

LAPORAN EVALUATIF JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KALIMANTAN SELATAN: ANTARA KEPESERTAAN TINGGI DAN RISIKO KEBERLANJUTAN TAHUN 2025

Ahyar Wahyudi, Rasyid Ridha, Ristanti Sulistyo Rini, Arlan Prabowo
Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan

Artikel info	ABSTRAK
Corresponding Author: Ahyar Wahyudi orange.kelabu@gmail.com Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan	<i>Universal Health Coverage</i> (UHC) merupakan pilar utama pembangunan kesehatan yang menjamin setiap warga negara memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa menghadapi kesulitan finansial. Provinsi Kalimantan Selatan secara administratif telah mencapai cakupan UHC sebesar 99,59 persen pada tahun 2025, bahkan beberapa kabupaten/kota melampaui 100 persen. Laporan ini bertujuan menganalisis capaian tersebut secara kritis dengan menempatkannya dalam perspektif keberlanjutan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Metodologi yang digunakan adalah pendekatan deskriptif–analitis berbasis evaluasi kebijakan, dengan memanfaatkan data sekunder dari laporan pelaksanaan JKN daerah, dokumen kebijakan, serta literatur nasional dan internasional. Hasil analisis menunjukkan bahwa capaian UHC yang tinggi belum sepenuhnya mencerminkan perlindungan kesehatan yang substantif. Ditemukan sejumlah tantangan struktural, antara lain anomali validitas data kepesertaan, tingginya proporsi peserta tidak aktif, serta kerentanan pembiayaan pada kelompok pekerja sektor informal. Keaktifan peserta muncul sebagai titik lemah utama UHC, sementara kelemahan integrasi data dan desain subsidi memperkuat risiko eksklusi terselubung. Laporan ini menyimpulkan bahwa keberhasilan UHC pasca pencapaian administratif menuntut pergeseran paradigma kebijakan dari ekspansi kepesertaan menuju penguatan tata kelola, keberlanjutan pembiayaan, dan perlindungan kesehatan yang efektif serta berkeadilan. Keywords: <i>Universal Health Coverage ; Jaminan Kesehatan Nasional; keaktifan peserta; tata kelola kesehatan; validitas data; keberlanjutan kebijakan</i> This article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan telah lama diakui sebagai hak dasar warga negara dan bagian yang tidak terpisahkan dari pembangunan manusia. Secara global, prinsip UHC menegaskan bahwa setiap individu harus dapat mengakses layanan kesehatan yang dibutuhkan, kapan

dan di mana diperlukan, tanpa menghadapi kesulitan finansial. Namun, pengalaman berbagai negara menunjukkan bahwa pencapaian UHC tidak semata ditentukan oleh tingkat cakupan kepesertaan, melainkan sangat dipengaruhi oleh kualitas tata kelola, keberlanjutan pembiayaan, serta kapasitas implementasi kebijakan di tingkat lokal. Dengan kata lain, UHC merupakan agenda kebijakan yang kompleks dan multidimensional, yang keberhasilannya tidak dapat direduksi menjadi capaian angka semata.

Berbagai studi lintas negara menempatkan pemerintah daerah sebagai aktor kunci dalam menerjemahkan kebijakan kesehatan nasional ke dalam praktik pelayanan sehari-hari. Penelitian Khadka et al. (2025) di Nepal menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan kesehatan nasional sangat dipengaruhi oleh kesiapan infrastruktur, kecukupan sumber daya manusia, kapasitas fiskal, serta pemanfaatan teknologi di tingkat lokal. Bahkan dalam sistem yang telah memiliki kerangka kebijakan nasional yang relatif matang, lemahnya koordinasi, keterbatasan sumber daya, dan rendahnya kapasitas implementasi di daerah dapat menghambat pencapaian tujuan kebijakan secara substantif.

Indonesia menghadapi tantangan serupa dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang merupakan salah satu skema asuransi kesehatan tunggal terbesar di dunia. Sejak diluncurkan pada tahun 2014, JKN berhasil mencapai cakupan hampir menyeluruh, dengan tingkat kepesertaan nasional mendekati 98 persen populasi pada tahun 2024. Kendati demikian, berbagai kajian menunjukkan bahwa capaian tersebut belum sepenuhnya mencerminkan keberhasilan UHC dalam pengertian yang utuh, khususnya terkait keberlanjutan perlindungan kesehatan dan pemerataan akses layanan (Susilo et al., 2025).

Penelitian Susilo et al. (2025) mengungkapkan bahwa implementasi JKN masih dihadapkan pada persoalan struktural, mulai dari kesulitan pembayaran iuran oleh pekerja sektor informal, ketimpangan distribusi tenaga kesehatan antarwilayah, hingga kelemahan sistem informasi dalam memantau peserta bersubsidi. Kondisi ini menimbulkan paradoks kebijakan: cakupan kepesertaan tinggi, namun keaktifan peserta dan kualitas akses layanan masih timpang. Dalam jangka panjang, ketimpangan tersebut berkontribusi pada tekanan fiskal dan meningkatnya risiko defisit pembiayaan JKN.

Dimensi pembiayaan menjadi salah satu isu paling krusial dalam keberlanjutan JKN. Data nasional menunjukkan bahwa penerimaan iuran belum sebanding dengan laju peningkatan biaya pelayanan kesehatan, terutama akibat dominasi layanan kuratif dan belum optimalnya pendekatan promotif–preventif. Tekanan fiskal ini semakin diperberat oleh rendahnya tingkat kepesertaan aktif, khususnya pada kelompok Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan peserta mandiri. Situasi tersebut menegaskan bahwa keberhasilan JKN tidak hanya ditentukan oleh desain kebijakan nasional, tetapi sangat bergantung pada kapasitas pemerintah daerah dalam mengelola pembiayaan, melakukan pendataan yang akurat, serta membangun mekanisme perlindungan sosial yang adaptif terhadap dinamika ekonomi masyarakat.

Selain pembiayaan, tantangan implementasi JKN juga berkaitan erat dengan tata kelola data dan sistem informasi kesehatan. Studi nasional oleh Aisyah et al. (2025) menemukan fragmentasi yang signifikan dalam pemanfaatan *health information systems* di

fasilitas pelayanan kesehatan primer. Banyak puskesmas harus mengelola puluhan sistem informasi yang tidak terintegrasi, di tengah keterbatasan infrastruktur digital dan kapasitas sumber daya manusia. Fragmentasi ini berdampak langsung pada kualitas pengambilan keputusan, termasuk dalam pemutakhiran data kepesertaan JKN dan perencanaan layanan kesehatan berbasis kebutuhan riil masyarakat.

Dalam kerangka desentralisasi pemerintahan, tantangan-tantangan tersebut menempatkan pemerintah daerah pada posisi yang strategis sekaligus rentan. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah menegaskan kewenangan daerah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagai urusan wajib. Selanjutnya, Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 mendorong optimalisasi pelaksanaan JKN melalui penguatan peran pemerintah daerah dalam perluasan kepesertaan, peningkatan keaktifan peserta, serta integrasi kebijakan lintas sektor. Dengan demikian, capaian UHC di Indonesia pada dasarnya merupakan refleksi langsung dari kapasitas tata kelola di tingkat subnasional.

Di Provinsi Kalimantan Selatan, penyelenggaraan JKN diintegrasikan dengan visi pembangunan daerah KALSEL BEKERJA (Berkelanjutan, Berbudaya, Religi, dan Sejahtera), yang menempatkan pembangunan manusia unggul sebagai prioritas utama. Secara agregat, provinsi ini menunjukkan capaian UHC yang sangat tinggi. Namun, capaian tersebut menyimpan tantangan laten berupa kesenjangan keaktifan peserta, persoalan validitas data kepesertaan, serta tekanan pembiayaan yang berpotensi mengganggu keberlanjutan perlindungan kesehatan. Pengalaman berbagai daerah menunjukkan bahwa capaian administratif tanpa penguatan tata kelola berisiko menciptakan ilusi keberhasilan kebijakan.

Temuan-temuan dari berbagai studi empiris dan laporan kebijakan nasional memperkuat argumen bahwa keberhasilan JKN tidak cukup diukur melalui angka cakupan semata. The PRAKARSA (2025) menegaskan bahwa meskipun indeks UHC nasional menunjukkan tren peningkatan, jutaan penduduk masih mengalami pengeluaran kesehatan katastrofik dan risiko pemiskinan akibat biaya kesehatan. Kesenjangan ini paling nyata dirasakan oleh kelompok masyarakat miskin dan rentan, serta wilayah di luar pusat pertumbuhan ekonomi nasional.

Berdasarkan kondisi tersebut, penyusunan laporan ini menjadi penting dan mendesak sebagai instrumen reflektif sekaligus strategis. Laporan ini disusun untuk menganalisis secara mendalam capaian Universal Health UHC juga dari perspektif keberlanjutan dan kualitas perlindungan kesehatan. Analisis ini mencakup evaluasi atas validitas data kepesertaan JKN dan implikasinya terhadap tata kelola kebijakan, identifikasi keaktifan peserta sebagai titik lemah struktural dalam pencapaian UHC, serta penelaahan faktor-faktor penyebab non-aktifnya peserta sebagai masalah sistemik dalam penyelenggaraan JKN. Dengan memadukan analisis data kuantitatif, temuan empiris, dan kerangka kebijakan nasional, laporan ini diharapkan dapat menjadi dasar pengambilan keputusan yang lebih berbasis bukti, adaptif terhadap dinamika daerah, serta selaras dengan tujuan jangka panjang pembangunan kesehatan yang berkeadilan dan berkelanjutan.

METODE

Laporan ini menggunakan pendekatan deskriptif–analitis berbasis evaluasi kebijakan kesehatan untuk menilai capaian, tantangan, dan implikasi pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2025. Pendekatan ini memungkinkan analisis yang tidak terbatas pada capaian kuantitatif-administratif, tetapi juga mencakup kualitas tata kelola dan keberlanjutan kebijakan UHC.

Data yang dianalisis merupakan data sekunder yang bersumber dari Laporan Tahunan Pelaksanaan JKN Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2025, dokumen BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, serta regulasi nasional dan daerah yang relevan. Variabel utama meliputi cakupan kepesertaan JKN, capaian UHC, tingkat keaktifan peserta, klasifikasi kepesertaan PBI dan non-PBI, serta dinamika pembiayaan dan tata kelola program.

Analisis dilakukan melalui tiga tahapan: (1) analisis deskriptif kuantitatif untuk memetakan capaian kepesertaan, keaktifan peserta, dan distribusi UHC antarwilayah; (2) analisis kebijakan kualitatif dengan mengaitkan temuan daerah pada kerangka konseptual UHC serta bukti nasional dan internasional; dan (3) analisis interpretatif untuk mengidentifikasi kesenjangan implementasi, faktor struktural, dan implikasi kebijakan jangka menengah–panjang. Validitas analisis dijaga melalui triangulasi sumber, dengan mengintegrasikan data administratif, literatur ilmiah, dan kerangka normatif UHC. Dengan pendekatan ini, laporan berfungsi sebagai instrumen policy learning yang mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti dan berorientasi pada keberlanjutan perlindungan kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Capaian UHC di Kalimantan Selatan

Hasil analisis menunjukkan bahwa Provinsi Kalimantan Selatan secara agregat telah mencapai cakupan UHC sebesar 99,59% per Desember 2025, sebuah capaian yang secara administratif menempatkan provinsi ini dalam kategori daerah dengan performa sangat tinggi dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Bahkan, lima kabupaten/kota tercatat memiliki angka capaian di atas 100 persen, yaitu Kabupaten Kotabaru (101,89%), Kabupaten Balangan (100,71%), Kota Banjarbaru (100,52%), Kabupaten Tanah Bumbu (100,44%), dan Kabupaten Hulu Sungai Utara (100,41%). Secara sepintas, angka-angka ini merepresentasikan keberhasilan negara dan pemerintah daerah dalam memenuhi mandat konstitusional terkait pemenuhan hak dasar kesehatan warga negara.

Namun, dalam perspektif kebijakan kesehatan modern, capaian UHC tidak dapat dimaknai secara sempit sebagai keberhasilan numerik semata. *World Health Organization* menegaskan bahwa UHC merupakan konsep multidimensional yang mencakup cakupan kepesertaan, akses terhadap layanan esensial, kualitas pelayanan, serta perlindungan finansial dari risiko pengeluaran kesehatan katastrofik (*World Health Organization [WHO]*, 2023). Dengan demikian, capaian administratif yang sangat tinggi—bahkan melampaui 100 persen—justru menuntut pembacaan yang lebih kritis dan reflektif terhadap mekanisme

pendataan, kualitas tata kelola, serta keberlanjutan perlindungan kesehatan yang sesungguhnya dialami oleh masyarakat.

Fenomena capaian di atas 100 persen secara teoritis tidak mungkin terjadi dalam pengukuran populasi yang valid dan terverifikasi secara ketat. Oleh karena itu, kondisi ini lebih tepat dipahami sebagai indikasi adanya anomali administratif, yang berkaitan dengan dinamika data kependudukan, migrasi penduduk, serta keterlambatan atau ketidaksinkronan pembaruan data antarinstansi. Dalam JKN, ketergantungan pada data kependudukan yang belum sepenuhnya terintegrasi dengan sistem kepesertaan BPJS Kesehatan berpotensi menghasilkan overestimation cakupan, terutama di daerah dengan mobilitas penduduk tinggi atau wilayah perbatasan administratif antar kabupaten/kota.

Literatur internasional menyebut kondisi ini sebagai *coverage illusion*, yakni situasi ketika tingkat kepesertaan formal tinggi, tetapi tidak sepenuhnya mencerminkan tingkat perlindungan kesehatan yang nyata (*effective coverage*) (Kutzin et al., 2017). *Effective coverage* menekankan bahwa seseorang tidak hanya terdaftar sebagai peserta, tetapi juga mampu mengakses layanan yang dibutuhkan, menerima pelayanan bermutu, dan terlindungi dari beban finansial yang berlebihan. Tanpa dimensi tersebut, UHC berisiko tereduksi menjadi capaian administratif yang miskin makna substantif.

Di Kalimantan Selatan, capaian UHC yang sangat tinggi perlu dibaca bersamaan dengan indikator lain, khususnya tingkat keaktifan peserta, distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan, serta kemampuan fiskal daerah dalam menjamin keberlanjutan pembiayaan JKN. Pengalaman nasional menunjukkan bahwa perluasan kepesertaan yang agresif, jika tidak diimbangi dengan penguatan tata kelola dan pembiayaan yang adaptif, justru dapat menciptakan tekanan struktural pada sistem kesehatan. Susilo et al. (2025) menegaskan bahwa di Indonesia, keberhasilan JKN dalam mencapai hampir seluruh populasi belum sepenuhnya diikuti oleh peningkatan akses layanan yang merata dan berkelanjutan, terutama di luar wilayah perkotaan dan pusat pertumbuhan ekonomi.

Capaian UHC di Kalimantan Selatan juga perlu dianalisis dalam kerangka desentralisasi pemerintahan. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 memberikan kewenangan luas kepada pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Dalam kerangka ini, keberhasilan administratif UHC dapat dipahami sebagai hasil dari komitmen politik daerah, koordinasi lintas sektor, serta dukungan fiskal melalui APBD. Namun, keberhasilan tersebut sekaligus menempatkan pemerintah daerah pada posisi yang rentan, karena semakin tinggi cakupan kepesertaan, semakin besar pula tanggung jawab fiskal dan manajerial untuk menjamin keberlanjutan program.

Studi komparatif di negara lain menunjukkan bahwa tantangan utama pasca-pencapaian UHC bukan lagi soal pendaftaran, melainkan manajemen risiko dan keberlanjutan sistem. Penelitian Khadka et al. (2025) di Nepal menunjukkan bahwa meskipun kebijakan kesehatan nasional telah tersedia dan relatif dipahami oleh aktor lokal, implementasi di tingkat daerah sangat dipengaruhi oleh kapasitas institusional, ketersediaan sumber daya, dan pemanfaatan teknologi. Temuan ini relevan dengan konteks Kalimantan Selatan, di mana capaian UHC yang tinggi harus diikuti oleh penguatan kapasitas tata kelola agar tidak berubah menjadi beban administratif dan fiskal di kemudian hari.

Selain itu, capaian UHC yang hampir menyeluruh juga berimplikasi pada dinamika permintaan layanan kesehatan. Dengan semakin banyaknya penduduk yang terlindungi secara formal, potensi peningkatan utilisasi layanan menjadi keniscayaan. Tanpa perencanaan layanan yang matang dan distribusi fasilitas kesehatan yang adil, kondisi ini berpotensi memperlebar kesenjangan akses antarwilayah, terutama antara kawasan perkotaan dan perdesaan. WHO (2023) mengingatkan bahwa banyak negara dengan cakupan asuransi tinggi justru menghadapi stagnasi atau bahkan penurunan kualitas layanan akibat sistem yang terlalu berfokus pada sisi permintaan (*demand-side*) tanpa memperkuat sisi penyedia (*supply-side*).

Dengan demikian, capaian UHC di Kalimantan Selatan perlu diposisikan sebagai titik awal evaluasi kebijakan, bukan titik akhir keberhasilan. Angka 99,59 persen dan capaian di atas 100 persen harus dibaca secara kritis sebagai sinyal perlunya perbaikan sistem pendataan, penguatan integrasi data kependudukan dan kesehatan, serta penajaman indikator kinerja UHC yang lebih substantif. Tanpa langkah korektif tersebut, keberhasilan administratif berisiko menciptakan ilusi keberhasilan kebijakan, sementara tantangan struktural terkait keaktifan peserta, kualitas layanan, dan keberlanjutan pembiayaan tetap mengendap di bawah permukaan.

Validitas Data Kepesertaan dan Anomali Capaian UHC

Capaian UHC yang sangat tinggi di Kalimantan Selatan, termasuk temuan angka di atas 100 persen pada beberapa kabupaten/kota, secara metodologis menuntut evaluasi mendalam terhadap validitas data kepesertaan JKN. Dalam laporan pelaksanaan JKN 2025, anomali tersebut dijelaskan sebagai akibat dari belum optimalnya verifikasi perpindahan penduduk serta lemahnya sinkronisasi data antar-SKPD, khususnya antara Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil, Dinas Sosial, dan BPJS Kesehatan. Kondisi ini berdampak langsung pada kesulitan menghitung jumlah peserta aktif secara akurat serta menurunkan reliabilitas indikator kinerja UHC.

Dalam perspektif kebijakan publik, validitas data bukan sekadar persoalan teknis, melainkan fondasi utama dalam pengambilan keputusan berbasis bukti (*evidence-based policy*). Data kepesertaan JKN menjadi rujukan dalam perencanaan anggaran, penetapan besaran bantuan iuran PBI, pengukuran kinerja pemerintah daerah, hingga evaluasi keberlanjutan fiskal sistem jaminan kesehatan. Ketika data tersebut mengandung bias struktural, maka seluruh rantai kebijakan yang bergantung padanya berisiko mengalami distorsi.

Literatur internasional menegaskan bahwa sistem jaminan kesehatan berbasis asuransi sosial sangat rentan terhadap masalah data fragmentation, terutama di negara dengan sistem administrasi yang terdesentralisasi. Aisyah et al. (2025) menunjukkan bahwa sistem informasi kesehatan di Indonesia masih sangat terfragmentasi, dengan banyaknya platform yang tidak saling terintegrasi, beban pelaporan yang tinggi, serta keterbatasan kapasitas sumber daya manusia. Fragmentasi ini tidak hanya menurunkan efisiensi kerja fasilitas kesehatan, tetapi juga menciptakan blind spots dalam pemantauan kepesertaan dan utilisasi layanan.

Di Kalimantan Selatan, anomali data UHC di atas 100 persen dapat dibaca sebagai manifestasi dari ketegangan antara logika administratif dan dinamika sosial kependudukan. Mobilitas penduduk antar kabupaten/kota, perubahan status sosial-ekonomi, serta keterlambatan pemutakhiran data kependudukan menyebabkan individu tetap tercatat sebagai peserta di lebih dari satu wilayah administratif atau tidak segera dikeluarkan dari basis data ketika berpindah domisili. Akibatnya, jumlah peserta terdaftar tidak lagi merepresentasikan populasi riil yang seharusnya dilindungi.

Fenomena ini sejalan dengan konsep *administrative inflation*, di mana indikator kinerja meningkat bukan karena perbaikan substantif, melainkan karena kelemahan mekanisme pencatatan (Bevan & Hood, 2006). Secara UHC, *administrative inflation* berbahaya karena menciptakan ilusi keberhasilan kebijakan, sementara persoalan mendasar terkait keaktifan peserta, akses layanan, dan kualitas pelayanan tetap tersembunyi. Hal ini memperkuat argumen bahwa capaian UHC harus dianalisis secara kritis dan tidak semata dijadikan dasar klaim keberhasilan.

Masalah validitas data juga berkaitan erat dengan ketepatan sasaran subsidi Penerima Bantuan Iuran (PBI). Ketidaksinkronan data sosial dan kependudukan menyebabkan sebagian masyarakat miskin belum terdaftar sebagai PBI, sementara individu yang secara ekonomi sudah tidak memenuhi kriteria tetap tercatat sebagai penerima bantuan. The PRAKARSA (2025) menegaskan bahwa kesalahan sasaran subsidi merupakan salah satu penyebab utama rendahnya efektivitas perlindungan finansial dalam sistem JKN, meskipun cakupan kepesertaan secara nasional sudah sangat tinggi.

Dari perspektif tata kelola, kondisi ini mencerminkan lemahnya mekanisme *whole-of-government approach* dalam penyelenggaraan JKN di tingkat daerah. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 secara eksplisit menekankan pentingnya integrasi lintas sektor dalam optimalisasi pelaksanaan JKN. Namun, temuan di lapangan menunjukkan bahwa koordinasi antar instansi masih bersifat sektoral dan reaktif, belum terbangun sebagai sistem yang terinstitusionalisasi dan berkelanjutan. Akibatnya, proses rekonsiliasi data sering kali bersifat temporer dan bergantung pada inisiatif individual, bukan mekanisme sistemik.

Pengalaman negara lain menunjukkan bahwa reformasi sistem jaminan kesehatan pasca-pencapaian UHC sangat bergantung pada penguatan sistem data dan informasi. Studi di Nepal oleh Khadka et al. (2025) menemukan bahwa pemanfaatan teknologi informasi secara rutin meningkatkan peluang keberhasilan implementasi kebijakan kesehatan secara signifikan. Temuan ini relevan bagi Kalimantan Selatan, di mana integrasi data kependudukan, sosial, dan kesehatan menjadi prasyarat mutlak untuk menjaga akurasi indikator UHC dan memastikan keberlanjutan kebijakan.

Lebih jauh, kelemahan validitas data memiliki implikasi fiskal yang tidak kecil. Ketika jumlah peserta terdaftar melebihi populasi riil atau tidak mencerminkan status sosial-ekonomi sebenarnya, perencanaan anggaran menjadi tidak presisi. Pemerintah daerah berisiko mengalokasikan anggaran berdasarkan asumsi yang keliru, sementara BPJS Kesehatan menghadapi ketidakpastian dalam proyeksi penerimaan iuran dan beban klaim. Dalam jangka panjang, kondisi ini dapat memperburuk tekanan fiskal JKN dan menurunkan kepercayaan publik terhadap sistem jaminan kesehatan.

Dengan demikian, isu validitas data dalam capaian UHC Kalimantan Selatan tidak dapat dipandang sebagai persoalan teknis semata, melainkan sebagai masalah struktural tata kelola. Perbaikan validitas data menuntut lebih dari sekadar rekonsiliasi berkala; dibutuhkan integrasi sistem informasi lintas sektor, penegasan peran dan tanggung jawab kelembagaan, serta pemanfaatan teknologi digital yang adaptif terhadap dinamika kependudukan. Tanpa perbaikan mendasar tersebut, capaian UHC yang tinggi berisiko menjadi rapuh dan sulit dipertahankan secara berkelanjutan.

Keaktifan Peserta sebagai Titik Lemah Universal Health Coverage

Meskipun capaian kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kalimantan Selatan tergolong sangat tinggi, hasil laporan menunjukkan bahwa sekitar 20% peserta masih berstatus tidak aktif, dengan pola keaktifan yang cenderung fluktuatif dan menunjukkan tren penurunan di hampir seluruh kabupaten/kota. Temuan ini menggeser fokus evaluasi dari keberhasilan administratif pendaftaran menuju persoalan yang lebih substantif, yakni keberlanjutan kepesertaan (*continuity of coverage*). Dalam kerangka UHC, keberlanjutan ini merupakan prasyarat utama agar perlindungan kesehatan benar-benar efektif, bukan sekadar formalitas kepesertaan.

Konsep *continuity of coverage* menekankan bahwa individu harus terlindungi secara berkelanjutan sepanjang siklus hidupnya, terutama ketika menghadapi risiko kesehatan yang tinggi. Ketidakeaktifan peserta—baik karena tunggakan iuran maupun putusnya kepesertaan—mengakibatkan celah perlindungan yang berpotensi menimbulkan dampak sosial dan ekonomi yang serius. Literatur global menegaskan bahwa UHC yang efektif tidak diukur dari jumlah kartu kepesertaan yang diterbitkan, melainkan dari kemampuan sistem untuk menjaga individu tetap terlindungi saat mereka paling membutuhkan layanan kesehatan (World Health Organization, 2023).

Fenomena rendahnya keaktifan peserta di Kalimantan Selatan konsisten dengan temuan nasional dan internasional. Susilo et al. (2025) menunjukkan bahwa di Indonesia, kelompok Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBPU) dan sektor informal merupakan kontributor terbesar peserta tidak aktif. Karakteristik sektor informal—pendapatan yang tidak stabil, minimnya jaminan sosial, serta prioritas pengeluaran yang bersifat jangka pendek—membuat pembayaran iuran secara rutin menjadi tantangan struktural. Dalam kondisi ini, desain pembiayaan JKN yang relatif kaku berisiko tidak sejalan dengan realitas ekonomi kelompok rentan.

Dari perspektif kebijakan kesehatan, rendahnya keaktifan peserta menciptakan paradoks UHC. Di satu sisi, negara berhasil memperluas kepesertaan hampir ke seluruh populasi; di sisi lain, sebagian signifikan dari peserta tersebut tidak menikmati perlindungan secara berkelanjutan. Kutzin et al. (2017) menyebut kondisi ini sebagai nominal *coverage without effective protection*, yakni situasi ketika cakupan formal tinggi tetapi manfaat perlindungan tidak sepenuhnya terwujud. Paradoks ini berbahaya karena dapat menimbulkan rasa aman semu di tingkat pembuat kebijakan, sementara risiko kesehatan dan finansial tetap ditanggung oleh individu dan rumah tangga.

Di Kalimantan Selatan, keaktifan peserta yang fluktuatif juga mencerminkan keterbatasan intervensi kebijakan yang masih berfokus pada sisi administratif. Upaya perluasan kepesertaan cenderung dilakukan melalui pendekatan pendaftaran massal, sementara strategi untuk menjaga keaktifan peserta—seperti skema iuran yang lebih adaptif, mekanisme penyangga saat pendapatan menurun, atau integrasi dengan program perlindungan sosial lain—belum sepenuhnya terinstitusionalisasi. Akibatnya, ketika kondisi ekonomi rumah tangga memburuk, kepesertaan JKN menjadi salah satu pos pengeluaran pertama yang dikorbankan.

Masalah keaktifan peserta juga memiliki implikasi langsung terhadap keberlanjutan fiskal sistem JKN. Ketika proporsi peserta tidak aktif meningkat, basis penerimaan iuran menyempit, sementara beban klaim tetap atau bahkan meningkat akibat *adverse selection*. Individu yang tetap aktif cenderung adalah mereka yang memiliki kebutuhan layanan kesehatan lebih tinggi, sedangkan individu yang relatif sehat lebih mudah keluar dari sistem ketika menghadapi kesulitan ekonomi. Fenomena ini memperbesar risiko ketidakseimbangan finansial dan memperkuat tekanan defisit jangka panjang, sebagaimana dicatat dalam berbagai analisis pembiayaan JKN di tingkat nasional (Susilo et al., 2025).

Lebih jauh, rendahnya keaktifan peserta juga menimbulkan implikasi sosial yang signifikan. Kelompok yang paling rentan menjadi peserta tidak aktif sering kali adalah rumah tangga miskin dan hampir miskin (*near-poor*), yang berada di luar cakupan Penerima Bantuan Iuran (PBI) namun belum memiliki kapasitas ekonomi yang stabil. Ketika kelompok ini kehilangan keaktifan kepesertaan, risiko pengeluaran kesehatan katastrofik meningkat tajam dan berpotensi mendorong rumah tangga kembali jatuh ke dalam kemiskinan. Temuan The PRAKARSA (2025) menunjukkan bahwa meskipun cakupan JKN tinggi, jutaan rumah tangga di Indonesia masih menghadapi beban *out-of-pocket* yang signifikan, terutama di kelompok pendapatan terbawah.

Dari perspektif tata kelola, rendahnya keaktifan peserta mengindikasikan perlunya pergeseran paradigma kebijakan. Keberhasilan UHC tidak lagi dapat diukur hanya melalui indikator pendaftaran, melainkan harus memasukkan indikator retensi kepesertaan, stabilitas pembayaran iuran, dan kesinambungan akses layanan. Negara-negara yang berhasil menjaga keaktifan peserta dalam jangka panjang umumnya mengombinasikan asuransi kesehatan dengan kebijakan perlindungan sosial yang lebih luas, termasuk subsidi berskala fleksibel, mekanisme penangguhan iuran saat krisis ekonomi, serta integrasi dengan sistem jaminan sosial lainnya.

Dengan demikian, temuan bahwa sekitar 20% peserta JKN di Kalimantan Selatan berstatus tidak aktif harus dipahami sebagai titik lemah struktural dalam pencapaian UHC. Tanpa intervensi kebijakan yang secara eksplisit menargetkan keberlanjutan kepesertaan, capaian UHC yang tinggi berisiko rapuh dan tidak berkelanjutan. Subbab ini menegaskan bahwa tantangan utama JKN di tingkat daerah telah bergeser dari ekspansi kepesertaan menuju penguatan mekanisme perlindungan yang mampu menjaga peserta tetap aktif, terlindungi, dan aman secara finansial sepanjang waktu.

Faktor Penyebab Non-Aktifnya Peserta Jaminan Kesehatan Nasional

Hasil laporan pelaksanaan JKN di Kalimantan Selatan mengidentifikasi tiga faktor utama yang berkontribusi terhadap tingginya proporsi peserta tidak aktif, yakni kendala ekonomi, kelemahan manajemen data, dan rendahnya kesadaran masyarakat. Ketiga faktor ini tidak berdiri sendiri, melainkan saling berkelindan dan membentuk masalah struktural yang secara kolektif melemahkan keberlanjutan kepesertaan JKN. Analisis mendalam terhadap ketiga faktor tersebut menunjukkan bahwa persoalan non-aktifnya peserta bukan sekadar kegagalan individu dalam memenuhi kewajiban iuran, melainkan refleksi dari keterbatasan desain kebijakan dan tata kelola sistem jaminan kesehatan.

Dari aspek ekonomi, mayoritas peserta non-aktif berasal dari segmen Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBPU) atau peserta mandiri kelas 3 yang sangat rentan terhadap fluktuasi pendapatan. Karakteristik sektor informal yang mendominasi struktur ketenagakerjaan di banyak wilayah Kalimantan Selatan membuat pendapatan rumah tangga bersifat tidak tetap, bergantung pada musim, permintaan pasar, dan kondisi ekonomi lokal. Dalam situasi seperti ini, kewajiban membayar iuran bulanan dengan besaran tetap sering kali menjadi beban yang sulit diprioritaskan, terutama ketika rumah tangga harus memilih antara kebutuhan dasar sehari-hari dan pembayaran iuran kesehatan.

Temuan ini memperkuat argumen Susilo et al. (2025) bahwa desain pembiayaan JKN saat ini belum sepenuhnya adaptif terhadap realitas ekonomi sektor informal. Tanpa mekanisme subsidi berskala fleksibel (*sliding-scale subsidies*) atau skema penyesuaian iuran berbasis kemampuan membayar, sistem JKN berisiko menciptakan eksklusi terselubung terhadap kelompok rentan. Secara formal mereka tercakup sebagai peserta, namun secara substantif mereka tidak terlindungi karena ketidakmampuan mempertahankan keaktifan kepesertaan. Dalam perspektif UHC, kondisi ini bertentangan dengan prinsip keadilan dan solidaritas sosial yang menjadi fondasi asuransi kesehatan sosial.

Lebih jauh, ketidakaktifan peserta dari kelompok PBBPU juga memicu persoalan *adverse selection*. Individu dengan risiko kesehatan rendah cenderung keluar dari sistem ketika menghadapi tekanan ekonomi, sementara mereka yang memiliki kebutuhan layanan tinggi berusaha tetap aktif. Pola ini mempersempit basis iuran dan memperbesar beban klaim, sehingga memperburuk ketidakseimbangan finansial JKN dalam jangka panjang (Kutzin et al., 2017). Dengan demikian, faktor ekonomi tidak hanya berdampak pada individu, tetapi juga mengancam keberlanjutan sistem secara keseluruhan.

Faktor kedua yang tak kalah krusial adalah kelemahan manajemen data, khususnya terkait ketepatan sasaran Penerima Bantuan Iuran (PBI). Laporan menunjukkan masih banyak masyarakat miskin dan rentan yang belum terdata sebagai PBI, sehingga terdaftar sebagai peserta mandiri dan pada akhirnya menunggak iuran hingga berstatus tidak aktif. Kondisi ini mencerminkan kegagalan integrasi data sosial, kependudukan, dan kesehatan di tingkat daerah. Ketika sistem pendataan tidak mampu menangkap dinamika sosial-ekonomi secara akurat, kebijakan subsidi menjadi tidak efektif dan justru memperbesar ketimpangan perlindungan.

The PRAKARSA (2025) secara tegas mengkritisi kesalahan sasaran subsidi sebagai salah satu akar masalah rendahnya efektivitas UHC di Indonesia. Kesalahan ini tidak hanya

merugikan masyarakat miskin yang kehilangan hak atas perlindungan kesehatan, tetapi juga membebani fiskal negara dan daerah. Subsidi yang seharusnya ditujukan bagi kelompok rentan justru tidak tepat sasaran, sementara kelompok *near-poor* terjebak dalam posisi ambigu: tidak cukup miskin untuk menerima PBI, namun juga tidak cukup mampu untuk membayar iuran secara berkelanjutan. Dalam konteks Kalimantan Selatan, kelompok ini menjadi kontributor signifikan peserta tidak aktif.

Kelemahan manajemen data juga berkaitan erat dengan fragmentasi sistem informasi dan koordinasi lintas sektor yang belum optimal. Ketidaksinkronan antara data Dinas Sosial, Dukcapil, dan BPJS Kesehatan menyebabkan proses pemutakhiran status sosial-ekonomi berjalan lambat dan bersifat reaktif. Akibatnya, perubahan kondisi ekonomi rumah tangga—misalnya akibat kehilangan pekerjaan atau bencana—tidak segera tercermin dalam status kepesertaan JKN. Situasi ini menegaskan bahwa persoalan non-aktifnya peserta tidak dapat diselesaikan hanya melalui penagihan iuran, melainkan memerlukan reformasi tata kelola data yang lebih mendasar.

Faktor ketiga adalah rendahnya kesadaran masyarakat untuk membayar iuran secara tertib, yang sering kali dipahami secara simplistik sebagai persoalan perilaku individu. Namun, analisis kebijakan menunjukkan bahwa rendahnya kesadaran ini juga merupakan produk dari pendekatan kebijakan JKN yang masih terlalu administratif dan belum sepenuhnya menyentuh dimensi sosial dan kultural. Edukasi publik tentang manfaat jangka panjang JKN, prinsip solidaritas, serta risiko finansial akibat kehilangan perlindungan kesehatan masih belum merata dan berkelanjutan.

Studi Khadka et al. (2025) di Nepal menunjukkan bahwa tingkat kesadaran, pelatihan, dan pemahaman aktor lokal memiliki pengaruh signifikan terhadap keberhasilan implementasi kebijakan kesehatan. Temuan ini relevan untuk Kalimantan Selatan, di mana keberlanjutan JKN sangat bergantung pada kapasitas pemerintah daerah dan fasilitas kesehatan dalam membangun literasi kesehatan masyarakat. Tanpa upaya edukasi yang konsisten dan kontekstual, JKN cenderung dipersepsikan sebagai kewajiban administratif, bukan sebagai instrumen perlindungan sosial yang bernilai strategis.

Ketiga faktor penyebab non-aktifnya peserta—ekonomi, manajemen data, dan kesadaran—pada akhirnya saling memperkuat dan membentuk lingkaran masalah yang sulit diputus jika ditangani secara parsial. Pendekatan kebijakan yang hanya menekankan kepatuhan pembayaran iuran tanpa memperbaiki desain subsidi, integrasi data, dan strategi edukasi publik berisiko memperbesar angka non-aktif di masa depan. Oleh karena itu, analisis ini menegaskan bahwa persoalan non-aktifnya peserta JKN di Kalimantan Selatan merupakan masalah struktural sistemik, yang menuntut respons kebijakan lintas sektor, adaptif, dan berorientasi pada keberlanjutan perlindungan kesehatan.

SIMPULAN

Capaian UHC di Provinsi Kalimantan Selatan secara administratif sangat tinggi dan mencerminkan komitmen kuat pemerintah daerah dalam mendukung mandat nasional Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Namun, hasil analisis dalam laporan ini menunjukkan bahwa capaian tersebut belum sepenuhnya merepresentasikan perlindungan kesehatan yang substantif bagi seluruh penduduk. UHC tidak dapat dipahami semata sebagai keberhasilan pendaftaran atau perluasan kepesertaan, melainkan harus dimaknai sebagai kemampuan sistem kesehatan dalam menjamin *continuity of coverage* atau keberlanjutan perlindungan, yang mencakup akses layanan yang nyata, mutu pelayanan yang layak, serta perlindungan finansial yang berkelanjutan.

Capaian kepesertaan yang mendekati bahkan melampaui seratus persen justru mengindikasikan potensi ilusi kebijakan apabila tidak disertai evaluasi mendalam terhadap kondisi riil masyarakat. Fenomena tersebut diperkuat oleh persoalan validitas data kepesertaan JKN yang bersifat struktural, di mana lemahnya integrasi data kependudukan, sosial, dan kesehatan menimbulkan anomali administratif serta distorsi dalam perencanaan anggaran, penetapan sasaran Penerima Bantuan Iuran (PBI), dan evaluasi kinerja daerah. Di sisi lain, keaktifan peserta muncul sebagai titik lemah utama pencapaian UHC. Meskipun tingkat kepesertaan tinggi, sekitar seperlima peserta berstatus tidak aktif, sehingga secara langsung mengurangi efektivitas perlindungan kesehatan, meningkatkan risiko pengeluaran kesehatan katastrofik, serta mengancam stabilitas pembiayaan JKN melalui penyempitan basis iuran.

Kondisi ini menegaskan adanya paradoks UHC, yakni cakupan formal yang tinggi tetapi perlindungan substantif yang belum merata. Non-aktifnya peserta JKN tidak dapat dipandang sebagai persoalan individual semata, melainkan sebagai masalah struktural yang dipengaruhi oleh faktor ekonomi sektor informal, kelemahan manajemen dan integrasi data, serta pendekatan kebijakan yang masih dominan administratif dan belum sepenuhnya menyentuh dimensi sosial, perilaku, dan moral masyarakat. Dengan demikian, keberhasilan JKN di Kalimantan Selatan sangat bergantung pada sinergi aspek fiskal, sosial, dan moral pemerintah daerah dalam menjaga keberlanjutan perlindungan kesehatan secara adil dan berkelanjutan.

REKOMENDASI

Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan direkomendasikan untuk mereorientasi makna keberhasilan UHC dari sekadar capaian administratif kepesertaan menuju ukuran yang lebih substantif, dengan menempatkan keaktifan peserta, pemerataan akses layanan, mutu pelayanan, dan perlindungan finansial sebagai indikator kinerja utama, sehingga capaian UHC yang tinggi diposisikan sebagai titik awal evaluasi kebijakan, bukan titik akhir keberhasilan. Reorientasi ini perlu diikuti dengan penguatan tata kelola dan integrasi data kepesertaan JKN secara lintas sektor melalui mekanisme yang terinstitusionalisasi dan berbasis sistem digital, melibatkan Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil, serta BPJS Kesehatan, dengan satu rujukan data bersama untuk perencanaan, penganggaran, dan evaluasi kebijakan guna menjamin validitas data dan

ketepatan sasaran Penerima Bantuan Iuran. Selanjutnya, keaktifan peserta perlu ditetapkan sebagai prioritas kebijakan pasca-pencapaian UHC dengan menggeser fokus dari ekspansi pendaftaran menuju penguatan retensi kepesertaan melalui pemantauan berkala, intervensi dini bagi kelompok berisiko tidak aktif, serta integrasi keaktifan JKN dengan program perlindungan sosial daerah, mengingat keaktifan peserta berkaitan langsung dengan keberlanjutan perlindungan kesehatan dan stabilitas pembiayaan JKN. Pada saat yang sama, diperlukan reformasi struktural untuk menangani akar masalah non-aktifnya peserta yang bersifat sistemik, mencakup pengembangan skema subsidi daerah yang adaptif bagi kelompok *near-poor* dan pekerja sektor informal, pemutakhiran proaktif status sosial ekonomi agar masyarakat miskin tidak terjebak sebagai peserta mandiri, serta penguatan edukasi publik berbasis pendekatan sosial dan kultural yang berkelanjutan, sehingga solusi yang dihasilkan bersifat lintas sektor, berorientasi perlindungan sosial, dan mampu menjamin keberlanjutan UHC secara adil dan berjangka panjang.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan rasa syukur ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya, serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan, khususnya Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, BPJS Kesehatan, dan seluruh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang telah memberikan dukungan data, informasi, dan ruang diskusi selama proses penyusunan artikel ini. Apresiasi juga disampaikan kepada para pemangku kepentingan lintas sektor yang berkontribusi melalui pertukaran gagasan, klarifikasi kebijakan, dan refleksi bersama dalam membaca dinamika Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan UHC di tingkat daerah. Sebagaimana diingatkan oleh para filsuf Yunani, Heraclitus dengan *panta rhei* dan Aristoteles dengan gagasan *the good life*, kebijakan publik adalah proses yang terus bergerak dan harus senantiasa diarahkan pada kehidupan yang bermartabat bagi masyarakat; dalam semangat tersebut, artikel ini disusun sebagai bagian dari pembelajaran kebijakan (*policy learning*) dan upaya memperkuat praktik kebijakan kesehatan berbasis bukti. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa artikel ini tidak luput dari keterbatasan—tiada gading yang tak retak—sehingga seluruh pandangan, analisis, dan interpretasi yang disajikan merupakan tanggung jawab penulis dan tidak serta-merta mencerminkan posisi resmi institusi terkait, serta diharapkan dapat menjadi pijakan awal bagi perbaikan dan pengembangan sistem kesehatan yang lebih adil, tangguh, dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, D. N., Setiawan, A. H., Mayadewi, C. A., Lokopessy, A. F., Kozlakidis, Z., & Manikam, L. (2025). Understanding health information systems utilization across public health centers in Indonesia: Cross-sectional study. *JMIR Medical Informatics*, 13, e68613. <https://doi.org/10.2196/68613>
- Bevan, G., & Hood, C. (2006). What's measured is what matters: Targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration*, 84(3), 517–538.
- Khadka, D., Zhang, X., Zhang, M., Bhusal, R., & Zhang, C. (2025). National health policy and

- factors predicting its implementation at the local level in Nepal: An exploratory cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 13, 1592213. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1592213>
- Kutzin, J., Yip, W., & Cashin, C. (2017). Alternative financing strategies for Universal Health Coverage . In *World Scientific handbook of global health economics and public policy* (Vol. 1, pp. 267–309). World Scientific.
- Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan. (2024). Surat Keputusan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 100.3.3.1/0516/KUM/2024 tentang Tim Percepatan Universal Health Coverage . Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan.
- Presiden Republik Indonesia. (2012). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Sekretariat Negara Republik Indonesia.
- Presiden Republik Indonesia. (2018). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Sekretariat Negara Republik Indonesia.
- Presiden Republik Indonesia. (2022). Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Sekretariat Negara Republik Indonesia.
- Susilo, D., Wulandari, L. P. L., Sukmayeti, E., Asante, A., Jan, S., Thabrany, H., Tangcharoensathien, V., Wiseman, V., & Liverani, M. (2025). Can Indonesia achieve Universal Health Coverage ? Organisational and financing challenges in implementing the national health insurance system. *SSM – Health Systems*, 5, 100138. <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2025.100138>
- The PRAKARSA. (2025, December 16). The PRAKARSA merilis temuan awal capaian Universal Health Coverage (UHC) di Indonesia [Siaran pers]. The PRAKARSA.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
- World Health Organization. (2023). Universal Health Coverage (UHC): Global monitoring report. World Health Organization.