju integrasi data berbasis tata kelola kolaboratif. Penguatan *dashboard* klaim *real-time*, *interoperabilitas* RME–SISRUITE–klaim, serta pelembagaan forum lintas OPD untuk validasi dan pemanfaatan data menjadi prasyarat agar JKN tidak hanya efisien secara finansial, tetapi juga cerdas secara kebijakan dan adil bagi masyarakat. Tanpa pembenahan dimensi ini, capaian UHC berisiko tetap menjadi keberhasilan administratif yang rapuh dan tidak sepenuhnya menjamin perlindungan kesehatan yang nyata.

### **Dimensi Tata Kelola Pengawasan dan Akuntabilitas JKN**

Pengawasan dan akuntabilitas merupakan pilar penentu keberlanjutan JKN, terutama di daerah dengan capaian UHC yang secara administratif tinggi seperti Provinsi Kalimantan Selatan. Temuan Monitoring dan Evaluasi (Monev) JKN Oktober 2025 menunjukkan bahwa keberhasilan JKN tidak lagi dapat diukur semata dari persentase kepesertaan terdaftar, melainkan harus bergeser pada konsep perlindungan efektif, yaitu keterjaminan akses layanan, kelancaran klaim, serta pencegahan penyimpangan klinis dan finansial secara

simultan. Di Kalimantan Selatan, kesenjangan antara *coverage on paper* dan *coverage in practice* masih tampak nyata, terutama akibat tingginya proporsi peserta non-aktif meskipun angka kepesertaan secara statistik melampaui 100 persen (DJSN, 2025).

Dalam perspektif pencegahan fraud, hasil monev memperlihatkan bahwa risiko penyimpangan JKN tidak selalu hadir dalam bentuk manipulasi klaim yang disengaja, melainkan sering muncul sebagai fraud pasif akibat kelemahan tata kelola proses. Ketidaklengkapan dokumen klinis, ketidaksesuaian data NIK, serta kegagalan pemenuhan standar pelayanan kerap berujung pada klaim *pending*, *downgrade*, atau *dispute* berkepanjangan. Kasus persalinan normal yang diklaim sebagai one-day care tanpa bukti pelaksanaan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) 48–72 jam pascakelahiran menjadi ilustrasi konkret bagaimana celah administratif dan mutu klinis beririsan langsung dengan risiko finansial JKN sekaligus mengancam hak kesehatan bayi. Literatur menegaskan bahwa praktik semacam ini tidak hanya melemahkan integritas klaim, tetapi juga berpotensi meningkatkan biaya jangka panjang akibat *readmission* dan komplikasi lanjutan (Michaela et al., 2021; Putri & Anhari, 2024).

Dari sisi audit dan pengendalian internal, praktik pengawasan JKN di Kalimantan Selatan mulai bergeser dari pendekatan *ex-post audit* menuju *concurrent review*, khususnya pada layanan berisiko tinggi seperti kebidanan dan neonatal. Pendekatan ini memungkinkan koreksi klaim dan kelengkapan dokumen dilakukan sebelum pasien pulang, sehingga menurunkan potensi sengketa dan kerugian finansial fasilitas kesehatan. Namun demikian, efektivitas audit sangat bergantung pada integrasi lintas aktor—Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dinas Sosial, dan Dukcapil—dalam menjaga satu sumber kebenaran data berbasis NIK. Tanpa disiplin tata kelola data, audit berisiko terjebak pada koreksi administratif berulang tanpa menyentuh akar masalah struktural (ACFE, 2024; Vafae Najar et al., 2025).

Aspek pengaduan publik dan pengawasan sosial memperlihatkan pergeseran paradigma yang signifikan. Monev JKN merekomendasikan pembentukan *desk* reaktivasi dan mekanisme respons cepat maksimal 3×24 jam untuk kasus sosial-medis mendesak. Skema ini berfungsi ganda sebagai kanal pengaduan substantif dan instrumen perlindungan peserta. Dalam praktik di Kalimantan Selatan, Posyandu ILP, jejaring bidan, dan FKTP diposisikan sebagai simpul pengawasan sosial terdekat dengan masyarakat, terutama bagi kelompok rentan seperti ibu hamil, bayi baru lahir, dan pasien penyakit kronis. Pendekatan ini memperluas makna akuntabilitas dari sekadar pelaporan keuangan menjadi tanggung jawab kolektif lintas aktor terhadap *outcome* kesehatan.

Refleksi lapangan di Kabupaten Kotabaru dan Tabalong memperkuat temuan ini. Tekanan keterlambatan klaim dan ketidaksesuaian tarif INA-CBGs kerap mendorong dilema etis di tingkat rumah sakit: mempertahankan mutu layanan dengan risiko finansial atau mempercepat pemulangan pasien demi menjaga arus kas. Literatur antifraud menegaskan bahwa kondisi tersebut merupakan indikator kegagalan sistem pengendalian mutu-biaya, bukan semata kesalahan individu (Julius Sam Tito & Siregar, 2024; Yusuf et al., 2022).

Dengan demikian, Dimensi Tata Kelola Pengawasan dan Akuntabilitas JKN di Kalimantan Selatan menunjukkan bahwa tantangan utama bukan terletak pada ketiadaan

regulasi, melainkan pada konsistensi implementasi dan integrasi pengawasan klinis, administratif, dan sosial. Tanpa penguatan pencegahan fraud berbasis mutu layanan, audit berbasis data aktif, serta mekanisme pengaduan publik yang responsif, capaian UHC berisiko menjadi simbol administratif yang rapuh. Sebaliknya, ketika pengawasan diarahkan pada perlindungan efektif, JKN berpeluang menjadi instrumen keadilan sosial yang benar-benar bekerja di tingkat layanan.

### **Novelty**

Kebaruan konseptual artikel ini tidak berhenti pada pemetaan persoalan JKN di tingkat daerah, melainkan terletak pada dekonstruksi makna keberhasilan JKN itu sendiri. Artikel ini secara sadar keluar dari jebakan *coverage-centric paradigm* yang selama ini mendominasi evaluasi JKN, dan menawarkan pembacaan alternatif bahwa UHC adalah indikator administratif yang bersifat perlu, tetapi tidak cukup. Dengan menjadikan Kalimantan Selatan sebagai laboratorium kebijakan, artikel ini memperkenalkan konsep “*governance illusion*”—situasi ketika capaian kepesertaan yang tinggi justru menutupi kerentanan sistemik pada pelayanan, pembiayaan, data, dan akuntabilitas. Kebaruan lain terletak pada penggunaan hasil Monitoring dan Evaluasi (Monev) DJSN serta laporan lapangan kabupaten/kota bukan sebagai catatan teknis, melainkan sebagai bukti kegagalan institusional yang berulang (*recurrent institutional failure*). Artikel ini menggeser fokus analisis dari *what went wrong* menuju *why the system allows it to go wrong repeatedly*. Dengan merangkai enam dimensi tata kelola sebagai satu ekosistem yang saling mengunci, artikel ini melampaui pendekatan sektoral dan menghadirkan kerangka evaluasi JKN berbasis perlindungan efektif, legitimasi institusional, dan keadilan operasional. Dalam literatur kebijakan kesehatan Indonesia, pendekatan ini relatif baru karena menempatkan JKN bukan sekadar skema pembiayaan kesehatan, tetapi sebagai rezim tata kelola publik yang hidup, bernegosiasi, dan sering kali timpang di tingkat implementasi.

### **Implikasi Teoretis dan Praktis**

Implikasi teoretis artikel ini bersifat korektif terhadap arus utama studi JKN yang cenderung normatif dan preskriptif. Temuan penelitian menunjukkan bahwa problem JKN di daerah tidak dapat dijelaskan semata oleh ketidakpatuhan aktor atau keterbatasan sumber daya, melainkan oleh desain tata kelola yang menghasilkan ambiguitas tanggung jawab (*blurred accountability*). Hal ini memperkaya diskursus *Good Public Governance* dengan menegaskan bahwa kolaborasi lintas aktor tanpa kejelasan otoritas dan mekanisme eskalasi justru melahirkan *governance fatigue* dan konflik laten. Secara praktis, artikel ini menantang cara pemerintah daerah memahami perannya: bukan sebagai pelaksana kebijakan pusat, melainkan sebagai arsitek tata kelola JKN lokal yang aktif mengorkestrasi data, pelayanan, pembiayaan, dan pengawasan. Implikasi lanjutannya adalah kebutuhan mendesak untuk menggeser pengawasan JKN dari logika reaktif-administratif menuju pengawasan berbasis risiko, mutu klinis, dan perlindungan peserta. Tanpa reposisi ini, JKN berisiko menjadi sistem yang secara statistik sukses namun secara sosial rapuh. Dengan demikian, artikel ini tidak hanya menawarkan rekomendasi kebijakan, tetapi mengajukan

kritik epistemik terhadap cara negara membaca keberhasilan jaminan sosial kesehatan— dan mengingatkan bahwa kebijakan publik yang kehilangan kepekaan terhadap realitas layanan pada akhirnya kehilangan legitimasi moralnya.

## KESIMPULAN

1. **Dimensi Tata Kelola Regulasi.** Capaian UHC di Kalimantan Selatan belum sepenuhnya ditopang oleh ketanggahan regulasi daerah. Regulasi JKN masih bersifat administratif dan reaktif, belum berfungsi sebagai instrumen stabilisasi kebijakan yang menjamin kesinambungan pembiayaan dan perlindungan layanan. Kesenjangan antara norma hukum dan praktik implementasi menunjukkan bahwa keberhasilan statistik UHC belum identik dengan kematangan tata kelola regulatif.
2. **Dimensi Tata Kelola Kelembagaan.** Kelembagaan JKN di daerah menunjukkan gejala fragmentasi peran dan ambiguitas akuntabilitas. Relasi BPJS Kesehatan, DJSN, kementerian teknis, pemerintah daerah, dan faskes belum sepenuhnya terorkestrasi dalam satu sistem tanggung jawab bersama. Hal ini menghasilkan konflik laten, terutama pada klaim dan pelayanan, yang mencerminkan kegagalan koordinasi struktural, bukan semata persoalan kepatuhan aktor.
3. **Dimensi Tata Kelola Pembiayaan.** Pembiayaan JKN di Kalimantan Selatan telah bergeser dari isu perluasan kepesertaan menuju krisis pengelolaan klaim dan arus kas fasilitas kesehatan. Ketergantungan tinggi pada PBI dan lemahnya kendali mutu-biaya menempatkan rumah sakit dalam dilema antara etika klinis dan tekanan finansial. Sistem pembayaran belum sepenuhnya berfungsi sebagai instrumen pengendali perilaku layanan.
2. **Dimensi Tata Kelola Pelayanan.** Tata kelola pelayanan masih didominasi kepatuhan administratif, bukan keselamatan pasien dan mutu klinis. Sistem rujukan, kepatuhan PNPK, dan perlindungan pasien menunjukkan variasi yang lebar antar fasilitas, menandakan adanya implementation gap antara regulasi dan praktik layanan nyata.
3. **Dimensi Tata Kelola Data dan Teknologi.** Integrasi NIK, kepesertaan, klaim, dan rekam medis masih parsial dan sektoral. Data JKN belum bertransformasi menjadi policy intelligence, sehingga kebijakan daerah kehilangan basis bukti yang kuat dan rawan salah sasaran.
4. **Dimensi Pengawasan dan Akuntabilitas.** Pengawasan JKN belum sepenuhnya berorientasi pada perlindungan efektif. Fraud lebih banyak lahir dari kelemahan sistem ketimbang niat jahat individu, menandakan bahwa pengawasan administratif tanpa integrasi mutu klinis dan data tidak cukup menjamin keberlanjutan JKN.

## REKOMENDASI

1. **Regulasi – Pemerintah Daerah & DPRD.** Pemerintah Provinsi dan kabupaten/kota perlu menyusun regulasi turunan JKN yang berbasis data kepesertaan aktif dan risiko layanan, bukan sekadar pemenuhan UHC administratif. Pergub JKN lintas-OPD harus dilembagakan sebagai instrumen keberlanjutan, bukan keputusan politik tahunan.

2. **Kelembagaan – BPJS, DJSN, Kemenkes, Kemensos, Pemda.** Perlu pelebagaan Forum Komunikasi dan Koordinasi JKN sebagai *decision-making* arena, bukan forum seremonial. Pemerintah daerah harus berperan sebagai orkestrator tata kelola, bukan sekadar fasilitator administratif.
3. **Pembiayaan – BPJS Kesehatan & Faskes.** Implementasi IDRG harus disertai verifikasi klaim tunggal, penguatan *clinical coding*, dan pemanfaatan data klaim sebagai instrumen kendali mutu-biaya. Pemerintah daerah wajib menjamin kepastian pembayaran PBI APBD agar rumah sakit tidak menanggung risiko kebijakan.
4. **Pelayanan – Dinkes, Faskes, Organisasi Profesi.** SISRUITE harus direposisi sebagai instrumen keselamatan pasien berbasis risiko dengan eskalasi klinis dan audit rujukan. Kepatuhan PNPk dan discharge planning harus menjadi indikator kinerja utama, bukan sekadar kelengkapan dokumen.
5. **Data dan Teknologi – Dukcapil, BPJS, Dinkes.** Diperlukan satu kerangka data *governance* JKN daerah berbasis NIK, dengan dashboard real-time yang dipakai untuk perencanaan APBD, pengendalian klaim, dan evaluasi layanan. Digitalisasi tanpa interoperabilitas harus dihentikan.
6. **Pengawasan – APIP, SPI RS, Masyarakat.** Pengawasan JKN harus bergeser menuju risk-based and concurrent oversight. Penguatan SPI, audit klinis aktif, serta pengaduan publik berbasis respons cepat ( $\leq 3 \times 24$  jam) wajib dijadikan standar operasional provinsi.

#### UCAPAN TERIMA KASIH

*Artikel ini lahir dari proses belajar kolektif dalam ruang kerja dan ruang refleksi. Penulis menyampaikan terima kasih yang tulus kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan, serta Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan, beserta seluruh rekan kerja yang dengan keterbukaan dan keteladanan profesional telah memperkaya pemahaman penulis tentang tata kelola Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam tiga bulan pertama sejak mutasi dari Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru, pengalaman lapangan, diskusi kebijakan, dan praktik sehari-hari menjadi sumber pembelajaran yang bermakna. Artikel ini juga disampaikan dalam forum tata kelola JKN di Banjarbaru, Desember 2025, sebagai kontribusi kecil bagi penguatan integritas dan keberlanjutan JKN. --- Dr. Ahyar Wahyudi, S.Kep.Ns., M.Kep., FISQua, CISHR, FRSPH, FIHFAA.*

#### DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., ... Thabrany, H. (2018). Universal health coverage in Indonesia: Concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2021). Statistik Jaminan Kesehatan Nasional 2016–2021. BPJS Kesehatan.

- Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Selatan. (2025). Persentase penduduk yang memiliki jaminan kesehatan menurut kabupaten/kota dan jenis jaminan di Provinsi Kalimantan Selatan. BPS Provinsi Kalimantan Selatan.
- Bakhtiar, R. (2021). Ketanggapan pemerintah daerah terhadap sasaran roadmap jaminan kesehatan nasional tahun 2014–2019 di Provinsi Kalimantan Timur. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 10(3), 145–156.
- Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., & Cortez, R. (2015). Going universal: How 24 developing countries are implementing universal health coverage reforms from the bottom up. World Bank Group.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2022). Statistik JKN dan analisis keberlanjutan pembiayaan. DJSN RI.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2025a). Poin temuan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional Provinsi Kalimantan Selatan. DJSN RI.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2025b). Kesimpulan dan rekomendasi fokus group discussion monitoring dan evaluasi JKN di Provinsi Kalimantan Selatan. DJSN RI.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2025c). Tindak lanjut permasalahan JKN di Provinsi Kalimantan Selatan. DJSN RI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Kotabaru. (2025). Laporan monitoring dan evaluasi JKN Triwulan III Tahun 2025. Pemerintah Kabupaten Kotabaru.
- Emerson, K., & Nabatchi, T. (2015). Collaborative governance regimes. Georgetown University Press.
- Kurhayadi, K., & Susniwati, S. (2020). Kolaborasi tata kelola program BPJS dalam penanggulangan defisit program BPJS Kesehatan. *JIMEA: Jurnal Ilmiah MEA (Manajemen, Ekonomi, dan Akuntansi)*, 4(2), 349–360.
- Media Center Provinsi Kalimantan Selatan. (2025). Pemprov Kalsel berkomitmen mewujudkan pelayanan kesehatan inklusif dan merata melalui forum kemitraan JKN-KIS. Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan.
- Moeis, A. I. A. (2025). Transformasi sistem pembiayaan JKN: Dari INA-CBG's menuju Indonesia Diagnosis Related Groups (IDRG). Prosiding Seminar Nasional KARS–FPH UI.
- Novitasari, D. (2025). Good public governance dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional: Tantangan akuntabilitas dan transparansi layanan. *BMC Health Services Research*, 25, 892. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-00892>
- Obermann, K., Chanturidze, T., Glazinski, B., Dobberschuetz, K., Steinhauer, H., & Schmidt, J. O. (2018). The shaded side of the UHC cube: A systematic review of human resources for health management in social health protection schemes. *Health Economics Review*, 8(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13561-018-0194-4>
- Republik Indonesia. (2004). Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Republik Indonesia. (2011). Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

- Situmorang, R., Nugroho, R., & Pratama, Y. (2026). Governance gap dalam implementasi jaminan kesehatan nasional di daerah. *Journal of Health Policy and Management*, 11(1), 45–59.
- Teguh, M. J. (2025, July 30). Menjaga keberlanjutan dan memperkuat tata kelola BPJS Kesehatan. *detikNews*. <https://news.detik.com/kolom/d-8036790/menjaga-keberlanjutan-dan-memperkuat-tata-kelola-bpjs-kesehatan>
- Thabrany, H. (2014). *Jaminan kesehatan nasional (Edisi ke-2)*. Rajagrafindo Persada.
- Wahyudi, A. (2025). Tata kelola sistem rujukan dan keselamatan pasien dalam era JKN. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 14(2), 101–114.
- Wiasa, I. N. D. (2022). *Jaminan kesehatan nasional yang berkeadilan menuju kesejahteraan sosial*. CV Feniks Muda Sejahtera.
- World Health Organization. (2023). *Strengthening referral systems for universal health coverage*. WHO Press.