

PENGEMBANGAN STRATEGI PEMERINTAH DAERAH DALAM OPTIMALISASI KEPESERTAAN PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI) JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR

Musrifah Betriawati¹, Hafizzurrachman²
musrifahbetriawati@gmail.com¹, hafizzurrachman@gmail.com²
Universitas Indonesia Maju

ABSTRAK

Pendahuluan: Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI) merupakan instrumen strategis perlindungan kesehatan bagi masyarakat miskin. Meski Kabupaten Kotawaringin Timur telah mencapai cakupan tinggi, tantangan seperti ketidakakuratan data, dinamika kependudukan, dan beban fiskal untuk pembiayaan bagi peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja yang didaftarkan Pemerintah Daerah (PBPU-BP Pemda) masih menjadi hambatan utama. Penelitian ini bertujuan merumuskan strategi optimalisasi kepesertaan PBI agar lebih tepat sasaran, efektif, dan berkelanjutan. Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, Focus Group Discussion (FGD), observasi, dan studi dokumentasi yang melibatkan instansi lintas sektor terkait. Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa optimalisasi kepesertaan Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja Pemerintah Daerah (PBPU-BU Pemda) memerlukan penguatan koordinasi lintas sektor dan sinkronisasi data kependudukan secara berkala. Strategi utama yang dirumuskan meliputi penetapan kriteria Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja Pemerintah Daerah (PBPU-BU Pemda) yang objektif serta pengendalian beban anggaran melalui verifikasi dan validasi data yang berkelanjutan. Diskusi: Diperlukan penguatan sinergi melalui mekanisme pembaruan data rutin yang terintegrasi, peningkatan kapasitas verifikasi lapangan, serta pengetatan audit kepesertaan untuk menjaga efisiensi anggaran dan ketepatan sasaran program. Kesimpulan: Penelitian ini menyimpulkan bahwa transformasi tata kelola data yang terintegrasi dan kebijakan pembiayaan yang resilien merupakan prasyarat mutlak untuk menjamin efektivitas perlindungan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin serta keberlanjutan program JKN di daerah.

Kata Kunci: Strategi Pemerintah Daerah, Penerima Bantuan Iuran (PBI), Jaminan Kesehatan Nasional, Kepesertaan JKN, Kabupaten Kotawaringin Timur.

ABSTRACT

Introduction: The National Health Insurance (JKN) program through the Premium Assistance Recipient (PBI) scheme is a strategic instrument for health protection for the poor. Although East Kotawaringin Regency has achieved high coverage, challenges such as data inaccuracy, population dynamics, and the fiscal burden of PBI on the Regional Budget (APBD) remain major obstacles. This study aims to formulate a strategy for optimizing PBI membership to make it more targeted, effective, and sustainable. Methods: This study used a qualitative approach with a case study design. Data were collected through in-depth interviews, Focus Group Discussions (FGDs), observations, and documentation studies involving relevant cross-sectoral agencies. Results: The results indicate that optimizing JKN PBI membership requires strengthening cross-sectoral coordination and regular population data synchronization. The main strategies formulated include establishing objective PBPU Pemda criteria and controlling budget burdens through continuous data verification and validation. Discussion: Strengthening synergy is needed through an integrated routine data update mechanism, increasing field verification capacity, and tightening participant audits to maintain budget efficiency and program targeting accuracy. Conclusion: This study concludes that integrated data governance transformation and resilient financing policies are absolute prerequisites for ensuring the effectiveness of health insurance protection for the poor and the sustainability of the JKN program in the regions.

Keywords: Regional Government Strategy, Contribution Assistance Recipients (PBI), National Health Insurance, JKN Membership, East Kotawaringin Regency.

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara resmi diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sejak 1 Januari 2014. Penyelenggaraan program ini berlandaskan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yang menegaskan bahwa BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang bertugas menyelenggarakan jaminan kesehatan nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial menekankan mekanisme gotong royong antar peserta, sedangkan prinsip ekuitas menjamin keadilan dalam akses pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis.

Tujuan JKN adalah menjamin seluruh peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan serta perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang layak. Kepesertaan JKN bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat enam bulan, dengan kewajiban membayar iuran sesuai ketentuan. Kepesertaan JKN terbagi menjadi dua kelompok besar, yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Bukan Penerima Bantuan Iuran yang terdiri dari Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) dengan iuran dibayarkan oleh peserta atau pemberi kerja.

Peserta PBI adalah fakir miskin dan orang tidak mampu yang penetapannya dilakukan melalui pendataan oleh instansi yang menyelenggarakan urusan statistik, kemudian diverifikasi dan divalidasi oleh Kementerian Sosial untuk membentuk Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS). Data ini dirinci hingga tingkat provinsi dan kabupaten/kota, selanjutnya digunakan sebagai dasar pendaftaran peserta PBI ke BPJS Kesehatan dengan pembiayaan iuran yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Peraturan Menteri Sosial Nomor 3 Tahun 2021 mendefinisikan fakir miskin sebagai individu yang tidak memiliki mata pencaharian dan/atau tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak, sedangkan orang tidak mampu adalah mereka yang memiliki penghasilan namun hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar minimal.

Iuran JKN dipungut dari tiga sumber utama yaitu peserta, pemberi kerja dan pemerintah. Pengaturan proporsi iuran disesuaikan dengan tingkat penghasilan dan segmen kepesertaan. Sebagai bentuk perlindungan hak asasi manusia, jaminan sosial kesehatan bersifat wajib sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 4 Undang-Undang BPJS yang mewajibkan seluruh penduduk menjadi peserta program jaminan sosial. Kebijakan ini menempatkan JKN sebagai instrumen strategis negara dalam mewujudkan keadilan sosial di bidang kesehatan.

Cakupan kepesertaan JKN secara nasional menunjukkan peningkatan signifikan dari tahun ke tahun sebagai bagian dari komitmen pemerintah dalam mencapai Universal Health Coverage (UHC). Pada tahun 2021, jumlah peserta JKN tercatat sebanyak 235,7 juta jiwa atau sekitar 86,07% dari total penduduk Indonesia. Peningkatan ini dipengaruhi oleh perluasan kepesertaan PBI, terutama bagi masyarakat miskin dan rentan yang terdampak pandemi COVID-19. Pada tahun 2022 kepesertaan meningkat menjadi 248,77 juta jiwa atau 90,73%, seiring dengan penguatan integrasi data antara BPJS Kesehatan, Kementerian Sosial dan pemerintah daerah. Selanjutnya pada tahun 2023, jumlah peserta JKN mencapai 267,31 juta jiwa atau sekitar 95% dari total penduduk, menandai semakin dekatnya Indonesia terhadap target UHC. Pada tahun 2024, cakupan kepesertaan JKN mencapai 278,1 juta jiwa atau 98,45% dari total penduduk Indonesia. Capaian ini menunjukkan bahwa hampir seluruh penduduk telah terlindungi oleh program JKN, termasuk kelompok miskin dan rentan yang dibiayai melalui skema PBI Pusat (APBN). Secara keseluruhan, peningkatan kepesertaan JKN pada periode 2021–2024 mencerminkan efektivitas strategi nasional dalam memperluas akses perlindungan kesehatan dan menegaskan peran krusial PBI dalam mendukung pencapaian UHC.

Dalam rangka optimalisasi pelaksanaan dan keberlanjutan program JKN, pemerintah menerbitkan berbagai kebijakan strategis. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program JKN, mengamanatkan kepala daerah untuk memastikan seluruh penduduk di wilayahnya terdaftar sebagai peserta aktif JKN, sekaligus mengalokasikan anggaran untuk pembayaran iuran dan bantuan iuran bagi penduduk yang didaftarkan oleh pemerintah daerah. Arah kebijakan ini diperkuat melalui Peraturan Presiden Nomor 36 Tahun 2023 tentang Peta Jalan Jaminan Sosial Tahun 2023–2024 yang menargetkan capaian UHC minimal 98% pada tahun 2025. Pemerintah daerah juga tidak diperkenankan mengelola skema jaminan kesehatan daerah yang tumpang tindih dengan JKN. Selanjutnya, Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2025–2029 menetapkan target cakupan kepesertaan JKN sebesar 98% pada tahun 2025 dan 99% pada tahun 2029, dengan tingkat keaktifan masing-masing 80% dan 83,5%. Target tersebut menuntut peran aktif seluruh segmen kepesertaan JKN di setiap wilayah.

Pemerintah Kabupaten Kotawaringin Timur menunjukkan komitmen kuat dalam mendukung penyelenggaraan JKN, khususnya bagi peningkatan kepesertaan di daerah. Selain mengoptimalkan kepesertaan PBI yang dibiayai melalui APBN, Pemerintah Daerah juga mendaftarkan kelompok Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) yang dibiayai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Kebijakan ini didasarkan pada Peraturan Daerah Kabupaten Kotawaringin Timur Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pembiayaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Penduduk yang Dibiayai Oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah. Penduduk yang didaftarkan tidak hanya mencakup fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum terdaftar sebagai peserta PBI APBN, tetapi juga penduduk yang belum terdaftar sebagai peserta JKN. Dalam konteks kemampuan masyarakat membayar iuran, maknanya pada dasarnya bantuan iuran yang diberikan oleh pemerintah daerah (PBI daerah), dan kepesertaan ini termasuk dalam segmen PBPU-BP Pemda.

Capaian kepesertaan JKN di Kabupaten Kotawaringin Timur selama periode 2019–2024 tergolong tinggi. Pada tahun 2019, kepesertaan JKN mencapai 95,5%, dan meningkat menjadi 96,4% pada tahun 2021 dan 99,28% pada tahun 2023. Persentase kepesertaan ini mengalami fluktuatif akibat mutasi, validasi peserta PBI dan perubahan jumlah penduduk di tingkat kabupaten. Langkah ini menjadikan Kotawaringin Timur sebagai salah satu kabupaten yang telah mencapai UHC sejak tahun 2019. Pada semester I tahun 2025, kepesertaan JKN di Kabupaten Kotawaringin Timur mencapai 96,49%, akan tetapi tingkat keaktifan peserta hanya mencapai 76,32%. Kondisi ini menunjukkan masih adanya sekitar 23,68% peserta berstatus tidak aktif, yang didominasi oleh segmen PBPU/mandiri dan PPU badan usaha.

Dalam upaya menjamin kemudahan akses pelayanan kesehatan, Pemerintah Kabupaten Kotawaringin Timur dalam melakukan perjanjian kerja sama dengan BPJS Kesehatan mempertahankan status UHC non cut off, dimana pendaftaran peserta dapat langsung aktif tanpa masa tunggu. Namun, kebijakan ini menimbulkan implikasi fiskal karena potensi peralihan peserta nonaktif atau peserta yang menunggak iuran ke segmen PBPU-BP Pemda. Dinamika mutasi peserta PBPU-BP Pemda yang fluktuatif berpotensi meningkatkan beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, sementara kemampuan keuangan daerah terbatas dan Kabupaten Kotawaringin Timur termasuk daerah dengan kapasitas fiskal sedang.

Sebagai gambaran beban pembiayaan tersebut, berikut disajikan data jumlah peserta PBPU-BP Pemda dan tagihan BPJS Kesehatan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten Kotawaringin Timur selama empat tahun terakhir.

Tabel 1. Peserta PBPU-BP Pemda dan Tagihan BPJS				
Tahun	Jumlah Peserta PBPU-BP Pemda	Jumlah Tagihan PBPU-BP Pemda	Jumlah Peserta Bantuan Iuran	Jumlah Tagihan Bantuan Iuran
2021	88.006	38.027.758.000	111.006	3.043.042.800
2022	81.669	34.014.085.000	109.669	2.719.917.200
2023	85.768	34.837.559.500	111.768	2.578.478.800
2024	103.087	42.739.973.000	128.087	3.418.287.800

Kompleksitas penerapan UHC di Kabupaten Kotawaringin Timur mencakup keterbatasan pemahaman kebijakan, permasalahan ketepatan data sasaran dan kriteria penerima bantuan iuran, kemampuan keuangan daerah, serta belum optimalnya peningkatan kepesertaan JKN di luar segmen PBI. Kondisi tersebut berpotensi memengaruhi keberlanjutan program JKN di daerah. Pada segmen PBI, masih ditemukan ketidaksinkronan data penduduk miskin antara DTKS Kementerian Sosial dan data pemerintah daerah, serta belum optimalnya proses penghapusan, penggantian dan pemutakhiran data kepesertaan, yang berdampak pada terhambatnya akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Permasalahan serupa juga terjadi pada validitas data kependudukan peserta PBPU-BP Pemda antara lain data peserta yang telah meninggal dunia, berpindah domisili, atau beralih segmen kepesertaan yang belum diperbarui dalam system. Sementara itu, pada peserta PBPU-BP Pemda, kriteria penerima bantuan belum ditetapkan secara jelas dan objektif serta belum sepenuhnya berpedoman pada ketentuan yang berlaku. Kepesertaan PBPU-BP Pemda cenderung memicu moral hazard masyarakat. Akibatnya, masih ditemukan pekerja formal dan masyarakat mampu yang tercatat sebagai peserta PBPU-BP Pemda. Kondisi ini diperparah oleh belum optimalnya koordinasi lintas instansi yang terlibat dalam pengelolaan data dan kebijakan kepesertaan JKN.

Di tengah potensi penurunan dana transfer ke daerah, permasalahan tersebut menjadi tantangan serius bagi pemerintah daerah dalam mengelola APBD, khususnya pembiayaan iuran bagi peserta PBPU-BP Pemda dan bantuan iuran bagi peserta mandiri kelas III. Oleh karena itu, diperlukan perbaikan tata kelola secara sistematis melalui penguatan basis data kepesertaan yang akurat dan terintegrasi, serta penajaman kebijakan kepesertaan dan pembiayaan agar program JKN dapat berjalan secara adil, tepat sasaran, dan berkelanjutan. Penelitian ini bertujuan untuk menyusun strategi pemerintah daerah dalam mengoptimalkan kepesertaan JKN bagi PBI dan PBPU-BP Pemda di Kabupaten Kotawaringin Timur guna menjamin perlindungan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu secara efektif dan berkelanjutan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus (case study). Pendekatan ini dipilih karena berfokus pada pemahaman mendalam terhadap fenomena sosial yang kompleks, yaitu strategi pemerintah daerah dalam konteks nyata implementasi program JKN. Sejalan dengan pandangan Bogdan dan Taylor (1993), pendekatan kualitatif bertujuan untuk menghasilkan pemahaman terhadap realita sosial dari sudut pandang pelaku itu sendiri, melalui pengumpulan data secara alamiah dan analisis interpretative. Dengan demikian, penelitian ini tidak dimaksudkan untuk menguji hipotesis, melainkan untuk memberikan pemahaman menyeluruh mengenai strategi, kebijakan serta dinamika pelaksanaan program JKN di Kabupaten Kotawaringin Timur.

Pendekatan kualitatif memungkinkan peneliti untuk menggali berbagai perspektif dari informan yang terlibat langsung dalam perumusan maupun pelaksanaan program. Melalui

pendekatan ini, peneliti dapat memahami proses kebijakan dan interaksi antar aktor yang terlibat, termasuk hambatan dan faktor pendukung dalam optimalisasi kepesertaan PBI dan PBPU-BP Pemda. Metode ini juga memungkinkan peneliti menelusuri secara mendalam mengapa strategi tertentu diterapkan dan bagaimana hasilnya memengaruhi pencapaian tujuan program. Desain studi kasus dipilih karena memberikan peluang untuk menelaah secara intensif dan holistik fenomena yang terjadi di Kabupaten Kotawaringin Timur. Dalam konteks ini, Kabupaten Kotawaringin Timur dijadikan sebagai satu kasus utama yang dianalisis mendalam, dengan mempertimbangkan kondisi geografis, sosial dan administratif yang khas. Studi kasus memungkinkan peneliti menganalisis fenomena dalam konteks nyata, mengumpulkan data yang kaya dan beragam dari berbagai sumber, serta memahami hubungan antara strategi, pelaksana kebijakan dan dampaknya terhadap efektivitas program JKN. Lokasi penelitian ini ditetapkan di Kabupaten Kotawaringin Timur Provinsi Kalimantan Tengah. Pemilihan lokasi tersebut didasarkan pada pertimbangan bahwa daerah ini memiliki tingkat cakupan kepesertaan JKN yang tinggi, namun masih menghadapi tantangan dalam akurasi data peserta PBI dan PBPU-BP Pemda, seperti adanya peserta yang berpindah domisili tanpa pelaporan, peserta meninggal yang masih tercatat aktif, dan kasus alih segmen yang belum terverifikasi dengan baik. Penelitian direncanakan berlangsung selama beberapa bulan, menyesuaikan dengan proses pengumpulan data dan konfirmasi lapangan.

Sumber data dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dan focus group discussion (FGD) dengan informan kunci yang memiliki keterlibatan langsung dalam pengelolaan dan implementasi program JKN seperti pejabat dan staf dari Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Dinas Dukcapil, Bapperida, BPJS Kesehatan serta stakeholder lainnya. Wawancara dilakukan secara semi-terstruktur, dengan panduan wawancara yang fleksibel agar peneliti dapat mengeksplorasi informasi yang lebih luas sesuai konteks pembicaraan. Selain wawancara, dilakukan pula observasi partisipatif terhadap kegiatan atau proses yang relevan, seperti pendaftaran peserta, sosialisasi kebijakan dan koordinasi antar instansi. Data sekunder digunakan untuk melengkapi dan memverifikasi temuan lapangan. Data ini diperoleh dari berbagai dokumen dan sumber tertulis, antara lain peraturan daerah, kebijakan lokal, laporan capaian kepesertaan JKN, dokumen perencanaan pembangunan (RPJMD dan Renja OPD) serta hasil penelitian terdahulu, artikel ilmiah dan jurnal yang relevan dengan topik penelitian. Studi dokumentasi dilakukan dengan cara mengumpulkan, membaca dan menganalisis dokumen-dokumen tersebut untuk memperoleh informasi pendukung yang dapat memperkuat hasil wawancara dan observasi. Dalam penelitian ini, proses pengumpulan data dilakukan dengan tiga teknik utama, yaitu wawancara mendalam, observasi dan studi dokumentasi. Wawancara digunakan untuk menggali informasi dari para informan mengenai strategi, kebijakan, serta hambatan yang dihadapi dalam optimalisasi kepesertaan PBI dan PBPU-BP Pemda. Observasi dilakukan secara sistematis di lapangan untuk mengamati secara langsung interaksi antar aktor dan pelaksanaan kegiatan. Sementara studi dokumentasi berfungsi sebagai pelengkap dan pembanding terhadap data empiris yang diperoleh dari lapangan guna memastikan bahwa hasil penelitian memiliki dasar yang kuat dan valid.

Analisis data dilakukan menggunakan model interaktif Miles, Huberman, dan Saldana (2014), yang meliputi tiga komponen utama: kondensasi data (data condensation), penyajian data (data display), serta penarikan dan verifikasi kesimpulan (conclusion drawing and verification). Kondensasi data merupakan proses pemilihan, penyederhanaan, dan transformasi data mentah menjadi informasi yang bermakna. Proses ini berlangsung terus-menerus selama pengumpulan data hingga tahap analisis akhir. Setelah data dikondensasikan, tahap berikutnya adalah penyajian data dalam bentuk matriks, tabel atau narasi yang terorganisir sehingga memudahkan peneliti melihat pola dan hubungan antar variabel. Tahap

terakhir adalah penarikan kesimpulan yang dilakukan secara bertahap dan terus diverifikasi melalui perbandingan dengan data mentah, temuan lain dan hasil wawancara tambahan untuk memastikan validitasnya.

Untuk menjamin keabsahan data, penelitian ini menggunakan teknik triangulasi yang mencakup triangulasi sumber, metode, peneliti dan teori. Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan informasi yang diperoleh dari berbagai informan dan dokumen resmi, sedangkan triangulasi metode dilakukan dengan memadukan hasil wawancara, observasi dan studi dokumentasi. Selain itu, triangulasi peneliti dilakukan dengan melibatkan lebih dari satu peneliti dalam proses pengumpulan dan analisis data agar interpretasi yang dihasilkan lebih objektif. Sementara triangulasi teori digunakan untuk memperkaya analisis dengan memanfaatkan berbagai perspektif teoretis, seperti teori kebijakan publik dan teori implementasi program sosial sehingga hasil penelitian menjadi lebih komprehensif dan mendalam. Melalui pendekatan dan metode tersebut, penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran yang jelas, mendalam dan faktual mengenai strategi Pemerintah Daerah Kabupaten Kotawaringin Timur dalam mengoptimalkan kepesertaan PBI dan PBPU-BP Pemda dalam program JKN. Hasil penelitian ini tidak hanya bermanfaat untuk pengembangan kebijakan daerah, tetapi juga menjadi kontribusi ilmiah bagi penguatan sistem jaminan kesehatan nasional yang lebih tepat sasaran, transparan dan berkelanjutan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Lokasi dan Subjek Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Kotawaringin Timur dengan melibatkan empat instansi kunci yang berperan langsung dalam implementasi PBI dan PBPU-BP Pemda yaitu Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil serta BPJS Kesehatan Cabang Kotawaringin Timur. Keempat instansi tersebut memiliki peran strategis dalam proses pendataan, verifikasi, pendaftaran kepesertaan serta pembiayaan bagi kepesertaan PBI dan PBPU-BP Pemda dalam program JKN. Subjek penelitian terdiri atas pejabat struktural dan petugas teknis di masing-masing instansi yang dipilih secara purposive berdasarkan keterlibatan langsung mereka dalam pengelolaan dan pelaksanaan kepesertaan PBI dan PBPU-BP Pemda. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, focus group discussion (FGD), observasi serta telaah data sekunder.

Peran dan Mekanisme Dinas Sosial dalam Penentuan Peserta PBI

1. Proses Pendataan Calon Peserta PBI

Hasil wawancara menunjukkan bahwa pendataan calon peserta PBI dilakukan secara bottom up dimulai dari tingkat RT dan desa/kelurahan. Proses ini menempatkan aparatur desa dan pendampingan sosial sebagai aktor awal dalam mengidentifikasi warga miskin dan rentan. Seorang informan menyatakan bahwa:

“...Pertama, penetapan surat rekomendasi atau surat keterangan. Dinas Sosial mengeluarkan surat rekomendasi bagi warga yang benar-benar tidak mampu, khususnya mereka yang membutuhkan layanan kesehatan mendesak tetapi belum terdaftar sebagai peserta PBPU-BP Pemda. Surat ini menjadi dasar untuk mempercepat pengajuan kepesertaan atau untuk membantu warga mendapatkan pelayanan kesehatan sementara. Kedua, proses pendataan dilakukan berjenjang mulai dari tingkat desa/kelurahan. Warga yang tidak mampu biasanya mengajukan permohonan ke RT atau kelurahan, kemudian membawa syarat administrasi yang diperlukan”.

Temuan ini menunjukkan bahwa Dinas Sosial tidak hanya berperan sebagai penerima data, tetapi juga sebagai pengendali kualitas data calon peserta PBI. Tahap awal dalam proses pendataan adalah penetapan surat rekomendasi atau surat keterangan yang dikeluarkan oleh Dinas Sosial. Surat ini diberikan kepada warga yang dinilai membutuhkan. Surat rekomendasi tersebut berfungsi sebagai dasar administrative untuk mempercepat proses

pengajuan kepesertaan PBPU-BP Pemda serta sebagai bentuk jaminan sebelum diusulkan dalam kepesertaan PBI.

Tahapan selanjutnya adalah pendataan administrasi yang dilakukan secara berjenjang, di mulai dari tingkat RT hingga desa/kelurahan. Warga yang mengajukan permohonan PBI diwajibkan melengkapi persyaratan administrasi. Data calon peserta kemudian dimasukkan oleh operator desa atau kelurahan ke dalam sistem aplikasi verifikasi sebagai bagian dari proses pendataan awal.

2. Verifikasi Lapangan sebagai Instrumen Ketepatan Sasaran

Verifikasi lapangan menjadi tahapan krusial untuk memastikan kesesuaian data administratif dengan kondisi nyata masyarakat. Berdasarkan hasil observasi, petugas Dinas Sosial melakukan pengecekan langsung terhadap kondisi tempat tinggal, kepemilikan aset, sumber penghasilan dan jumlah tanggungan keluarga. Data tersebut kemudian diproses dan disinkronkan sebagai bahan pembaruan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial. Selanjutnya, data hasil sinkronisasi disampaikan kepada Dinas Sosial tingkat provinsi maupun Kementerian Sosial sebagai dasar penetapan kepesertaan PBI yang bersumber dari APBN. Hasil wawancara mendalam informan menegaskan:

“Dinas Sosial melakukan pemrosesan dan sinkronisasi data, yaitu menggabungkan data hasil verifikasi lapangan dengan data yang sudah ada sebelumnya. Data yang telah diverifikasi kemudian diserahkan kepada Dinas Sosial provinsi atau pusat sebagai bahan updating DTKS maupun penetapan PBI APBN dan PBPU-BP Pemda. Sinkronisasi ini juga digunakan untuk menonaktifkan peserta PBI APBN yang sudah tidak memenuhi kriteria, seperti warga yang sudah meninggal, pindah domisili, atau mengalami peningkatan status ekonomi.....”

Selain berfungsi untuk pengusulan peserta baru, mekanisme sinkronisasi data juga dimanfaatkan untuk menonaktifkan peserta PBI yang sudah tidak memenuhi kriteria. Peserta yang dinonaktifkan umumnya adalah warga yang telah meninggal dunia, pindah domisili, atau mengalami peningkatan status sosial ekonomi. Proses ini menjadi bagian penting dalam upaya menjaga ketepatan sasaran kepesertaan sekaligus menghindari pemborosan anggaran daerah. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa mekanisme verifikasi dan validasi data yang dilakukan berlapis ini berkontribusi langsung terhadap efisiensi alokasi anggaran PBPU-BP Pemda.

3. Sinkronisasi Data dan Penonaktifan Peserta Tidak Layak

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sinkronisasi data dan penonaktifan peserta PBI yang tidak lagi memenuhi kriteria merupakan bagian integral dari mekanisme verifikasi dan validasi data kemiskinan yang dilakukan oleh Dinas Sosial Kabupaten Kotawaringin Timur. Berdasarkan hasil observasi peneliti, kegiatan verifikasi dan validasi dilaksanakan secara rutin setiap tiga bulan sekali sebagai upaya akurasi DTKS dan memastikan kesesuaian data dengan kondisi faktual masyarakat di lapangan.

”Berdasarkan observasi peneliti, Dinas Sosial Kabupaten Kotawaringin Timur melakukan verifikasi dan validasi (verval) data kemiskinan secara rutin setiap tiga bulan sekali. Kegiatan ini dilakukan untuk memastikan bahwa data dalam DTKS selalu akurat dan sesuai dengan kondisi warga di lapangan.....”

Hasil observasi ini menunjukkan bahwa sinkronisasi data dilakukan dengan membandingkan hasil verifikasi lapangan dengan data DTKS yang telah ada sebelumnya. Data yang telah diperbarui kemudian diselaraskan dengan berbasis data kependudukan dari Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil serta data kepesertaan PBI yang dikelola BPJS Kesehatan.

Peran Dukcapil dalam Validasi Data Kependudukan

1. NIK sebagai Kunci Kepesertaan Jaminan Kesehatan Pekerja Bukan Penerima Upah Pemerintah Daerah (PBPU-BP Pemda).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Nomor Induk Kependudukan (NIK) memiliki peran yang sangat fundamental dalam seluruh proses kepesertaan JKN, khususnya dalam penetapan peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang dibayarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Kotawaringin Timur. Berdasarkan hasil wawancara dengan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Kotawaringin Timur, NIK menjadi elemen utama yang menentukan kelanjutan data calon peserta, sebagaimana yang disampaikan pejabat terkait:

” Peran utama kami adalah menjamin keakuratan dan kemutakhiran data kependudukan yang digunakan sebagai dasar penetapan peserta PBPU-BP Pemda. Kami memastikan setiap calon peserta memiliki Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang valid dan padan dengan Data Kependudukan Nasional (Dukcapil). Tanpa NIK yang valid, data tidak bisa diproses oleh Dinas Sosial/Dinas Kesehatan untuk pendaftaran kepesertaan.”

Temuan ini menunjukkan bahwa keakuratan dan kemutakhiran data kependudukan merupakan persyaratan mutlak dalam sistem JKN. Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa setiap calon peserta PBI memiliki NIK yang valid dan telah padan data kependudukan nasional. Proses pemadanan ini dilakukan untuk memastikan tidak adanya duplikasi data, kesalahan identitas maupun ketidaksesuaian status kependudukan.

2. Proses Pemadanan dan Konsolidasi Data

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pemadanan dan konsolidasi data kependudukan merupakan tahapan penting dalam menjaga keakuratan dan keberlanjutan kepesertaan JKN khususnya bagi peserta PBPU-BP Pemda di Kabupaten Kotawaringin Timur. Proses ini dilakukan untuk memastikan kesesuaian data peserta JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan dengan database kependudukan yang dimiliki oleh Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil. Berdasarkan hasil wawancara, data penduduk yang terdaftar sebagai peserta JKN terlebih dahulu disampaikan oleh BPJS Kesehatan kepada Dinas Dukcapil melalui Dinas Kesehatan. Data tersebut kemudian dikonsolidasikan dengan database kependudukan untuk memeriksa validitas NIK serta kesesuaian data KK.

”Data Penduduk yang terdaftar pada Jaminan BPJS Kesehatan diserahkan kepada Dinas Dukcapil melalui Dinas Kesehatan, dan akan dilakukan konsolidasi sesuai dengan data yang ada pada database Dukcapil, kemudian diserahkan kembali kepada Dinas Kesehatan untuk dilakukan proses validasi kembali, sebelum BPJS melakukan proses penonaktifan untuk data yang statusnya tidak valid”

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemadanan data ini merupakan hal yang krusial karena ketidakakuratan data kependudukan dapat menghambat proses verifikasi dan validasi yang dilakukan Dinas Sosial maupun Dinas Kesehatan. Bahkan kondisi tersebut berpotensi menyebabkan penonaktifan kepesertaan bagi peserta yang seharusnya masih aktif apabila tidak segera dilakukan pembaruan data. Hasil penelitian ini juga didukung oleh data sekunder yang menunjukkan adanya peningkatan jumlah penduduk Kabupaten Kotawaringin Timur dari tahun ke tahun. Jumlah penduduk tercatat sebanyak 433.679 jiwa pada semester I tahun 2023 dan meningkat menjadi 454.515 jiwa pada Semester II tahun 2024, dinamika pertumbuhan penduduk ini berdampak langsung pada meningkatnya kebutuhan pemutakhiran data kependudukan dan menegaskan pentingnya proses pemadanan data yang dilakukan secara berkelanjutan.

Strategi dan Tantangan BPJS Kesehatan dalam Pelayanan Peserta PBI

1. Strategi Sosialisasi dan Edukasi Peserta

Hasil penelitian menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan menerapkan strategi sosialisasi dan edukasi peserta yang bersifat aktif dan berlapis, khususnya kepada peserta dalam rangka meningkatkan pemahaman mengenai JKN termasuk kepesertaan dan prosedur pelayanan kesehatan. Strategi ini dilakukan dengan memanfaatkan berbagai saluran komunikasi formal maupun informal agar informasi dapat menjangkau peserta secara lebih luas dan merata.

Berdasarkan hasil wawancara, salah satu strategi utama yang digunakan adalah optimalisasi peran Petugas Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) yang ditempatkan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKTL). Melalui keberadaan petugas khusus tersebut, peserta dapat memperoleh informasi langsung mengenai alur pelayanan, sistem rujukan berjenjang, hak dan kewajiban peserta, serta mekanisme penanganan keluhan.

”Kami secara aktif melakukan sosialisasi melalui Petugas Pemberi Informasi dan Penanganan Pengaduan (PIPP) di FKTP dan Rumah Sakit, serta melalui media sosial/elektronik. Selain itu, kami berkoordinasi dengan Puskesmas untuk menyisipkan informasi dari BPJS dan pemerintah daerah tentang Pekerja Bukan Penerima Upah Pemerintah Daerah (PBPU-BP Pemda) dalam setiap kegiatan posyandu atau penyuluhan kesehatan”

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan menjalin koordinasi dengan Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di masyarakat. Informasi mengenai JKN disisipkan dalam berbagai kegiatan kesehatan masyarakat. Pendekatan ini memungkinkan edukasi tentang JKN disampaikan bersamaan dengan kegiatan rutin yang sudah familiar bagi masyarakat sehingga lebih mudah diterima dan dipahami.

2. Kendala Wilayah dan Data

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kendala wilayah dan kualitas data merupakan tantangan operasional terbesar yang dihadapi BPJS Kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada peserta khususnya di wilayah pedalaman. Berdasarkan hasil wawancara, keterbatasan akses dan penyebaran informasi menjadi faktor utama yang mempengaruhi pelaksanaan JKN termasuk pemanfaatan layanan kesehatan oleh peserta.

Informan BPJS Kesehatan menyatakan bahwa banyak peserta di wilayah pedalaman belum memahami alur pelayanan kesehatan dalam sistem JKN, terutama mekanisme rujukan berjenjang kondisi ini menyebabkan peserta cenderung langsung mendatangi rumah sakit tanpa melalui FKTP, sehingga adanya potensi menimbulkan penolakan layanan atau keharusan bagi pasien untuk kembali ke FKTP terlebih dahulu.

” Tantangan terbesarnya adalah akses dan penyebaran informasi. Banyak peserta PBI di daerah pedalaman yang belum mengerti alur pelayanan kesehatan (rujukan berjenjang) dan hanya tahu datang ke rumah sakit. Hal ini bisa menyebabkan pasien harus kembali ke FKTP. Tantangan lainnya adalah kondisi data yang belum mutakhir yang menghambat proses administrasi.”

Hasil observasi menunjukkan bahwa permasalahan tersebut telah diatasi dengan dilakukan pertemuan dan sinkronisasi data secara berkala antara Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPJS Kesehatan dan Dinas Dukcapil. Validasi bersama ini mencakup pembaruan data, pindah domisili maupun pembaruan NIK. Temuan penelitian ini juga diperkuat oleh data sekunder yang menunjukkan adanya peningkatan signifikan jumlah peserta PBI atau PBPU-BP Pemda aktif. Pada tahun 2023 tercatat sebanyak 111.768 peserta, sementara pada tahun 2024 jumlah tersebut meningkat menjadi 128.087 peserta. Lonjakan ini berdampak langsung pada meningkatnya beban administrasi dan kompleksitas pengelolaan data kepesertaan, sehingga menuntut sistem pemutakhiran data yang lebih responsif dan terintegrasi.

Peran Dinas Kesehatan dalam Penguatan Anggaran dan Layanan

1. Pengelolaan Anggaran

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur memiliki peran strategis dalam pengelolaan anggaran JKN untuk bantuan iuran bagi PBPU-BP Pemda yang bersumber dari APBD. Pengelolaan anggaran ini menjadi salah satu instrument utama dalam optimalisasi kepesertaan PBPU-BP Pemda khususnya dalam menjamin keberlanjutan pembiayaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan

yang belum terakomodasi dalam PBI APBN. Berdasarkan hasil wawancara, tanggung jawab utama Dinas Kesehatan dalam pengelolaan anggaran mencakup dua aspek utama. Pertama, memastikan ketersediaan dan ketepatan pembayaran iuran PBPU-BP Pemda dan bantuan iuran kelas III kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan jumlah peserta yang ditetapkan. Proses ini dilakukan melalui perencanaan dan penganggaran yang disesuaikan dengan kemampuan fiskal daerah serta dinamika jumlah kepesertaan JKN di Kabupaten Kotawaringin Timur. Kedua, Dinas Kesehatan bertanggung jawab dalam memastikan bahwa pengelolaan anggaran PBPU-BP Pemda sejalan dengan upaya peningkatan mutu dan akses layanan kesehatan. Anggaran yang dialokasikan tidak hanya dipandang sebagai kewajiban administrative pembayaran iuran, tetapi juga sebagai strategi untuk menjamin bahwa peserta PBPU-BP Pemda memperoleh layanan kesehatan yang layak di fasilitas kesehatan. Informan dari Dinas Kesehatan menyampaikan:

“Tanggung jawab utama kami ada dua: Pertama, mengelola anggaran PBPU-BP Pemda yang dibayarkan ke BPJS Kesehatan. Kedua, memastikan mutu dan akses layanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) bagi peserta PBPU-BP Pemda. Kami juga mengusulkan penambahan kuota PBPU-BP Pemda berdasarkan kemampuan anggaran daerah. ”Realisasi anggaran mencapai angka penuh (100%) pada tahun 2023. Anggaran tertinggi dialokasikan pada tahun 2024 sebesar Rp. 62.242.390.000,00 dengan tingkat realisasi mencapai 98%.”

Hasil observasi menunjukkan bahwa strategi integrasi JKN ini didukung oleh komitmen anggaran daerah yang cukup kuat. Pada 2023, realisasi anggaran daerah mencapai 100% dari total alokasi sebesar Rp.39.796.528.800,00. Sementara itu, tahun 2024 alokasi anggaran PBPU-BP Pemda meningkat signifikan menjadi Rp. 64.242.390.000,00 dengan tingkat realisasi mencapai 98%. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan berperan aktif dalam mengusulkan penambahan kuota peserta PBPU-BP Pemda berdasarkan hasil evaluasi kebutuhan masyarakat dan kemampuan anggaran daerah. Usulan penambahan kuota ini didasarkan pada analisis jumlah penduduk miskin dan rentan yang belum ter-cover PBPU-BP Pemda serta proyeksi kemampuan pembiayaan daerah.

2. Strategi Dinkes dalam mengintegrasikan kepemilikan data NIK khususnya PBPU-BP Pemda sebagai salah satu syarat dalam pelayanan publik.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan informan Dinas Kesehatan ditemukan beberapa permasalahan utama yang masih muncul dalam implementasi kepesertaan PBPU-BP Pemda seperti peserta berstatus sebagai pekerja dari badan usaha, pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja (P3K), serta perangkat desa yang kepesertaan JKN masih dijamin oleh PBPU-BP Pemda.

Pertama, informan mengungkapkan bahwa masih banyak badan usaha atau perusahaan yang dijamin melalui skema PBPU-BP Pemda, namun dalam praktiknya belum sepenuhnya memenuhi prinsip ketepatan sasaran. Beberapa informan menyatakan bahwa terdapat badan usaha yang secara finansial seharusnya mampu membiayai jaminan sosial secara mandiri, tetapi masih memperoleh jaminan dari pemerintah daerah. Kondisi ini dinilai berpotensi menimbulkan ketidak efisienan anggaran dan ketimpangan dalam pemberian perlindungan sosial. Selain itu, lemahnya proses verifikasi dan pemutakhiran data badan usaha penerima jaminan PBPU-BP Pemda juga disebut sebagai faktor utama yang menyebabkan permasalahan tersebut terus berulang.

Kedua, permasalahan juga ditemukan pada kelompok P3K. Dari hasil wawancara, informan menilai bahwa status kepegawaian P3K yang bersifat kontrak menimbulkan ketidak pastian, khususnya terkait jaminan keberlanjutan kerja dan perlindungan sosial jangka panjang. Beberapa informan menyampaikan bahwa masih terdapat kebingungan di tingkat pelaksana mengenai hak dan kewajiban P3K, terutama yang berkaitan dengan jaminan sosial

ketenagakerjaan dan kesehatan. Kurangnya sosialisasi kebijakan serta perbedaan pemahaman antar instansi menjadi faktor yang memperkuat munculnya permasalahan ini.

Ketiga, perangkat desa juga menghadapi berbagai kendala yang relatif kompleks. Informan menjelaskan bahwa perangkat desa sering kali berada pada posisi yang rentan karena keterbatasan regulasi teknis yang secara spesifik mengatur perlindungan sosial dan ketenagakerjaan mereka. Selain itu, kapasitas fiskal desa yang berbeda-beda menyebabkan tidak semua desa mampu mengalokasikan anggaran secara optimal untuk menjamin kesejahteraan perangkat desa. Beberapa informan juga menyoroti minimnya pendampingan dan pengawasan dari pemerintah daerah, sehingga pelaksanaan kebijakan terkait jaminan sosial bagi perangkat desa belum berjalan secara merata dan konsisten.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur menerapkan strategi integrasi kepesertaan JKN, khususnya PBPU-BP Pemda ke dalam sistem pelayanan kesehatan sebagai upaya meningkatkan kepatuhan kepesertaan dan optimalisasi pemanfaatan layanan. Integrasi ini dilakukan dengan menjadikan kepemilikan dan status aktif (NIK) sebagai bagian dari prosedur pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah daerah. Berdasarkan hasil wawancara, salah satu bentuk nyata integrasi JKN dalam pelayanan kesehatan adalah penerapan pengecekan status kepesertaan PBPU-BP Pemda pada setiap pasien yang datang berobat ke Puskesmas. Petugas Puskesmas memastikan apakah pasien telah terdaftar sebagai peserta PBPU-BP Pemda dan apakah status kepesertaannya aktif sebelum pelayanan diberikan.

Temuan Hasil FGD:Koordinasi Lintas Sektor

Hasil FGD yang melibatkan Dinas Kesehatan, Dinas Sosia, BPJS Kesehatan, dan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil menunjukkan bahwa koordinasi lintas sektor dipandang sebagai faktor kunci dalam keberhasilan pelaksanaan PBI dan PBPU-BP Pemda di Kabupaten Kotawaringin Timur. Secara umum, peserta FGD menilai bahwa PBI APBN dan PBPU-BP Pemda telah memberikan dampak positif dalam menjamin akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Namun, efektivitas program dinilai masih belum optimal akibat permasalahan data kepesertaan yang belum sepenuhnya akurat dan mutakhir. Dinas sosial menegaskan bahwa kondisi tersebut menyebabkan pemerintah daerah harus mengambil peran lebih besar melalui PBPU-BP Pemda sebagai penopang utama dalam menjaga keberlanjutan UHC di daerah. Hasil FGD didapatkan informasi sebagai berikut:

”Pelaksanaan program PBPU-BP Pemda di Kotim secara umum sudah memberikan manfaat besar dalam menjamin akses kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan. Namun, efektivitasnya sering terhambat oleh ketidakakuratan data peserta (terutama PBI APBN) yang tidak segera terbaru, sehingga masih ada penduduk miskin belum ter-cover. Pelaksanaan PBPU-BP Pemda menjadi penopang utama untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC) lokal”

Hasil wawancara dan FGD menunjukkan adanya perbedaan karakteristik dan tantangan antara kepesertaan PBI APBN dan PBPU-BP Pemda. PBI APBN dinilai ideal karena dibiayai oleh pemerintah pusat, namun sering menghadapi kendala data yang tidak mutakhir dan memerlukan proses verifikasi ulang di daerah. Sebaliknya, PBPU-BP Pemda dipandang sangat strategis sebagai buffer untuk menampung penduduk miskin yang tidak termasuk dalam kuota APBN. Akan tetapi keterbatasan anggaran menjadi tantangan utama keberlanjutan.

”Kepesertaan ini ideal karena dibiayai pusat, tetapi sering kali data yang dikirimkan tidak up-to-date, memerlukan cleansing dan verifikasi ulang oleh daerah. Kepesertaan ini sangat vital sebagai buffer (penyangga) untuk menampung penduduk miskin yang tidak

masuk APBN. Tantangannya adalah keberlanjutan dan keterbatasan anggaran Pemda untuk menjamin seluruh kepesertaan”

Hasil FGD dan wawancara mengidentifikasi beberapa kendala utama dalam pendataan dan pembaruan data peserta, antara lain anomali data kependudukan, keterlambatan cleansing data ditingkat pusat serta keterbatasan kapasitas verifikasi lapangan. Hasil FGD didapatkan informasi sebagai berikut:

- a. Data Anomali: Ketidak cocokan NIK, data ganda, atau perbedaan status kependudukan dengan data Dukcapil.
- b. Proses Cleansing Data Pusat yang Lambat: Membutuhkan waktu lama bagi data usulan daerah untuk disahkan kembali oleh Kementerian Sosial/Pusat.
- c. Kapasitas Verifikasi Lapangan (Verivali) Terbatas: Keterbatasan SDM dan anggaran Pemda di tingkat desa/kelurahan untuk melakukan verifikasi dan validasi data secara real-time.
- d. Dinamika Ekonomi: Sulitnya mengikuti perubahan status kemiskinan masyarakat yang dinamis (misalnya dari miskin menjadi mampu, atau sebaliknya).”

Peserta FGD sepakat bahwa optimalisasi kepesertaan PBI JKN memerlukan penguatan koordinasi lintas sektor yang terstruktur dan berkelanjutan. Sinergi antara Dinas Sosial, Dukcapil, BPJS Kesehatan, dan Dinas Kesehatan dinilai harus dilakukan melalui mekanisme pembaruan data rutin dan terintegrasi. Hasil FGD didapatkan informasi sebagai berikut:

- a. Dinas Sosial: Bertanggung jawab atas akurasi data DTKS (siapa yang miskin).
- b. Dukcapil: Bertanggung jawab atas validitas NIK dan data kependudukan (siapa orangnya).
- c. BPJS Kesehatan: Bertanggung jawab atas administrasi kepesertaan dan pembayaran layanan (bagaimana mekanisme penjaminannya).
- d. Dinas Kesehatan dan Faskes : Bertanggung jawab atas kualitas layanan kesehatan.
- e. Bappeda/BPKAD: Menjamin ketersediaan anggaran PBPU-BP Pemda.”

Dalam upaya pengendalian beban anggaran PBPU-BP Pemda, peserta FGD menekankan bahwa pentingnya pengetatan cleansing data dan audit internal kepesertaan. Peserta yang sudah tidak layak perlu segera dikeluarkan dari daftar penerima. Selain itu, penguatan program promotif dan preventif di Puskesmas serta pencarian sumber pembiayaan alternatif dipandang sebagai strategi jangka panjang untuk menjaga keberlanjutan pembiayaan.

Pembahasan

Implementasi kebijakan kepesertaan JKN PBPU-BP Pemda di Kabupaten Kotawaringin Timur menunjukkan pola pelaksanaan kebijakan publik yang bersifat bottom up sebagaimana dijelaskan dalam teori implementasi kebijakan oleh Lipsky serta dikembangkan oleh Mazmanian dan Sabatier. Proses pendataan calon peserta yang dimulai dari tingkat RT hingga desa/kelurahan mencerminkan peran aktor pelaksana di tingkat akar rumput yang memiliki kedekatan langsung dengan masyarakat. Dalam konteks kebijakan publik, pendekatan ini memungkinkan kebijakan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin diimplementasikan secara adaptif terhadap kondisi sosial ekonomi lokal, sehingga meningkatkan peluang tercapainya tujuan kebijakan, khususnya ketepatan sasaran kepesertaan PBPU-BP Pemda (14).

Dinas sosial pada mekanisme tersebut memegang peran strategis sebagai policy implementer sekaligus policy controller. Hal ini sejalan dengan teori kebijakan publik yang menekankan pentingnya koordinasi dan pengendalian pada tahap implementasi. Penerbitan surat rekomendasi bagi warga yang dinilai membutuhkan merupakan bentuk diskresi kebijakan yang dilakukan oleh pelaksana kebijakan (15). Pada perspektif teori implementasi program sosial, diskresi ini diperlukan untuk mengatasi keterbatasan sistem administrasi yang belum sepenuhnya mampu merespon kebutuhan mendesak masyarakat miskin. Surat

rekomenadasi berfungsi sebagai instrumen administratif yang menjembatani kesenjangan antara kebutuhan layanan kesehatan masyarakat dengan prosedur formal penetapan kepesertaan PBPU-BP Pemda (16).

Tahapan pendataan administrasi yang dilakukan secara berjenjang dari RT hingga desa/kelurahan mencerminkan penerapan prinsip multilevel governance dalam kebijakan publik. Menurut teori implementasi program sosial, keberhasilan program bantuan sangat dipengaruhi oleh kejelasan prosedur serta pembagian peran yang tegas antar level pelaksana. Kewajiban warga untuk melengkapi persyaratan administrasi, serta keterlibatan operator desa atau kelurahan dalam penginputan data ke dalam sistem aplikasi verifikasi menunjukkan adanya upaya institusionalisasi proses pendataan agar berjalan lebih sistematis dan terdokumentasi (17). Selanjutnya, proses sinkronisasi data hasil verifikasi lapangan dengan DTKS menegaskan pentingnya integrasi data dalam implementasi kebijakan publik, khususnya pada program sosial yang melibatkan banyak aktor dan sumber pendanaan. Sinkronisasi data secara vertikal dari tingkat kabupaten ke provinsi dan pusat sejalan dengan model implementasi kebijakan Mazmanian dan Sabatier yang menekankan pentingnya koordinasi antar level pemerintahan (18).

Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil memiliki peran krusial dalam validasi data kependudukan sebagai core administrative data dalam implementasi kebijakan jaminan sosial berbasis identitas. Berdasarkan teori kebijakan publik, keberhasilan implementasi kebijakan sangat ditentukan oleh ketersediaan input kebijakan yang akurat, salah satunya data kependudukan yang valid. Hasil penelitian menunjukkan Nomor Induk Kependudukan (NIK) merupakan elemen fundamental dalam proses kepesertaan PBPU-BP Pemda. Tanpa adanya NIK yang valid dan sesuai dengan basis data kependudukan nasional, proses pendaftaran dan pengsulatan kepesertaan PBPU-BP Pemda tidak dapat dilanjutkan (19). Pada perspektif teori implementasi program sosial, validasi dan pemutakhiran NIK oleh Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil merupakan bentuk dukungan administrative yang sangat menentukan efektivitas program bantuan sosial, terutama dalam mencegah terjadinya duplikasi data serta kesalahan inklusi dan eksklusi kepesertaan (20).

Proses pemadanan dan konsolidasi data kependudukan antara BPJS Kesehatan, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil dan Dinas Kesehatan mencerminkan penerapan prinsip inter organizational coordination dalam kebijakan publik. Data peserta PBPU-BP Pemda yang disampaikan oleh BPJS Kesehatan terlebih dahulu dikonsolidasikan dengan basis data kependudukan untuk memeriksa validitas NIK dan kesesuaian data Kartu Keluarga sebelum dikembalikan kepada Dinas Kesehatan untuk proses validasi lanjutan. Pada teori implementasi kebijakan, koordinasi lintas sektor dan lintas lembaga merupakan prasyarat utama mengurangi fragmentasi kebijakan dan meningkatkan konsistensi pelaksanaan program. Mekanisme ini menunjukkan adanya alur implementasi kebijakan yang terstruktur serta menegaskan peran Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil sebagai simpul utama dalam sistem integrasi data kependudukan dan kepesertaan PBPU-BP Pemda (21).

Sementara itu, BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur menjalankan strategi sosialisasi dan edukasi sebagai bagian dari implementasi kebijakan publik yang menekankan pentingnya komunikasi kebijakan. Pada teori kebijakan publik, keberhasilan implementasi tidak hanya ditentukan oleh kejelasan regulasi, tetapi juga oleh kemampuan pelaksana kebijakan dalam mentransformasikan aturan menjadi informasi yang dapat dipahami oleh kelompok sasaran (22). Optimalisasi peran PIPP yang ditempatkan di FKTP dan FKTL mencerminkan pendekatan street level implementation, ketika interaksi langsung antara petugas dan peserta menjadi sarana utama penyampaian kebijakan (23).

Koordinasi BPJS Kesehatan dengan puskesmas dalam menyisipkan edukasi JKN yang dibiayai PBPU-BP Pemda pada kegiatan kesehatan masyarakat seperti posyandu dan penyuluhan kesehatan mencerminkan pendekatan implementasi program sosial berbasis

komunitas. Pada perspektif teori implementasi sosial, pendekatan ini efektif karena memanfaatkan struktur dan aktivitas yang telah familiar bagi masyarakat, sehingga meningkatkan tingkat penerimaan dan pemahaman peserta terhadap kebijakan. Strategi sosial yang berlapis melalui media sosial, media elektronik serta kegiatan tatap muka di fasilitas kesehatan menunjukkan upaya BPJS Kesehatan untuk menjangkau peserta secara lebih merata. Namun demikian, hasil penelitian menunjukkan bahwa keterbatasan akses dan kapasitas administratif merupakan faktor kontekstual yang dapat menghambat implementasi kebijakan. Kurangnya pemahaman peserta terhadap mekanisme rujukan berjenjang serta data kepesertaan yang belum mutakhir meningkatkan beban administrasi BPJS Kesehatan sehingga diperlukan koordinasi dan validasi data secara berkala (25).

Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur berperan dalam penguatan anggaran dan layanan PBPU-BP Pemda sebagai policy manager dalam implementasi kebijakan jaminan kesehatan. Pada teori kebijakan publik, penganggaran dipandang sebagai instrumen utama untuk menerjemahkan tujuan kebijakan ke dalam tindakan nyata (26). Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengelolaan anggaran PBPU-BP Pemda tidak hanya difokuskan pada pemenuhan kewajiban administratif berupa pembayaran iuran kepada BPJS Kesehatan, tetapi juga diarahkan untuk menjamin keberlanjutan pembiayaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan yang belum terakomodasi dalam PBI APBN. Dinas Kesehatan bertanggung jawab memastikan ketersediaan anggaran serta ketepatan pembayaran iuran sesuai jumlah peserta yang ditetapkan melalui proses perencanaan dan penganggaran yang disesuaikan dengan kemampuan fiskal daerah (27).

Pada perspektif teori implementasi program sosial, pengelolaan anggaran PBPU-BP Pemda tersebut mencerminkan upaya menjaga kesinambungan program dan efektivitas layanan. Anggaran PBPU-BP Pemda tidak hanya berfungsi sebagai instrumen pembiayaan, tetapi juga sebagai bagian dari strategi peningkatan mutu dan akses layanan kesehatan di FKTP maupun FKRTL. Peran aktif Dinas Kesehatan dalam mengusulkan penambahan kuota peserta PBPU-BP Pemda berdasarkan evaluasi kebutuhan masyarakat dan kemampuan anggaran daerah menunjukkan adanya mekanisme pengambilan keputusan yang adaptif dan responsif terhadap layanan kesehatan masyarakat (28).

Berdasarkan hasil analisis kebijakan dan temuan lapangan, peningkatan jumlah peserta Pekerja Bukan Penerima Upah yang ditanggung oleh Pemerintah Daerah perlu dikendalikan melalui strategi yang terencana, terintegrasi dan berorientasi pada keberlanjutan fiskal. Strategi ini diarahkan untuk mendorong kemandirian kepesertaan JKN, meningkatkan peran badan usaha, serta memperkuat kesadaran masyarakat terhadap pentingnya jaminan kesehatan. Pertama, mendorong peningkatan kepesertaan mandiri di luar skema PBPU-BP Pemda. Pemerintah daerah perlu mengembangkan kebijakan afirmatif yang memfasilitasi masyarakat, khususnya pekerja informal dan pelaku usaha kecil, agar beralih secara bertahap menjadi peserta PBPU (Mandiri). Upaya ini dapat dilakukan melalui pendampingan pendaftaran, pemberian informasi yang jelas mengenai manfaat JKN, serta penyediaan mekanisme transisi bagi peserta PBPU-BP Pemda yang dinilai telah memiliki kemampuan ekonomi untuk membayar iuran secara mandiri. Kedua, penyusunan dan penguatan regulasi daerah yang mewajibkan perusahaan atau badan usaha untuk berkontribusi dalam kepesertaan JKN masyarakat sekitar melalui program tanggung jawab sosial perusahaan (CSR). Regulasi ini bertujuan untuk memperluas perlindungan jaminan kesehatan di lingkungan sekitar badan usaha sekaligus mengurangi beban pembiayaan yang selama ini ditanggung oleh pemerintah daerah melalui skema PBPU-BP Pemda. Dengan keterlibatan aktif badan usaha, prinsip gotong royong dalam sistem JKN dapat diimplementasikan secara lebih nyata. Ketiga, peningkatan kepesertaan BPJS Kesehatan di luar skema PBPU-BP Pemda secara berkelanjutan. Pemerintah daerah perlu mengoptimalkan kerja sama lintas sektor, termasuk dengan dinas ketenagakerjaan, dinas perizinan, dan pemerintah desa, untuk mengidentifikasi

potensi peserta non-PBPU-BP Pemda. Langkah ini penting untuk memperluas basis peserta aktif JKN sekaligus menjaga keseimbangan pembiayaan sistem jaminan kesehatan daerah. Keempat, penguatan pengawasan terhadap badan usaha agar pekerja ditanggung oleh badan usaha itu sendiri, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemerintah daerah perlu meningkatkan fungsi pengawasan dan penegakan kepatuhan badan usaha dalam mendaftarkan pekerjaannya sebagai peserta JKN. Pengawasan yang konsisten dan terkoordinasi diharapkan dapat menekan praktik pengalihan tanggung jawab jaminan kesehatan pekerja kepada pemerintah daerah melalui skema PBPU-BP Pemda. Kelima, peningkatan sosialisasi dan edukasi kepada masyarakat mengenai pentingnya kepesertaan JKN. Sosialisasi perlu dilakukan secara masif dan berkelanjutan dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan, termasuk fasilitas kesehatan, pemerintah desa, tokoh masyarakat, dan media lokal. Edukasi yang efektif akan meningkatkan pemahaman masyarakat tentang manfaat jaminan kesehatan, kewajiban kepesertaan, serta risiko ketergantungan pada bantuan pemerintah daerah dalam jangka panjang.

Secara keseluruhan, strategi untuk mengurangi peningkatan PBPU-BP Pemda harus dilakukan melalui pendekatan kolaboratif yang mengintegrasikan kebijakan, regulasi, pengawasan dan edukasi. Dengan strategi yang konsisten dan berorientasi pada kemandirian, pemerintah daerah diharapkan mampu menjaga keberlanjutan fiskal sekaligus memastikan perlindungan jaminan kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh lapisan masyarakat.

KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan optimalisasi kepesertaan PBI dan PBPU-BP Pemda di Kabupaten Kotawaringin Timur telah menunjukkan capaian yang baik dalam mendukung UHC, namun masih menghadapi kendala pada akurasi dan pemutakhiran data, ketepatan sasaran penerima serta keberlanjutan pembiayaan daerah. Pemerintah daerah telah menerapkan strategi pendataan bottom up, verifikasi dan sinkronisasi data lintas sektor, penguatan peran Dinas Sosial dan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil serta dukungan PBPU-BP Pemda sebagai penyangga PBI APBN. Meskipun koordinasi antar instansi sudah berjalan, namun dinamika data kependudukan dan keterbatasan kapasitas fiskal daerah menuntut penguatan tata kelola data terintegrasi dan kebijakan pembiayaan yang lebih berkelanjutan agar kepesertaan PBI dan PBPU-BP Pemda semakin tepat sasaran dan efektif.

DAFTAR PUSTAKA

- Anindia, H. Implementasi Kebijakan Aplikasi Sistem Layanan Informasi Perizinan Terpadu Pasti Bersih Dan Tuntas (Samirindu Pasti Bedas) Di Kabupaten Bandung (Doctoral dissertation, Universitas Komputer Indonesia). 2024.
- AyuK, ForumA, KesehatanPp. Pelayanan Kesehatan Pasien Bpjs Penerima Bantuan Iuran (Pbi) Di Mata Penerima Manfaat Di Kabupaten Purbalingga.
- BentleyMA. Undang-Undang Republic Indonesia Nomor 24 Tahun 2011. Journal of Controlled Release 2011;156:315–22.
- Biswan, A. T., & Grafitanti, I. D. Memaknai kembali penganggaran berbasis kinerja berdasarkan studi implementasi penganggaran sektor publik. Jurnal Manajemen Perbendaharaan, 2(1), 35-56. 2021.
- Devi, S., Wijaya, A. A., Hasibuan, I. D., Dina, P., & Andina, A. Analisis Efektivitas Penggunaan Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Simalingkar. Jurnal Abdi Nusa, 4(2), 108-119. 2024.
- Dewi, N. R. IMPLEMENTASI KEBIJAKAN IDENTITAS KEPENDUDUKAN DIGITAL DI
- Fait, T., & Sabaruddin, A. KOLABORASI MULTISTAKEHOLDER DALAM PERCEPATAN PENURUNAN STUNTING DI KABUPATEN KOLAKA.
- GRESIK. Jurnal Suara Politik, 4(1). 2025.
- Husni Zelika, Hasim As'ari. Implementasi Program Penerima Bantuan Iuran (Pbi) Jaminan Kesehatan Di Kota Pekanbaru. Jurnal Hukum, Politik Dan Ilmu Sosial 2022;1(4):139–46.

- Indartuti, E., & Rahmadanik, D. Implementasi Kebijakan Program Aktivasi Kepesertaan PBPU BP PEMDA/KIS PBI D UHC Guna Meningkatkan Pelayanan Kesehatan MBR Kabupaten Sidoarjo. *Jembatan Hukum: Kajian ilmu Hukum, Sosial dan Administrasi Negara*, 1(3), 17-31. 2024.
- Irfan, M. IMPLEMENTASI KEBIJAKAN ADMINISTRASI KEPENDUDUKAN DI
- Isin Engin F., Turner Bryan S., Janoski Thomas, Gran Brian, Woodiwiss Anthony, Roche Maurice, et al. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Mahkamah Konstitusi 2002; 1– 36.
- Journal Publicuho*, 8(2), 997-1012. 2025.
- Jurnal Ilmu Administrasi Negara*, 18(2), 21-39. 2021.
- KELURAHAN KALIABANG TENGAH KOTA BEKASI (Doctoral dissertation, Politeknik STIA LAN Jakarta). 2024.
- KOTA BIMA: (STUDI KASUS DI DINAS KEPENDUDUKAN DAN CATATAN SIPIL KOTA BIMA).
- Kurniawan YT, Kanto S. Strategi Optimalisasi Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk keluarga miskin di Puskesmas Kedamean Optimalisation Strategy for implementation of the National Health Insurance Assistance Contribution Program or JKN-PBI on Kedamean ' s Community Heal. *WACANA Jurnal sosial dan Humaniora* 2015; 18(2): 80–9.
- Mangalo, S. M., Masengi, E. E., & Mamonto, F. H. KEBIJAKAN PENYALURAN BANTUAN PANGAN DI KELURAHAN TEWAAN KECAMATAN RANOWULU KOTA BITUNG. *Journal*
- Mentari, W. D. Kajian Sistem Jaminan Kesehatan Berdasarkan Kemampuan dan Kemauan Membayar. Penerbit NEM. 2024.
- Miracantika, A. A. P. A. Implementasi Kebijakan Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Pada Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wangaya Kota Denpasar. *Socio-political Communication and Policy Review*, 2(3). 2025.
- Muharram, F. Implementasi Program Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga Berbasis Supervisi Monitoring Evaluasi dan Pelaporan di Desa Margamulya Kecamatan Sukaresik Kabupaten Tasikmalaya (Doctoral dissertation, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik). 2025.
- Musfiroh, S. R., & Yogopriyatno, J. MENJEMBATANI KESENJANGAN: Analisis Efektivitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Bangun Jaya, Daerah Semi- Terpencil. *Public Sphere Review*, 102-116. 2024.
- Nurhakim, M. I. Memahami Kompleksitas Kemiskinan di Perkotaan dari Kebijakan Publik dalam Perspektif Sosial. *Jurnal Kajian Ekonomi, Manajemen, dan Akuntansi Strategis*, 1(1 Juli), 37-48. 2025.
- of Innovation Research and Knowledge*, 4(7), 4617-4628. 2024.
- Pangulu, D., Laba, A., & Moonti, R. M. Peran Hukum dalam Pemberantasan Kemiskinan: Studi terhadap Kebijakan dan Implementasi Program Pemerintah. *Politika Progresif: Jurnal Hukum, Politik dan Humaniora*, 2(2), 294-305. 2025.
- Pendapat Bpk Pengelolaan Atas Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional 2021 Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia.
- Pratiwi, A. P. D. SINKRONISASI KEBIJAKAN PUSAT-DAERAH DALAM IMPLEMENTASI PENGANGGARAN BERBASIS KINERJA PADA PEMILU 2024: STUDI KASUS BAWASLU
- Profil-Kesehatan-Kotim-2021.
- Profil-Kesehatan-Kotim-2024.
- Sistem Monitoring & Evaluasi Jaminan Sosial DJSN. Laporan Kinerja Program JKN Kuatal II Tahun 2024. 2024; 7.
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Moleong, L. J. (2018). *Metodologi Penelitian Kualitatif*.
- Syahadah Rf, Hariyani E, Fadila, Naswa, Fitriani, Gurning P. Implementasi Program Penerima Bantuan Iuran (Pbi) Jaminan Kesehatan Di Puskesmas Kutalimbaru. 2024.
- Tintaborneo.Com. Pemkab Kotim Tertibkan Data Bpjs Pbi Demi Efisiensi Dan Ketepatan Sasaran. Tintaborneo.Com 2025;