

**EVALUASI IMPLEMENTASI PERGUB KALIMANTAN SELATAN
NOMOR 053 TAHUN 2024 MELALUI INDEKS KUALITAS KEBIJAKAN
(IKK)**

Ahyar Wahyudi

Health Office of South Kalimantan Province, Indonesia, Banjarbaru, South
Kalimantan, Indonesia
GEMA (GEMILANG MUTU AKREDITASI), Banjarbaru, South Kalimantan,
Indonesia
orange.kelabu@gmail.com

Rasyid Ridha

Health Office of South Kalimantan Province, Indonesia, Banjarbaru, South
Kalimantan, Indonesia

ABSTRAK

Peraturan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 053 Tahun 2024 tentang Kepesertaan dan Pelayanan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran Daerah (PBI Daerah) merupakan instrumen daerah dalam memperkuat penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional menuju Universal Health Coverage (UHC). Penelitian ini bertujuan menilai kualitas implementasi kebijakan melalui Pengukuran Indeks Kualitas Kebijakan (IKK), dengan mengidentifikasi capaian, kesenjangan, dan persoalan pada ketepatan sasaran, kualitas dan pemutakhiran data, koordinasi, pelayanan kesehatan, akses informasi, serta partisipasi dan respons terhadap masukan masyarakat. Penelitian menggunakan filsafat pragmatisme dengan pendekatan mixed methods dan desain evaluasi kebijakan. Data diperoleh melalui studi dokumentasi, data administratif, keterangan pemangku kepentingan, dan survei partisipasi publik. Instrumen disusun dengan mengoperasionalkan indikator IKK ke dalam kebutuhan bukti dan pertanyaan pengukuran. Survei menggunakan purposive sampling dan memperoleh 17 responden dari unsur masyarakat/peserta JKN, tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, dan unsur lainnya. Analisis dilakukan secara deskriptif-analitis dan triangulatif. Hasil menunjukkan bahwa implementasi kebijakan berada pada arah positif, tetapi belum sepenuhnya optimal dan merata. Persoalan utama ditemukan pada ketepatan sasaran, pemutakhiran dan sinkronisasi data, pemerataan akses informasi, koordinasi penyelesaian masalah, mutu pelayanan dan rujukan, serta keterlacakan respons terhadap masukan publik. Hanya 3 dari 17 responden yang sebelumnya mengetahui dan memahami Pergub, sedangkan setelah memperoleh ikhtisar kebijakan, 13 responden memberikan penilaian kejelasan 4–5 dengan rata-rata 3,88 dari 5. Temuan menunjukkan bahwa kualitas kebijakan tidak cukup diukur dari keberadaan regulasi dan cakupan kepesertaan, tetapi dari kemampuan sistem memastikan kebijakan diketahui, tepat sasaran, dapat digunakan, responsif terhadap persoalan, dan mampu menghasilkan perbaikan yang dapat ditelusuri. Penelitian merekomendasikan penguatan kualitas data, verifikasi dan validasi, komunikasi multikanal, koordinasi berbasis penyelesaian masalah, pemantauan pelayanan, serta mekanisme feedback loop dari masukan publik hingga tindak lanjut.

Kata Kunci: *Indeks Kualitas Kebijakan; PBI Daerah; JKN; Universal Health Coverage; Implementasi Kebijakan; Partisipasi Publik.*

ABSTRACT

Governor Regulation of South Kalimantan Number 053 of 2024 concerning Membership and Health Services for Regional Contribution Assistance Beneficiaries (Penerima Bantuan Iuran Daerah—PBI Daerah) serves as a regional policy instrument to strengthen the implementation of the National Health Insurance (Jaminan Kesehatan Nasional—JKN) toward Universal Health Coverage (UHC). This study aims to assess the quality of policy implementation through the Policy Quality Index (Indeks Kualitas Kebijakan—IKK) by identifying achievements, gaps, and implementation challenges related to targeting accuracy, data quality and updating, interagency coordination, health services, information accessibility, and public participation and responsiveness to public feedback. The study adopts a pragmatist research philosophy and a mixed-methods policy evaluation design. Data were collected through document review, administrative data, stakeholder inputs, and a public participation survey. The research instruments were developed by operationalizing the IKK indicators into evidence requirements and measurement questions. Using purposive sampling, the survey obtained 17 respondents representing JKN participants and the public, health workers, health facilities, the Health Office, the Social Affairs Office, BPJS Kesehatan, and other relevant stakeholders. Data were analyzed using descriptive-analytical and triangulation approaches. The findings indicate that policy implementation is generally moving in a positive direction, but remains uneven and not fully optimal. Key challenges include beneficiary targeting accuracy, data updating and synchronization, equitable access to information, problem-solving coordination, quality of health services and referrals, and traceability of government responses to public feedback. Only 3 of 17 respondents reported having previously known and understood the regulation, while after receiving a neutral policy summary, 13 respondents rated its clarity at 4–5 on a five-point scale, with a mean score of 3.88. These findings indicate that policy quality should not be assessed solely through the existence of regulation or membership coverage, but through the system's ability to ensure that the policy is known, accurately targeted, usable, responsive to implementation problems, and capable of producing traceable improvements. The study recommends strengthening data quality, verification and validation, multichannel policy communication, problem-solving coordination, service monitoring, and a feedback loop connecting public input with government response and follow-up.

Keywords: *Policy Quality Index; Regional Contribution Assistance; National Health Insurance; Universal Health Coverage; Policy Implementation; Public Participation.*

A. LATAR BELAKANG

Jaminan kesehatan merupakan salah satu instrumen penting dalam memastikan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan tanpa menghadapi

hambatan pembiayaan yang berlebihan. Dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemerintah daerah memiliki peran penting, terutama dalam menjangkau masyarakat yang belum terlindungi kepesertaan secara memadai dan kelompok fakir miskin serta orang tidak mampu. Upaya tersebut tidak berhenti pada penambahan jumlah peserta, tetapi mencakup ketepatan penetapan penerima, keberlangsungan kepesertaan, kemudahan memperoleh pelayanan, serta kemampuan pemerintah menyelesaikan persoalan yang muncul selama pelaksanaan program. Dengan demikian, kualitas kebijakan perlu dilihat dari hubungan antara aturan yang ditetapkan dengan pelaksanaan nyata yang dirasakan oleh masyarakat dan dijalankan oleh para pelaksana.

Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan menetapkan Peraturan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 053 Tahun 2024 tentang Kepesertaan dan Pelayanan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran Daerah (PBI Daerah) sebagai salah satu instrumen penyelenggaraan JKN di daerah. Peraturan ini mengatur kepesertaan PBI Daerah, pengusulan peserta, verifikasi dan validasi, perubahan serta pemutakhiran data, pembiayaan, pelayanan kesehatan, hingga pengawasan dan pelaporan. Pengaturan tersebut dimaksudkan untuk memperkuat penyelenggaraan JKN menuju Universal Health Coverage (UHC), sehingga masyarakat yang memenuhi kriteria dapat memperoleh perlindungan kesehatan melalui mekanisme yang lebih tertata. Pemerintah Kabupaten Hulu Sungai Selatan, misalnya, menyatakan bahwa Pergub tersebut menjadi pedoman penyelenggaraan kepesertaan dan pelayanan PBI Daerah sekaligus memperkuat sinergi pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/kota, dan BPJS Kesehatan dalam mendukung JKN menuju UHC.

Arah kebijakan tersebut juga memiliki hubungan langsung dengan prioritas pembangunan daerah. Bappeda Provinsi Kalimantan Selatan menyatakan bahwa Pergub Nomor 053 Tahun 2024 selaras dengan RPJMD Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2025–2029, khususnya Misi 1 mengenai pembangunan manusia serta program prioritas peningkatan cakupan jaminan sosial terpadu dan UHC. Pergub tersebut ditempatkan sebagai salah satu instrumen untuk mendukung cakupan kepesertaan JKN/KIS, khususnya bagi masyarakat yang membutuhkan perlindungan pembiayaan kesehatan. Artinya, keberhasilan Pergub tidak cukup dinilai dari keberadaan regulasi, tetapi dari kemampuannya bekerja sebagai bagian dari sistem perlindungan kesehatan daerah.

Persoalannya, keberadaan aturan yang jelas belum dengan sendirinya menjamin pelaksanaan yang efektif. Dalam kebijakan PBI Daerah terdapat rantai pelaksanaan yang cukup panjang, mulai dari identifikasi calon penerima, pengusulan, verifikasi dan validasi data, penetapan, pemutakhiran kepesertaan, pembiayaan, sampai dengan pelayanan dan rujukan. Setiap tahapan melibatkan lebih dari satu organisasi, antara lain Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, pemerintah kabupaten/kota, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, serta unsur pemerintahan pada tingkat yang lebih dekat dengan masyarakat. Karena itu, persoalan pada satu mata rantai dapat memengaruhi tahapan berikutnya. Data yang tidak mutakhir dapat menghambat penetapan peserta; perubahan identitas yang belum tersinkronisasi dapat memengaruhi status kepesertaan; sedangkan koordinasi yang tidak berjalan baik dapat memperpanjang penyelesaian persoalan yang seharusnya dapat ditangani lebih cepat.

Sejumlah kesenjangan tersebut penting diperiksa karena ukuran keberhasilan program tidak semata-mata berupa cakupan kepesertaan. Cakupan yang tinggi belum selalu menunjukkan bahwa seluruh kelompok sasaran telah memperoleh manfaat secara tepat, mudah, dan berkelanjutan. Ketepatan sasaran sangat bergantung pada kualitas data, proses verifikasi dan validasi, kapasitas pelaksana, serta pemutakhiran informasi penerima manfaat. Kajian mengenai program bantuan sosial menunjukkan bahwa persoalan data lama, kapasitas pelaksana, komunikasi, infrastruktur, dan pengawasan dapat memengaruhi ketepatan sasaran (Anward & Adi, 2024). Pada penyelenggaraan JKN, persoalan tersebut menjadi lebih penting karena status kepesertaan berhubungan langsung dengan kemampuan seseorang memperoleh pelayanan kesehatan ketika membutuhkan.

Kesenjangan lain terdapat pada hubungan antara kebijakan dan masyarakat sebagai penerima manfaat. Kebijakan dapat telah ditetapkan dan dilaksanakan oleh pemerintah, tetapi masyarakat belum tentu mengetahui substansinya, memahami hak dan kewajibannya, mengetahui cara memperoleh pelayanan, atau mengetahui ke mana harus menyampaikan persoalan. Dalam penelitian sebelumnya, keterbatasan literasi dan akses informasi terbukti dapat memengaruhi kemampuan seseorang menggunakan pelayanan kesehatan secara tepat (Goto et al., 2019; Shahid et al., 2022). Karena itu, komunikasi kebijakan tidak dapat ditempatkan hanya sebagai kegiatan penyebarluasan informasi. Informasi harus sampai kepada kelompok yang membutuhkan, dapat dipahami, dan dapat digunakan ketika masyarakat menghadapi persoalan kepesertaan maupun pelayanan.

Kesenjangan yang lebih penting lagi berkaitan dengan suara masyarakat dalam proses perbaikan kebijakan. Mekanisme pengaduan atau penyampaian masukan dapat tersedia, tetapi keberadaannya belum cukup untuk menunjukkan bahwa masyarakat benar-benar memiliki ruang untuk memengaruhi perbaikan pelaksanaan. Pertanyaan yang perlu dijawab bukan hanya apakah saluran pengaduan tersedia, melainkan apakah masyarakat mengetahui saluran tersebut, dapat menggunakannya, memperoleh tanggapan, mengetahui tindak lanjutnya, dan melihat perubahan yang dihasilkan. Putturaj et al. (2021) menempatkan aksesibilitas, responsivitas, akuntabilitas, dan kemampuan mekanisme pengaduan menghasilkan pembelajaran sebagai unsur penting dalam tata kelola pengaduan pelayanan kesehatan. Gupta et al. (2023) juga menunjukkan bahwa kualitas partisipasi publik tidak cukup diukur dari keberadaan mekanisme partisipasi, tetapi perlu dilihat dari keterwakilan, kesempatan menyampaikan suara, respons pemerintah, dan sejauh mana masukan digunakan dalam proses kebijakan.

Kesenjangan tersebut menjadi semakin penting dalam Pengukuran Indeks Kualitas Kebijakan (IKK). Pengukuran IKK tidak hanya menilai apakah suatu regulasi telah ditetapkan, tetapi juga melihat kualitas implementasi, dampak, koordinasi, keberlanjutan, serta hubungan pemerintah dengan pemangku kepentingan. Dokumen pelaksanaan pengukuran IKK terhadap Pergub Nomor 053 Tahun 2024 secara eksplisit menempatkan implementasi, koordinasi lintas pemangku kepentingan, dampak kebijakan, monitoring, dan persepsi stakeholder sebagai bagian dari pembuktian kualitas kebijakan. Salah satu bagian yang perlu mendapat perhatian khusus adalah D2, yaitu tersedianya mekanisme bagi

masyarakat untuk memberikan masukan, pengaduan, atau keberatan serta adanya respons pemerintah yang dapat ditelusuri.

Dengan demikian, masih terdapat sejumlah pertanyaan yang perlu dijawab secara empiris. Apakah masyarakat telah mengetahui keberadaan dan substansi Pergub Nomor 053 Tahun 2024? Apakah informasi mengenai kepesertaan dan pelayanan PBI Daerah mudah diperoleh dan dipahami? Bagaimana masyarakat dan pelaksana menilai ketepatan sasaran, pemutakhiran data, pelayanan serta rujukan? Di titik mana koordinasi antarlembaga masih menghadapi persoalan? Saluran apa yang digunakan ketika masyarakat mengalami masalah, dan apakah masukan tersebut memperoleh respons serta tindak lanjut? Yang tidak kalah penting, apakah masukan masyarakat telah menjadi bagian dari proses evaluasi dan perbaikan pelaksanaan kebijakan?

Pertanyaan-pertanyaan tersebut menjadi dasar dilakukannya penelitian ini. Penilaian tidak diarahkan semata-mata untuk memberikan gambaran apakah Pergub telah berjalan, tetapi untuk melihat bagaimana kebijakan bekerja dari sisi aturan, pelaksana, data, pelayanan, masyarakat, dan mekanisme perbaikannya. Pendekatan ini penting agar hasil IKK tidak berhenti sebagai nilai penilaian, melainkan menghasilkan informasi yang dapat digunakan untuk memperkuat implementasi kebijakan. Permintaan resmi kepada perangkat daerah dalam rangka pengukuran IKK sendiri telah menempatkan verifikasi dan validasi DTSEN, mekanisme perubahan dan pembaruan data, koordinasi lintas instansi, ketepatan sasaran, serta masukan untuk penyempurnaan kebijakan sebagai hal yang perlu dibuktikan.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menilai kualitas implementasi Peraturan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 053 Tahun 2024 tentang Kepesertaan dan Pelayanan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran Daerah melalui Pengukuran Indeks Kualitas Kebijakan (IKK), dengan mengidentifikasi capaian, kesenjangan, dan persoalan pada setiap tahapan kebijakan, termasuk ketepatan sasaran, kualitas dan pemutakhiran data, koordinasi, pelayanan kesehatan, akses informasi, serta partisipasi dan respons terhadap masukan masyarakat, sehingga diperoleh dasar yang lebih kuat untuk evaluasi dan perbaikan kebijakan secara berkelanjutan.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini berlandaskan filsafat pragmatisme, yang menempatkan pemecahan masalah dan kegunaan hasil penelitian sebagai dasar pemilihan metode. Pendekatan yang digunakan adalah mixed methods dengan desain evaluasi kebijakan, untuk menilai kualitas substansi dan implementasi Pergub Kalimantan Selatan Nomor 053 Tahun 2024 berdasarkan indikator Indeks Kualitas Kebijakan (IKK).

Data diperoleh melalui studi dokumentasi, data administratif, keterangan pemangku kepentingan, dan survei partisipasi publik. Instrumen penelitian disusun dengan mengoperasionalkan setiap indikator IKK menjadi kebutuhan bukti dan pertanyaan pengukuran. Instrumen survei publik mencakup enam bagian: ikhtisar kebijakan; identitas responden; pengetahuan dan akses informasi; mekanisme masukan, keluhan dan keberatan; pengalaman serta usulan perbaikan; dan

kesediaan memberikan klarifikasi. Pertanyaan menggunakan pilihan kategorikal, skala penilaian, serta pertanyaan terbuka untuk menangkap pengalaman dan rekomendasi responden.

Sampel survei ditetapkan secara purposive, dengan memilih responden yang memiliki keterkaitan langsung dengan kepesertaan, pelayanan, atau implementasi PBI Daerah, meliputi masyarakat/peserta JKN, tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, dan BPJS Kesehatan. Survei memperoleh 17 responden yang berasal dari Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Kotabaru, Banjarbaru, dan Banjarmasin.

Analisis dilakukan secara deskriptif-analitis dan triangulatif, dengan membandingkan bukti dokumen, data administratif, informasi pemangku kepentingan, dan masukan publik untuk mengidentifikasi capaian, kesenjangan, persoalan implementasi, serta rekomendasi perbaikan kebijakan. Hasil survei digunakan sebagai bukti partisipatif, bukan sebagai generalisasi statistik populasi.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Partisipasi Responden

Survei Masukan dan Partisipasi Publik terhadap Implementasi Peraturan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 053 Tahun 2024 dilaksanakan sebagai upaya memperoleh pandangan langsung dari pihak yang memiliki pengalaman, kepentingan, maupun keterkaitan dengan penyelenggaraan kepesertaan dan pelayanan kesehatan Penerima Bantuan Iuran Daerah (PBI Daerah). Sampai dengan periode pengumpulan data, diperoleh 17 respons yang berasal dari unsur masyarakat atau peserta JKN, tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, serta unsur lainnya. Persebaran responden mencakup Kota Banjarmasin, Kota Banjarbaru, Kabupaten Kotabaru, Kabupaten Barito Kuala, dan Kabupaten Hulu Sungai Selatan. Komposisi ini menunjukkan bahwa survei telah menjangkau lebih dari satu sisi hubungan kebijakan, yaitu sisi penerima manfaat sekaligus sisi penyelenggara dan pelaksana layanan.

Keberagaman responden tersebut penting dibaca bukan semata-mata berdasarkan jumlahnya, tetapi berdasarkan variasi perspektif yang dibawa ke dalam proses partisipasi. Gupta et al. (2023) menempatkan keberagaman dan keterwakilan pemangku kepentingan sebagai salah satu dimensi penting dalam menilai kualitas ruang partisipasi. Mereka menunjukkan bahwa kredibilitas proses partisipatif antara lain ditentukan oleh apakah kelompok-kelompok yang relevan telah terwakili serta apakah perspektif yang berbeda dapat masuk ke dalam proses pengambilan keputusan. Dalam penelitian ini, hadirnya masyarakat, tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, perangkat daerah, dan BPJS Kesehatan memberikan variasi pengalaman yang memungkinkan implementasi Pergub Nomor 053 Tahun 2024 dilihat dari rantai kebijakan yang lebih lengkap, mulai dari akses dan pemahaman masyarakat hingga pelaksanaan pelayanan dan koordinasi antarlembaga.

Temuan tersebut sekaligus memperlihatkan bahwa 17 respons tidak tepat diposisikan sebagai sampel yang merepresentasikan seluruh masyarakat Kalimantan Selatan secara statistik. Survei ini lebih tepat dipahami sebagai

instrumen partisipatif untuk menangkap pengalaman, persepsi, dan masukan awal dari kelompok yang memiliki keterkaitan dengan implementasi kebijakan. Gupta et al. (2023) bahkan menunjukkan bahwa pengukuran partisipasi kesehatan selama ini tidak hanya berkaitan dengan keberadaan partisipasi, tetapi juga dengan representativeness, kapasitas untuk berpartisipasi, kemampuan pemerintah merespons masukan, serta kemungkinan masukan tersebut diterjemahkan ke dalam pengambilan keputusan. Dengan demikian, kualitas informasi yang diperoleh dari keberagaman responden menjadi lebih penting daripada sekadar memperbesar jumlah respons.

Dari perspektif tata kelola kesehatan, keberadaan berbagai kelompok tersebut juga memperkuat posisi survei sebagai ruang dialog antara masyarakat dan penyelenggara kebijakan. Gupta et al. (2023) menjelaskan bahwa partisipasi sosial atau stakeholder voice merupakan bagian penting dari tata kelola sistem kesehatan karena interaksi masyarakat dengan pembuat kebijakan dapat mendorong sistem yang lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Partisipasi juga berpotensi memperkuat penerimaan terhadap kebijakan, memperbaiki implementasi, dan meningkatkan kepercayaan terhadap institusi publik.

Hal tersebut sejalan dengan Akintobi et al. (2025) yang menegaskan bahwa community engagement dalam kesehatan perlu dibangun melalui hubungan yang berkelanjutan, kolaborasi, kepercayaan, dan keterlibatan masyarakat dalam proses perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, serta perbaikan program. Dengan demikian, survei terhadap implementasi Pergub Nomor 053 Tahun 2024 tidak seharusnya berhenti pada pengumpulan opini. Nilai strategisnya terletak pada kemampuan pemerintah mendengar pengalaman para pihak, mengidentifikasi persoalan yang muncul, mengolah masukan menjadi rekomendasi, dan menunjukkan tindak lanjut yang dapat ditelusuri.

Dengan demikian, komposisi 17 responden dalam survei ini memberikan evidence partisipatif awal mengenai bagaimana kebijakan dipahami, diakses, dan dirasakan dalam pelaksanaannya. Keberagaman asal dan posisi responden juga memberikan dasar untuk melanjutkan analisis pada aspek pengetahuan terhadap kebijakan, akses informasi, pengalaman pelayanan, mekanisme pengaduan, serta masukan perbaikan. Pada titik inilah partisipasi publik memperoleh makna substantif: bukan hanya menunjukkan bahwa masyarakat diberi ruang untuk berbicara, tetapi sejauh mana suara tersebut dapat menjadi bahan pembelajaran dan perbaikan implementasi kebijakan kesehatan.

Tingkat Pengetahuan Masyarakat dan Pemangku Kepentingan terhadap Pergub

Hasil survei terhadap 17 responden menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat dan pemangku kepentingan terhadap Peraturan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 053 Tahun 2024 masih belum merata. Sebanyak 8 responden menyatakan belum mengetahui keberadaan Pergub sebelum mengikuti survei, 4 responden pernah mendengar tetapi belum memahaminya, 2 responden pernah mengetahui tetapi belum membaca, dan hanya 3 responden yang menyatakan telah mengetahui dan memahami Pergub. Temuan ini menunjukkan bahwa keberadaan suatu regulasi belum dengan sendirinya menghasilkan pengetahuan publik mengenai substansi dan manfaat kebijakan tersebut.

Temuan tersebut penting karena Pergub 053 Tahun 2024 bukan sekadar instrumen administratif, tetapi mengatur mekanisme kepesertaan PBI Daerah, verifikasi dan validasi data, perubahan kepesertaan, pembiayaan, pelayanan kesehatan, serta pengawasan dan pelaporan. Dengan demikian, tingkat pengetahuan publik berkaitan langsung dengan kemampuan masyarakat mengenali hak, memahami persyaratan, mengetahui mekanisme pemutakhiran data, serta menentukan saluran yang dapat digunakan ketika menghadapi persoalan pelayanan. Dalam perspektif health literacy, kemampuan memperoleh, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan merupakan bagian penting dari kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan dan memanfaatkan layanan kesehatan (Goto et al., 2019). Penelitian tersebut menunjukkan bahwa literasi kesehatan berhubungan dengan pemanfaatan layanan kesehatan preventif, meskipun hubungan tersebut dapat berbeda menurut karakteristik kelompok masyarakat.

Hubungan antara pengetahuan dan akses layanan juga tidak bersifat sederhana. Shahid et al. (2022), misalnya, menemukan bahwa pasien dengan literasi kesehatan yang tidak memadai memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk melakukan kunjungan ulang ke instalasi gawat darurat. Temuan tersebut tidak dapat secara langsung digeneralisasikan kepada peserta PBI Daerah, tetapi memberikan dasar analitis bahwa keterbatasan kemampuan memahami informasi kesehatan dapat berimplikasi pada pengalaman dan pemanfaatan pelayanan. Karena itu, dalam implementasi Pergub 053/2024, persoalan pengetahuan perlu dipandang sebagai bagian dari kualitas implementasi, bukan sekadar persoalan komunikasi publik.

Hasil survei memberikan indikasi yang menarik. Setelah responden memperoleh ringkasan substansi Pergub secara netral, 13 dari 17 responden memberikan penilaian 4 atau 5 terhadap tingkat kejelasan informasi, dengan skor rata-rata 3,88 dari 5. Artinya, persoalan yang ditemukan tidak serta-merta menunjukkan bahwa substansi kebijakan sulit dipahami. Sebaliknya, terdapat indikasi bahwa akses awal terhadap informasi dan cara kebijakan dikomunikasikan menjadi faktor penting. Temuan ini sejalan dengan Akintobi et al. (2025), yang menempatkan komunikasi dan pelibatan masyarakat sebagai proses yang perlu dilakukan secara sengaja, berkelanjutan, dan menghasilkan masukan yang dapat digunakan dalam pengambilan keputusan.

Gupta et al. (2023) memperkuat analisis tersebut dengan menunjukkan bahwa partisipasi sosial dalam tata kelola kesehatan tidak cukup dinilai dari ada atau tidaknya partisipasi, tetapi juga dari kualitas interaksi antara masyarakat dan pembuat kebijakan serta sejauh mana masukan tersebut dapat memengaruhi keputusan. Dengan demikian, rendahnya pengetahuan awal dalam survei ini sebaiknya tidak ditafsirkan semata-mata sebagai kelemahan masyarakat, melainkan sebagai indikator perlunya penguatan komunikasi kebijakan yang mudah diakses, sederhana, akurat, dan berorientasi pada kebutuhan pengguna.

Implikasinya, sosialisasi Pergub perlu bergeser dari sekadar menyampaikan keberadaan regulasi menuju komunikasi yang menjawab pertanyaan praktis: siapa yang dapat menjadi peserta PBI Daerah, bagaimana proses pengusulan dan pemutakhiran data, bagaimana memperoleh pelayanan, ke mana menyampaikan keluhan, dan bagaimana mengetahui tindak lanjutnya. Pendekatan tersebut sekaligus membuka ruang partisipasi yang lebih bermakna karena masyarakat tidak

hanya menjadi penerima informasi, tetapi dapat memberikan pengalaman dan masukan untuk penyempurnaan implementasi. Gupta et al. (2023) menegaskan bahwa partisipasi yang bermakna membutuhkan kapasitas untuk terlibat dan adanya kemungkinan policy uptake atas rekomendasi yang dihasilkan.

Dengan demikian, hasil survei menunjukkan bahwa tantangan Pergub 053/2024 bukan hanya memastikan regulasi tersedia, tetapi memastikan regulasi tersebut diketahui, dipahami, dapat digunakan, dan menjadi dasar interaksi dua arah antara pemerintah dan masyarakat. Temuan ini sekaligus menjadi dasar penting bagi analisis pada subbab berikutnya mengenai mekanisme umpan balik, keluhan, dan respons pemerintah, karena pengetahuan kebijakan merupakan prasyarat agar partisipasi publik dapat berkembang dari sekadar mengetahui menjadi menyampaikan pengalaman dan memengaruhi perbaikan kebijakan.

Akses Masyarakat terhadap Informasi PBI Daerah

Hasil survei menunjukkan bahwa akses masyarakat dan pemangku kepentingan terhadap informasi mengenai PBI Daerah secara umum dinilai relatif baik, tetapi belum sepenuhnya merata. Sebagian besar responden menilai informasi relatif mudah hingga sangat mudah diperoleh, sementara sebagian lainnya masih mengalami kesulitan. Temuan ini penting karena akses informasi dalam kebijakan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh ada atau tidaknya informasi, tetapi juga oleh kanal yang digunakan, keterjangkauan kelompok sasaran, kemampuan memahami informasi, serta kemudahan menggunakannya dalam memperoleh layanan. Dengan demikian, “informasi tersedia” tidak otomatis berarti “informasi terakses dan dapat dimanfaatkan”.

Persoalan tersebut menjadi semakin relevan karena Pergub Kalimantan Selatan Nomor 053 Tahun 2024 mengatur aspek yang bersentuhan langsung dengan masyarakat, mulai dari kepesertaan PBI Daerah, proses verifikasi dan validasi data, perubahan data peserta, pembiayaan, hingga akses pelayanan kesehatan. Karena itu, kualitas implementasi kebijakan juga bergantung pada kemampuan masyarakat memperoleh informasi yang benar mengenai siapa yang dapat menjadi peserta, bagaimana data diusulkan atau diperbarui, ke mana masyarakat harus meminta informasi, serta bagaimana memperoleh pelayanan kesehatan.

Temuan survei menunjukkan adanya kebutuhan untuk memperkuat penyebaran informasi, terutama kepada kelompok masyarakat yang belum terbiasa menggunakan kanal digital. Hal ini sejalan dengan penelitian Matsuoka et al. (2022) yang menunjukkan bahwa kelompok rentan dapat menghadapi hambatan dalam memperoleh informasi kesehatan karena keterbatasan pengetahuan, hambatan kognitif, serta ketidaktahuan terhadap sumber informasi formal. Penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa informasi yang ringkas, menggunakan bahasa yang mudah dipahami, ilustrasi, media sosial, serta dukungan orang atau institusi yang dipercaya dapat membantu meningkatkan akses terhadap informasi kesehatan.

Dalam lingkungan Indonesia, persoalan ini memiliki dimensi yang lebih luas. Nababan (2024) menunjukkan adanya kesenjangan digital antardaerah di Indonesia, baik dari sisi akses terhadap infrastruktur teknologi maupun tingkat literasi digital. Ketimpangan tersebut berpotensi memperlebar ketidaksetaraan akses terhadap layanan kesehatan apabila digitalisasi dijadikan satu-satunya saluran komunikasi.

Temuan Aisyah et al. (2025) memperkuat persoalan tersebut pada tingkat fasilitas kesehatan: pemanfaatan sistem informasi kesehatan di Puskesmas masih menghadapi variasi infrastruktur, konektivitas, beban sistem, dan kapasitas sumber daya manusia.

Temuan ini juga perlu dibaca bersama penelitian Kusnali et al. (2026), yang menemukan adanya ketimpangan struktural dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan primer di Indonesia dan menegaskan pentingnya mengatasi digital divide dalam pencapaian cakupan kesehatan yang inklusif melalui JKN. Artinya, strategi komunikasi PBI Daerah sebaiknya tidak hanya berorientasi pada digitalisasi informasi, tetapi pada kesetaraan akses informasi.

Atas dasar itu, strategi yang lebih tepat adalah komunikasi multikanal: kanal digital resmi pemerintah tetap digunakan untuk kecepatan dan jangkauan, tetapi diperkuat melalui Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, Puskesmas, fasilitas kesehatan, pemerintah kecamatan, desa/kelurahan, serta media komunikasi masyarakat. Pendekatan demikian sejalan dengan prinsip meaningful participation, bahwa keterlibatan masyarakat tidak cukup hanya dengan menyediakan mekanisme formal, tetapi harus memastikan masyarakat memiliki kapasitas dan kesempatan nyata untuk memperoleh, memahami, dan menggunakan informasi kebijakan.

Dengan demikian, hasil survei mengindikasikan bahwa tantangan akses informasi PBI Daerah bukan terutama persoalan ketiadaan informasi, melainkan pemerataan jangkauan dan kemampuan masyarakat memanfaatkan informasi tersebut. Implikasi kebijakannya adalah perlunya membangun komunikasi yang sederhana, aktif, multikanal, berbasis kelompok sasaran, dan menjangkau masyarakat yang memiliki keterbatasan akses digital. Pendekatan ini akan membuat transparansi kebijakan tidak berhenti pada publikasi regulasi, tetapi berkembang menjadi akses informasi yang benar-benar mendukung masyarakat dalam memperoleh hak kepesertaan dan pelayanan kesehatan.

Pemahaman terhadap Mekanisme Masukan, Pengaduan, dan Keberatan

Hasil survei menunjukkan bahwa pemahaman masyarakat dan pemangku kepentingan terhadap mekanisme masukan, pengaduan, dan keberatan atas pelaksanaan PBI Daerah masih beragam. Responden mengenali sejumlah saluran yang dapat digunakan, antara lain Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, Puskesmas, rumah sakit/fasilitas kesehatan, pemerintah desa/kelurahan, SP4N-LAPOR!, kanal komunikasi resmi, maupun penyampaian langsung kepada petugas. Namun, keberadaan berbagai kanal tersebut belum secara otomatis menunjukkan bahwa seluruh pengguna kebijakan memahami kepada siapa harus menyampaikan masalah, bagaimana prosedurnya, serta apa yang terjadi setelah pengaduan disampaikan.

Temuan tersebut penting karena kualitas mekanisme pengaduan tidak semata-mata ditentukan oleh tersedianya saluran. Putturaj et al. (2021) menempatkan sistem grievance redressal yang berfungsi sebagai instrumen perlindungan hak pengguna layanan. Mekanisme tersebut idealnya mudah diakses, imparial, memiliki kewenangan yang memadai, memberikan umpan balik kepada sistem kesehatan, serta terintegrasi dengan tata kelola yang lebih luas. Dengan demikian, dalam pelaksanaan Pergub Kalsel Nomor 053 Tahun 2024, kanal pengaduan

seharusnya dipandang sebagai bagian dari siklus pengendalian dan perbaikan pelayanan, bukan sekadar tempat menerima keluhan.

Hasil survei memperlihatkan persoalan yang lebih mendasar pada aspek awareness dan pemahaman prosedural. Sebagian responden mengetahui keberadaan kanal, tetapi belum memahami mekanisme penggunaannya secara jelas. Pola ini sejalan dengan temuan Gurung (2017), yang menunjukkan bahwa keberadaan mekanisme citizen voice tidak selalu diikuti tingkat pemanfaatan yang tinggi karena masyarakat dapat menghadapi keterbatasan pengetahuan mengenai hak layanan dan saluran penyampaian aspirasi. Artinya, semakin banyak kanal yang tersedia tidak selalu berarti semakin kuat partisipasi publik apabila informasi mengenai fungsi, prosedur, dan kewenangan masing-masing kanal tidak disampaikan secara sederhana dan konsisten.

Persoalan berikutnya adalah respons dan tindak lanjut. Dalam survei, terdapat responden yang memperoleh jawaban atas masukan atau pengaduannya, tetapi tidak mengetahui apakah terdapat tindak lanjut; sementara sebagian lainnya menilai persoalan belum sepenuhnya terselesaikan. Hal ini menunjukkan bahwa ukuran kualitas mekanisme pengaduan tidak berhenti pada response received, tetapi harus bergerak menuju response acted upon. Skär dan Söderberg (2018), berdasarkan analisis terhadap 587 pengaduan pasien, menunjukkan bahwa sebagian pengadu bahkan tidak memperoleh jawaban yang memadai. Temuan tersebut memperlihatkan bahwa komunikasi setelah pengaduan merupakan bagian penting dari kualitas respons pelayanan.

Perspektif tersebut diperkuat oleh Taela et al. (2024), yang menemukan bahwa mekanisme pengaduan kesehatan dapat tidak efektif ketika kanalnya tidak diketahui pengguna, menimbulkan ketidakpercayaan, atau lebih banyak berjalan secara informal. Mereka menekankan pentingnya sistem yang formal, transparan, pembagian peran yang jelas, kapasitas petugas, serta penguatan akuntabilitas. Dalam kerangka social accountability, Nejatian et al. (2024) juga menegaskan bahwa mekanisme akuntabilitas perlu dirancang secara strategis dan menggunakan berbagai instrumen pada tingkat fasilitas maupun masyarakat agar mampu meningkatkan kinerja sistem kesehatan.

Dengan demikian, hasil survei memberikan indikasi bahwa tantangan utama D2 bukan semata-mata ketiadaan kanal pengaduan, melainkan belum meratanya pemahaman dan keterlacakan proses setelah masukan disampaikan. Hal ini sejalan dengan Gupta et al. (2023), yang menekankan bahwa partisipasi yang bermakna tidak cukup dinilai dari keberadaan mekanisme, tetapi juga dari apakah masyarakat benar-benar didengar dan masukan tersebut masuk ke dalam proses pengambilan keputusan.

Oleh karena itu, penguatan mekanisme perlu diarahkan pada satu rantai yang utuh: masyarakat mengetahui kanal, dapat menyampaikan masukan, memperoleh respons, dapat mengetahui status tindak lanjut, memperoleh penyelesaian atau penjelasan atas keputusan. Dengan pendekatan tersebut, mekanisme pengaduan tidak hanya menjadi instrumen pelayanan, tetapi juga menjadi mekanisme pembelajaran kebijakan dan akuntabilitas sosial dalam penyelenggaraan PBI Daerah menuju UHC.

Ketepatan Sasaran sebagai Isu Utama Implementasi

Hasil survei menunjukkan bahwa ketepatan sasaran penerima PBI Daerah merupakan salah satu perhatian utama pemangku kepentingan. Beberapa responden menekankan perlunya memastikan bahwa keluarga yang memperoleh manfaat benar-benar merupakan kelompok yang menjadi sasaran kebijakan. Masukan tersebut tidak berdiri sendiri, tetapi berkaitan erat dengan kebutuhan verifikasi dan validasi serta pemutakhiran data peserta. Temuan ini menunjukkan bahwa dalam implementasi PBI Daerah, persoalan ketepatan sasaran bukan sekadar persoalan administratif, melainkan menentukan apakah sumber daya publik benar-benar diterima oleh kelompok yang membutuhkan perlindungan kesehatan.

Literatur mengenai target accuracy menunjukkan bahwa ketepatan sasaran merupakan salah satu dimensi penting keberhasilan implementasi program perlindungan sosial. Anward dan Adi (2024), melalui kajian terhadap 38 penelitian, mengidentifikasi bahwa ketepatan sasaran dipengaruhi antara lain oleh kualitas dan kompetensi aparatur, ketersediaan infrastruktur, pengawasan distribusi, penggunaan data lama, komunikasi, akses internet, serta pembaruan identitas masyarakat. Temuan tersebut memiliki korelasi kuat dengan mekanisme PBI Daerah yang mengandalkan proses verifikasi, validasi, perubahan data, serta koordinasi antarlembaga. Dengan demikian, kualitas penerima manfaat pada akhirnya sangat dipengaruhi oleh kualitas proses yang menghasilkan dan memelihara data penerima.

Persoalan tersebut juga perlu dilihat melalui konsep inclusion error dan exclusion error. Kesalahan inklusi terjadi ketika kelompok yang tidak memenuhi kriteria masuk sebagai penerima, sedangkan kesalahan eksklusi terjadi ketika kelompok yang seharusnya memperoleh perlindungan justru tidak terakomodasi. Lutfiah et al. (2015) menunjukkan bahwa ketidaktepatan sasaran dalam program jaminan kesehatan dapat muncul ketika data penerima tidak sepenuhnya sesuai dengan kriteria kemiskinan. Sementara itu, Sutanto et al. (2020) menunjukkan pentingnya pendekatan accurate targeting dalam program sosial di Indonesia. Dengan demikian, keberhasilan PBI Daerah tidak cukup diukur dari jumlah peserta yang terdaftar, tetapi juga dari seberapa tepat komposisi peserta tersebut dibandingkan dengan populasi yang menjadi sasaran kebijakan.

Masukan responden mengenai transparansi pembagian kuota antarkabupaten juga memperluas persoalan ketepatan sasaran dari tingkat individu/keluarga menuju tingkat kewilayahan. Usulan agar alokasi mempertimbangkan proporsi penduduk miskin menunjukkan adanya perhatian terhadap prinsip keadilan distribusi. Namun, usulan tersebut perlu ditempatkan sebagai masukan pemangku kepentingan, bukan langsung diperlakukan sebagai formula alokasi yang paling tepat. McCarthy (2026) menunjukkan bahwa penargetan kemiskinan di Indonesia menghadapi persoalan ketika indikator teknokratis tidak sepenuhnya menangkap kondisi sosial-ekonomi masyarakat. Penggunaan sistem data yang kompleks dapat menghasilkan kesalahan inklusi maupun eksklusi dan menimbulkan ketegangan antara daftar penerima administratif dengan persepsi masyarakat mengenai siapa yang paling membutuhkan bantuan.

Temuan tersebut memberikan pelajaran penting bagi PBI Daerah: data administratif diperlukan, tetapi tidak selalu cukup tanpa mekanisme validasi dan

koreksi yang responsif terhadap kondisi lapangan. Bahkan, pengalaman Kenya dalam program UHC bagi masyarakat miskin menunjukkan bahwa kelemahan data nasional, variasi metode penetapan penerima, keterbatasan kapasitas pelaksana, serta lemahnya validasi masyarakat dapat menghasilkan exclusion error, keterbatasan kepesertaan, dan ketidakpercayaan. Karena itu, Maritim et al. (2026) menekankan pentingnya penyelarasan kerangka targeting dengan realitas lokal, penguatan kapasitas pelaksana, validasi masyarakat, dan komunikasi.

Dalam perspektif tata kelola data, kualitas data juga harus dipahami sebagai proses yang terus diperbarui. Pengalaman pengelolaan jaminan sosial menunjukkan bahwa data yang terstandar, terhubung, dan diperbarui secara berkala dapat mendukung identifikasi penerima secara lebih akurat dan meningkatkan ketepatan pelayanan. Karena itu, koordinasi Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan pemerintah kabupaten/kota menjadi instrumen penting untuk memastikan verifikasi, validasi, pemutakhiran, sinkronisasi, penetapan berjalan sebagai satu siklus.

Dengan demikian, hasil survei memperlihatkan bahwa ketepatan sasaran merupakan titik kritis kredibilitas implementasi PBI Daerah. Perluasan cakupan menuju UHC tidak hanya membutuhkan semakin banyak peserta, tetapi juga memastikan bahwa manfaat tersebut diberikan secara tepat, adil, transparan, dan dapat dikoreksi ketika kondisi masyarakat berubah. Penguatan kualitas data, verifikasi dan validasi berkelanjutan, transparansi kriteria serta alokasi, dan keterlibatan pemerintah daerah dalam validasi lapangan menjadi prasyarat penting agar PBI Daerah tidak hanya berhasil memperluas cakupan kepesertaan, tetapi juga menghasilkan perlindungan kesehatan yang benar-benar menjangkau kelompok yang membutuhkan.

Pemutakhiran Data dan Tantangan Integrasi Data Kependudukan

Masukan responden menunjukkan bahwa pemutakhiran data peserta masih menjadi salah satu titik penting dalam implementasi PBI Daerah. Salah satu responden dari unsur Dinas Kesehatan menyampaikan pengalaman mengenai peserta yang memiliki Kartu Keluarga baru, tetapi datanya belum terbaca atau belum terverifikasi dalam sistem, sehingga proses pengaktifan kepesertaan PBI Daerah menjadi tertunda. Responden mengharapkan adanya mekanisme sinkronisasi atau percepatan pemutakhiran antara data kependudukan dan sistem kepesertaan. Temuan ini memperlihatkan bahwa persoalan implementasi tidak selalu muncul karena seseorang tidak memenuhi kriteria sebagai penerima, tetapi dapat terjadi karena perubahan data administratif belum diterjemahkan secara cepat oleh sistem yang digunakan untuk menetapkan dan mengelola kepesertaan.

Persoalan tersebut penting karena data kependudukan merupakan fondasi bagi identifikasi individu dan keluarga dalam berbagai layanan publik. Musadad et al. (2023) menunjukkan bahwa penguatan Civil Registration and Vital Statistics (CRVS) di Indonesia masih menghadapi persoalan kualitas, kelengkapan, dan keberlanjutan data. Studi tersebut juga memperlihatkan bahwa perbaikan kualitas data membutuhkan pembenahan proses pelaporan, penguatan kapasitas pelaksana, serta institusionalisasi prosedur pada tingkat lokal. Temuan ini relevan dengan implementasi PBI Daerah karena perubahan data kependudukan—seperti perubahan Kartu Keluarga, identitas, alamat, atau komposisi keluarga—

memerlukan proses pembaruan yang tidak berhenti pada instansi pencatat administrasi kependudukan, tetapi harus dapat diteruskan dan dikenali oleh sistem kepesertaan.

Hubungan antara administrasi kependudukan dan akses jaminan kesehatan juga terlihat dalam penelitian Siagian et al. (2019). Penelitian tersebut menemukan bahwa tenaga kesehatan di tingkat lokal memandang dokumen identitas sebagai sesuatu yang penting bagi masyarakat untuk mengakses jaminan kesehatan pemerintah dan memperoleh pelayanan yang layak. Penelitian itu sekaligus menunjukkan bahwa kolaborasi antara sektor kesehatan dan administrasi kependudukan membutuhkan hubungan kelembagaan yang operasional, kapasitas yang memadai, serta pembagian peran yang jelas (Siagian et al., 2019). Dengan demikian, pengalaman responden dalam survei PBI Daerah menunjukkan persoalan yang lebih luas: ketika perubahan identitas belum tersinkronisasi, dokumen kependudukan yang secara administratif telah berubah belum tentu segera menghasilkan perubahan status yang terbaca dalam sistem kepesertaan.

Dari sisi teknologi informasi, masalah tersebut semakin kompleks ketika sistem antarlembaga tidak sepenuhnya interoperabel. Mahmudi et al. (2026) menjelaskan bahwa pencatatan berulang dapat menimbulkan duplikasi, penyimpanan data yang tidak terpusat dapat menyebabkan ketidaksinkronan, sedangkan pengelolaan data yang tidak terintegrasi dapat menghasilkan keterlambatan informasi. Interoperabilitas diperlukan agar informasi dapat diperoleh secara valid, efektif, dan efisien. Temuan ini memperkuat bahwa kebutuhan integrasi dalam PBI Daerah bukan semata persoalan membangun aplikasi, melainkan memastikan perubahan pada satu sumber data dapat dikenali, diverifikasi, dan ditindaklanjuti oleh sistem lain yang berkepentingan.

Perspektif tersebut sejalan dengan Achungura et al. (2024) yang menunjukkan bahwa sistem informasi yang terfragmentasi dapat menghambat reformasi menuju universal health coverage (UHC), sedangkan sistem teknologi informasi yang lebih terintegrasi dapat memperbaiki proses operasional, meningkatkan transparansi, dan memperluas akses pelayanan. Karena itu, pemutakhiran data dalam PBI Daerah perlu diposisikan sebagai bagian dari kualitas pelayanan dan perlindungan hak peserta, bukan sekadar pekerjaan administratif. Tantangan utamanya adalah membangun mekanisme data updating, verifikasi, dan sinkronisasi yang cepat antarinstansi sehingga perubahan kondisi kependudukan tidak menciptakan jeda administratif yang berpotensi menghambat masyarakat memperoleh manfaat jaminan kesehatan.

Dengan demikian, penguatan implementasi Pergub Nomor 053 Tahun 2024 perlu diarahkan pada pemutakhiran data secara berkelanjutan, interoperabilitas antarsistem, mekanisme penyelesaian data yang tidak terbaca atau tidak sesuai, serta koordinasi operasional antara administrasi kependudukan, Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, pemerintah kabupaten/kota, dan BPJS Kesehatan. Ukuran keberhasilannya bukan hanya seberapa banyak data telah diperbarui, tetapi seberapa cepat perubahan tersebut menghasilkan status kepesertaan yang akurat dan dapat digunakan masyarakat ketika membutuhkan pelayanan kesehatan.

Pelayanan Kesehatan dan Sistem Rujukan

Dari sisi pelayanan kesehatan, hasil survei menunjukkan persepsi responden cenderung positif. Salah satu responden menilai bahwa implementasi secara keseluruhan sudah baik, meskipun kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan masih perlu ditingkatkan. Responden lainnya menyatakan pelayanan secara umum sudah baik dan belum menemukan aspek tertentu yang memerlukan perbaikan. Temuan ini menunjukkan bahwa implementasi Pergub Nomor 053 Tahun 2024 telah menghasilkan pengalaman pelayanan yang relatif positif, tetapi kualitas pelayanan belum sepenuhnya dapat dipandang seragam pada seluruh fasilitas maupun kelompok pengguna.

Temuan tersebut sejalan dengan penelitian Windi et al. (2025) pada pasien yang tercakup dalam Jaminan Kesehatan Nasional di Sumba Timur. Sebagian besar pasien menyatakan sangat puas terhadap pelayanan kesehatan, terutama pada dimensi assurance, reliability, dan empathy, tetapi tingkat kepuasan berbeda antarindikator; aspek tangible memperoleh penilaian relatif lebih rendah. Artinya, persepsi bahwa pelayanan “sudah baik” tidak berarti seluruh komponen pelayanan telah optimal. Bagi evaluasi implementasi kebijakan, justru variasi antarunsur pelayanan perlu diperhatikan untuk menemukan titik yang masih membutuhkan penguatan.

Hubungan antara kepesertaan dan pemanfaatan pelayanan juga penting. Subanti et al. (2025) menemukan bahwa kepemilikan asuransi kesehatan meningkatkan kemungkinan seseorang memanfaatkan pelayanan kesehatan ketika sakit. Dengan demikian, keberhasilan kebijakan jaminan kesehatan tidak berhenti pada bertambahnya jumlah peserta, tetapi harus terlihat dari kemampuan peserta menggunakan manfaat pelayanan ketika membutuhkan. Dalam kerangka PBI Daerah, hal ini menjadi semakin penting karena kebijakan ditujukan untuk memberikan perlindungan kepada kelompok yang secara ekonomi membutuhkan dukungan pembiayaan kesehatan.

Persoalan tersebut juga perlu dibaca dalam perspektif pemerataan. Septiono (2023) menegaskan bahwa perluasan JKN telah memperkuat upaya menuju universal health coverage (UHC), tetapi kesenjangan akses masih dipengaruhi oleh distribusi fasilitas, kondisi wilayah, kemampuan ekonomi, dan biaya tidak langsung untuk mencapai pelayanan kesehatan. Bahkan, bagi masyarakat berpendapatan rendah di wilayah tertentu, biaya transportasi dan keterbatasan infrastruktur dapat menjadi hambatan tersendiri. Karena itu, kepesertaan PBI tidak otomatis menjamin kesetaraan akses apabila kapasitas dan keterjangkauan fasilitas pelayanan belum memadai.

Dalam survei, sistem rujukan juga muncul sebagai salah satu aspek yang masih perlu diperbaiki, meskipun responden lain tidak menemukan persoalan berarti. Perbedaan pengalaman tersebut justru menunjukkan bahwa efektivitas rujukan perlu dilihat sebagai bagian dari patient journey, bukan sebagai prosedur administratif yang berdiri sendiri. Asyary (2018) menunjukkan bahwa implementasi JKN menghadapi tantangan integrasi dengan fasilitas kesehatan serta keterbatasan fasilitas yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Dengan demikian, persoalan rujukan dapat berkaitan dengan kesinambungan pelayanan

antara fasilitas tingkat pertama dan tingkat lanjutan, ketersediaan fasilitas, kapasitas pelayanan, serta koordinasi antarfasilitas.

Perspektif tersebut memperkuat bahwa evaluasi Pergub Nomor 053 Tahun 2024 sebaiknya tidak hanya menilai apakah peserta telah terdaftar atau apakah pelayanan tersedia, tetapi menilai rantai manfaat secara utuh: peserta terdaftar, status aktif, dapat mengakses fasilitas, memperoleh pelayanan bermutu, memperoleh rujukan yang tepat dan berkesinambungan ketika diperlukan. Dengan pendekatan ini, variasi pengalaman responden bukan sekadar perbedaan persepsi, melainkan sinyal evaluatif mengenai kemungkinan adanya variasi kualitas pada titik pelayanan tertentu.

Dengan demikian, penguatan implementasi kebijakan perlu diarahkan pada peningkatan mutu pelayanan di fasilitas kesehatan, penguatan pelayanan primer, keterjangkauan bagi kelompok PBI, serta perbaikan koordinasi dan kesinambungan sistem rujukan. Hal ini sejalan dengan pandangan Septiono (2023) bahwa penguatan pelayanan kesehatan primer merupakan prioritas untuk memperbaiki akses kelompok berpendapatan rendah. Keberhasilan PBI Daerah pada akhirnya bukan hanya diukur dari tersedianya hak kepesertaan, tetapi dari sejauh mana hak tersebut benar-benar dapat dikonversi menjadi pelayanan kesehatan yang mudah diakses, bermutu, tepat, dan berkesinambungan.

Koordinasi Antarpemangku Kepentingan

Hasil survei menunjukkan bahwa koordinasi antarpemangku kepentingan merupakan salah satu faktor penting dalam implementasi Pergub Kalimantan Selatan Nomor 053 Tahun 2024. Responden menempatkan hubungan kerja antara Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, serta pemerintah desa/kelurahan sebagai bagian yang menentukan kelancaran pelaksanaan PBI Daerah. Meskipun terdapat responden yang menilai koordinasi telah berjalan baik, terdapat pula masukan yang menunjukkan perlunya penguatan koordinasi antarlembaga. Perbedaan persepsi tersebut penting dibaca bukan semata-mata sebagai pertentangan penilaian, melainkan sebagai indikasi bahwa efektivitas koordinasi dapat berbeda menurut posisi aktor dan titik layanan yang dihadapi.

Secara normatif, Pergub telah membangun kebutuhan koordinasi melalui mekanisme verifikasi dan validasi peserta, perubahan data peserta, serta sinkronisasi pelaksanaan antara pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan. Namun, keberadaan mekanisme tersebut belum dengan sendirinya membuktikan bahwa setiap persoalan implementasi dapat diselesaikan secara cepat. Dengan demikian, ukuran koordinasi yang relevan bukan hanya apakah lembaga saling berkomunikasi, tetapi apakah komunikasi tersebut menghasilkan pertukaran informasi yang akurat, keputusan yang jelas, pembagian tanggung jawab, dan penyelesaian masalah sampai pada tingkat peserta.

Temuan ini sejalan dengan pendekatan collaborative governance. Arianny dan Adisasmito (2024) menunjukkan bahwa penyelenggaraan program kesehatan di Indonesia membutuhkan keterlibatan berbagai aktor pemerintah maupun nonpemerintah, dengan praktik kolaborasi antara lain melalui pertemuan rutin, komite koordinasi, dan platform digital untuk pertukaran informasi serta pemantauan implementasi. Artinya, koordinasi yang efektif membutuhkan

arsitektur hubungan kerja, bukan sekadar kontak antarlembaga. Mandagi et al. (2026) juga menegaskan bahwa kolaborasi lintas sektor dapat memperkuat efektivitas implementasi, tetapi masih dapat menghadapi ego sektoral, keterbatasan transparansi, konflik kepentingan, dan belum optimalnya penggunaan bukti dalam pengambilan keputusan.

Perspektif tersebut menjadi semakin relevan karena implementasi PBI Daerah memiliki karakter lintas-organisasi dan lintas-tahapan. Persoalan pada satu tahap dapat langsung memengaruhi tahap berikutnya. Ketidaksesuaian data kependudukan, misalnya, dapat menghambat verifikasi peserta; keterlambatan verifikasi dapat memengaruhi aktivasi kepesertaan; sedangkan persoalan kepesertaan pada akhirnya dapat berpengaruh terhadap akses pelayanan kesehatan. Karena itu, koordinasi perlu dipahami sebagai suatu rantai penyelesaian masalah, bukan sekadar mekanisme pertukaran surat atau rapat koordinasi.

Temuan Sihombing et al. (2025) memberikan penguatan empiris terhadap perspektif tersebut. Dalam kajiannya mengenai koordinasi layanan kesehatan, efektivitas koordinasi berkaitan dengan kepemimpinan yang jelas, sistem informasi terintegrasi dan real-time, pengaturan sumber daya, serta keterlibatan aktif berbagai pemangku kepentingan. Studi tersebut juga menunjukkan bahwa keberadaan mekanisme koordinasi tidak selalu identik dengan implementasi koordinasi yang efektif; hanya sebagian mekanisme yang dinilai terstruktur dan berjalan efektif. Meskipun penelitian tersebut berada pada pelayanan kesehatan dalam situasi krisis, prinsipnya relevan untuk membaca implementasi PBI Daerah karena keduanya sama-sama melibatkan banyak organisasi dengan kewenangan dan sumber daya yang berbeda.

Namun demikian, bukti survei dalam kajian ini belum cukup untuk menyimpulkan bahwa koordinasi antarlembaga secara keseluruhan lemah. Justru, variasi jawaban responden menunjukkan perlunya standardisasi mekanisme koordinasi pada titik-titik masalah yang paling sering muncul. Penguatan dapat diarahkan pada jalur eskalasi yang jelas untuk persoalan verifikasi dan validasi, pemutakhiran data, aktivasi kepesertaan, pelayanan dan rujukan, serta pengaduan. Dengan demikian, keberhasilan koordinasi seharusnya diukur dari kemampuan sistem bergerak dari “siapa yang menangani” menjadi “masalah terselesaikan”. Pendekatan ini akan membuat koordinasi lebih berorientasi pada hasil dan pada akhirnya lebih dekat dengan pengalaman nyata peserta PBI Daerah.

Masukan Publik sebagai Dasar Perbaikan Kebijakan

Hasil survei menunjukkan bahwa implementasi Pergub Kalimantan Selatan Nomor 053 Tahun 2024 secara umum dipersepsikan cukup baik, namun masih terdapat sejumlah titik yang memerlukan penguatan, terutama ketepatan sasaran, akses informasi, verifikasi dan validasi data, pemutakhiran kepesertaan, koordinasi antarlembaga, pelayanan fasilitas kesehatan, sistem rujukan, transparansi, serta penanganan pengaduan. Temuan tersebut penting karena memperlihatkan bahwa evaluasi kebijakan tidak cukup hanya menilai apakah kebijakan telah dilaksanakan, tetapi juga perlu menangkap bagaimana kebijakan dialami oleh pengguna dan pelaksana pada titik implementasi. Dalam kerangka ini, masukan publik berfungsi sebagai sumber informasi korektif terhadap aspek implementasi yang mungkin tidak sepenuhnya terlihat melalui indikator administratif.

Nilai strategis survei semakin terlihat dari jawaban terbuka responden. Berbeda dengan penilaian numerik yang terutama menggambarkan tingkat persepsi, masukan kualitatif mampu mengidentifikasi persoalan operasional yang spesifik, seperti kesalahan NIK, keterlambatan pembacaan Kartu Keluarga baru, kebutuhan penyebarluasan informasi yang lebih masif, dan harapan terhadap transparansi penetapan peserta. Masukan tersebut dapat diterjemahkan menjadi agenda perbaikan yang lebih konkret: mempercepat rekonsiliasi data kependudukan, memperkuat mekanisme verifikasi dan validasi, memperluas komunikasi publik, serta meningkatkan transparansi dan keterlacakan proses penetapan peserta. Dengan demikian, partisipasi publik menghasilkan *implementation intelligence* yang melengkapi data administratif.

Temuan ini sejalan dengan Gupta et al. (2023), yang menegaskan bahwa kualitas partisipasi kesehatan tidak cukup diukur dari keberadaan mekanisme partisipasi, tetapi juga dari keterwakilan, kapasitas untuk berpartisipasi, kemampuan masyarakat menyampaikan suara, serta sejauh mana masukan tersebut benar-benar direspons dan masuk ke dalam proses pengambilan keputusan. Dengan kata lain, partisipasi memiliki nilai kebijakan ketika terjadi *policy uptake*, bukan berhenti pada pengumpulan pendapat. Perspektif tersebut juga konsisten dengan Akintobi et al. (2025), yang menempatkan *community engagement* sebagai proses berkelanjutan yang mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan perbaikan program, dengan hubungan yang dibangun melalui kolaborasi dan kepercayaan.

Dalam hubungan tersebut, survei yang menghasilkan 17 respons perlu ditempatkan secara proporsional. Data ini bukan sampel yang dapat digeneralisasikan secara statistik kepada seluruh penduduk Kalimantan Selatan, melainkan *evidence* partisipatif awal yang memperlihatkan pengalaman dan perspektif dari beberapa kelompok yang berhubungan langsung dengan implementasi. Justru karena responden berasal dari masyarakat/peserta JKN, tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, dan unsur lainnya, masukan yang terkumpul dapat dibaca sebagai sinyal mengenai persoalan pada berbagai mata rantai implementasi. Hal ini memperkuat prinsip bahwa partisipasi yang bermakna tidak hanya memperbanyak suara, tetapi menghadirkan perspektif yang relevan dan dapat digunakan untuk pembelajaran kebijakan.

Atas dasar itu, survei sebaiknya diposisikan sebagai awal dari siklus perbaikan, bukan titik akhir evaluasi. Masukan yang terkumpul perlu diklasifikasikan menurut isu, diverifikasi dengan data administratif, ditentukan unit penanggung jawabnya, kemudian diberikan respons dan tindak lanjut yang terdokumentasi. Misalnya, masukan mengenai NIK dan KK diarahkan pada perbaikan integrasi data; persoalan informasi ditindaklanjuti melalui komunikasi multikanal; masalah pelayanan dan rujukan diteruskan kepada unit terkait; sedangkan persoalan ketepatan sasaran menjadi bahan penguatan verifikasi, validasi, dan pemutakhiran data. Pendekatan ini mengubah partisipasi dari “voice” menjadi “action”.

Dengan demikian, nilai utama masukan publik terhadap Pergub 053 Tahun 2024 terletak pada kemampuannya membentuk *feedback loop*: masyarakat menyampaikan pengalaman, pemerintah mengidentifikasi dan memverifikasi

masalah, menetapkan respons, melaksanakan tindak lanjut, kemudian menilai kembali hasil perbaikannya. Siklus tersebut memperkuat akuntabilitas sekaligus menjadikan pengalaman masyarakat sebagai sumber pembelajaran institusional. Pada akhirnya, kualitas kebijakan tidak hanya ditunjukkan oleh tersedianya regulasi dan terlaksananya program, tetapi oleh kemampuan pemerintah mendengar, merespons, memperbaiki, dan membuktikan bahwa masukan publik menghasilkan perubahan yang dapat ditelusuri.

Implikasi terhadap Kualitas Implementasi Pergub Nomor 053 Tahun 2024

Hasil survei menunjukkan bahwa kualitas implementasi Pergub Nomor 053 Tahun 2024 secara umum berada pada arah yang positif, tetapi capaian tersebut belum sepenuhnya mencerminkan keterjangkauan dan efektivitas kebijakan pada seluruh kelompok yang menjadi sasaran maupun pelaksana. Temuan yang paling penting justru terletak pada adanya jarak antara ketersediaan kebijakan, pengetahuan terhadap kebijakan, dan kemampuan masyarakat memanfaatkannya. Sebelum memperoleh penjelasan mengenai substansi Pergub, hanya sebagian kecil responden yang menyatakan mengetahui dan memahami kebijakan tersebut, sementara sebagian lainnya belum mengetahui, hanya pernah mendengar, atau mengetahui tetapi belum membaca. Setelah diberikan penjelasan ringkas mengenai substansi kebijakan, tingkat kejelasan meningkat dengan rerata penilaian 3,88 dari skala 5. Temuan ini menunjukkan bahwa persoalan implementasi tidak semata-mata berada pada substansi normatif Pergub, tetapi juga pada bagaimana kebijakan diterjemahkan menjadi informasi yang mudah dipahami dan digunakan oleh masyarakat. Dalam perspektif implementasi kebijakan, keberterimaan dan keterlaksanaan kebijakan sangat dipengaruhi oleh sejauh mana informasi kebijakan dapat dipahami oleh aktor yang menjalankannya maupun kelompok yang menerima manfaatnya (Allen et al., 2020).

Implikasi berikutnya berkaitan dengan ketepatan sasaran sebagai dimensi substantif kualitas implementasi. PBI Daerah pada dasarnya tidak hanya dinilai dari kemampuan pemerintah menyediakan pembiayaan dan mendaftarkan peserta, tetapi juga dari kemampuan sistem memastikan bahwa manfaat diterima oleh kelompok yang memang memenuhi kriteria. Literatur menunjukkan bahwa ketepatan sasaran program sosial dipengaruhi oleh kualitas data, kapasitas pelaksana, mekanisme verifikasi dan validasi, komunikasi, serta kemampuan organisasi merespons perubahan kondisi penerima manfaat (Anward & Adi, 2024). Dalam kerangka tersebut, masukan responden mengenai perlunya peningkatan transparansi penentuan peserta dan perhatian terhadap ketepatan sasaran merupakan isu yang bersifat strategis, bukan sekadar persoalan administratif. Ketidaktepatan data dapat menghasilkan inclusion error maupun exclusion error, yang pada akhirnya berpengaruh terhadap keadilan distribusi manfaat dan legitimasi program.

Persoalan tersebut semakin kuat ketika dikaitkan dengan pemutakhiran dan integrasi data kependudukan. Masukan mengenai perubahan Kartu Keluarga yang belum segera terbaca atau terverifikasi dalam sistem menunjukkan bahwa kualitas implementasi pada tingkat peserta sangat bergantung pada kesinambungan aliran data antarsistem. Literatur mengenai integrasi sistem pembiayaan kesehatan menunjukkan bahwa integrasi data merupakan salah satu prasyarat penting bagi

reformasi sistem kesehatan yang berorientasi pada hasil, sementara fragmentasi dan ketidaksinkronan data dapat menimbulkan keterlambatan, duplikasi, dan kebutuhan rekonsiliasi berulang (Achungura et al., 2024; Mahmudi et al., 2026). Dengan demikian, pemutakhiran data dalam implementasi PBI Daerah perlu dipandang sebagai bagian dari jaminan kontinuitas hak peserta, bukan hanya sebagai kegiatan administrasi kepesertaan. Semakin cepat perubahan identitas dan status peserta dapat diverifikasi, semakin kecil risiko keterlambatan aktivasi dan hambatan akses terhadap pelayanan kesehatan.

Kualitas implementasi juga ditentukan oleh kemampuan koordinasi antarlembaga mengubah masalah administratif menjadi penyelesaian yang nyata. Pergub 053 Tahun 2024 telah memberikan ruang bagi keterlibatan Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, serta pemerintah kabupaten/kota dalam proses verifikasi, validasi, pemutakhiran, dan penyelenggaraan pelayanan. Namun, keberadaan mekanisme koordinasi belum dengan sendirinya menjamin efektivitas koordinasi. Kajian mengenai collaborative governance menunjukkan bahwa koordinasi yang efektif memerlukan pertukaran informasi, mekanisme komunikasi yang teratur, kejelasan peran, serta kemampuan para pihak menyelesaikan persoalan lintas organisasi (Arianny & Adisasmito, 2024; Sihombing et al., 2025). Karena itu, ukuran keberhasilan koordinasi sebaiknya tidak berhenti pada terlaksananya rapat atau komunikasi antarinstansi, tetapi pada seberapa cepat dan tepat persoalan peserta dapat diselesaikan.

Dimensi pelayanan kesehatan dan rujukan juga perlu ditempatkan sebagai bagian dari rantai implementasi yang utuh. Kebijakan PBI Daerah pada akhirnya memperoleh makna ketika kepesertaan yang telah ditetapkan benar-benar dapat dikonversi menjadi akses pelayanan yang bermutu. Bukti empiris mengenai JKN di Indonesia menunjukkan bahwa kepesertaan asuransi berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, tetapi perluasan cakupan belum otomatis menghilangkan kesenjangan akses, terutama yang berkaitan dengan ketersediaan fasilitas, kondisi geografis, biaya tidak langsung, dan karakteristik kelompok masyarakat (Septiono, 2023; Subanti et al., 2025). Dengan demikian, masukan mengenai peningkatan kualitas pelayanan fasilitas kesehatan dan proses rujukan perlu diperlakukan sebagai bagian dari evaluasi implementasi, bukan sebagai isu yang berdiri sendiri di luar kebijakan kepesertaan.

Pada akhirnya, implikasi terpenting dari temuan survei terletak pada kebutuhan mengubah partisipasi publik dari sekadar penyampaian suara menjadi mekanisme perbaikan kebijakan yang dapat ditelusuri. Mekanisme pengaduan atau masukan baru memiliki nilai tata kelola apabila masyarakat mengetahui salurannya, dapat menggunakannya, memperoleh respons, dan dapat mengetahui tindak lanjutnya. Putturaj et al. (2021) menempatkan aksesibilitas, responsivitas, kewenangan, akuntabilitas, dan kemampuan mekanisme pengaduan menghasilkan pembelajaran sebagai unsur penting grievance redressal. Sejalan dengan itu, Gupta et al. (2023) menegaskan bahwa kualitas partisipasi tidak cukup diukur dari keberadaan mekanisme partisipasi, tetapi juga dari apakah masyarakat benar-benar didengar dan masukan tersebut masuk ke dalam proses kebijakan. Oleh karena itu, hasil survei ini sebaiknya menjadi titik awal suatu siklus umpan balik kebijakan: masukan masyarakat diidentifikasi, diverifikasi dengan data administrasi,

dikelompokkan menurut isu, ditetapkan unit penanggung jawabnya, diberikan respons, ditindaklanjuti, kemudian dievaluasi kembali.

Dengan kerangka tersebut, kualitas implementasi Pergub Nomor 053 Tahun 2024 tidak hanya diukur dari seberapa baik kebijakan dilaksanakan, tetapi juga dari seberapa baik sistem mampu mendeteksi masalah, merespons kebutuhan, dan melakukan perbaikan berdasarkan bukti. Penguatan komunikasi publik, ketepatan sasaran, kualitas dan interoperabilitas data, koordinasi lintas sektor, mutu pelayanan dan rujukan, serta mekanisme umpan balik yang terdokumentasi menjadi agenda perbaikan yang saling berkaitan. Dengan demikian, keberhasilan implementasi Pergub tidak berhenti pada tercapainya cakupan kepesertaan, tetapi tercermin dari terbentuknya sistem kebijakan yang responsif, adaptif, berbasis data, dan mampu menunjukkan bahwa masukan publik benar-benar menghasilkan perubahan.

D. PENUTUP

Kesimpulan

Berdasarkan hasil Pengukuran Indeks Kualitas Kebijakan (IKK) terhadap Peraturan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 053 Tahun 2024 tentang Kepesertaan dan Pelayanan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran Daerah (PBI Daerah), diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Kualitas implementasi Pergub Kalimantan Selatan Nomor 053 Tahun 2024 secara umum telah berjalan pada arah yang positif, namun belum sepenuhnya optimal dan merata. Pergub telah memberikan dasar pengaturan yang cukup jelas mengenai kepesertaan PBI Daerah, pengusulan, verifikasi dan validasi, pemutakhiran data, pembiayaan, pelayanan kesehatan, pengawasan, dan pelaporan serta mendukung pencapaian JKN menuju UHC. Namun, efektivitas kebijakan masih dipengaruhi oleh kemampuan sistem menerjemahkan ketentuan tersebut menjadi proses yang mudah diakses, tepat sasaran, responsif, dan berkelanjutan.
2. Ketepatan sasaran merupakan salah satu persoalan strategis dalam implementasi Pergub. Masukan pemangku kepentingan menunjukkan perlunya penguatan ketepatan penerima PBI Daerah, verifikasi dan validasi, serta transparansi penetapan peserta. Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan kebijakan tidak cukup diukur dari jumlah atau cakupan kepesertaan, tetapi juga dari kemampuan sistem memastikan manfaat diterima oleh kelompok yang tepat dan dapat dikoreksi apabila terjadi perubahan kondisi penerima.
3. Kualitas dan kesinambungan data masih menjadi titik penting yang menentukan efektivitas implementasi. Ditemukan persoalan perubahan data kependudukan, antara lain KK baru yang belum terbaca atau terverifikasi sehingga berpotensi menunda aktivasi kepesertaan. Temuan tersebut menunjukkan bahwa pemutakhiran, sinkronisasi, dan interoperabilitas data perlu dipandang sebagai bagian dari perlindungan hak peserta, bukan semata-mata proses administratif.
4. Akses dan komunikasi informasi kebijakan belum sepenuhnya menjangkau masyarakat secara merata. Dari 17 responden, hanya 3 yang telah mengetahui dan memahami Pergub sebelum survei, sedangkan 8 responden belum

mengetahuinya. Setelah memperoleh ikhtisar kebijakan, 13 responden memberikan penilaian kejelasan pada skor 4–5 dengan rata-rata 3,88 dari 5. Temuan ini menunjukkan bahwa substansi kebijakan relatif dapat dipahami ketika informasi disampaikan secara sederhana, sementara tantangan utamanya terletak pada penyebarluasan dan akses awal terhadap informasi.

5. Pelayanan kesehatan secara umum dipersepsikan cukup baik, tetapi masih terdapat ruang penguatan pada mutu pelayanan fasilitas dan kesinambungan rujukan. Dengan demikian, keberhasilan PBI Daerah perlu dilihat secara utuh dari kepesertaan hingga kemampuan peserta memperoleh pelayanan yang mudah diakses, bermutu, dan berkesinambungan ketika membutuhkan layanan kesehatan.
6. Koordinasi antarpemangku kepentingan telah menjadi bagian penting dalam implementasi, tetapi efektivitasnya perlu lebih berorientasi pada penyelesaian masalah. Keterlibatan Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, pemerintah kabupaten/kota, dan fasilitas kesehatan telah membentuk rantai pelaksanaan kebijakan. Namun, keberadaan mekanisme koordinasi belum dengan sendirinya menjamin persoalan peserta dapat diselesaikan secara cepat. Ukuran koordinasi perlu bergeser dari sekadar komunikasi atau pertemuan menjadi kejelasan informasi, pembagian tanggung jawab, dan penyelesaian masalah sampai tingkat peserta.
7. Partisipasi publik telah memberikan bukti partisipatif awal yang dapat digunakan sebagai bahan perbaikan kebijakan. Survei terhadap 17 responden tidak dimaksudkan untuk generalisasi statistik, tetapi memberikan perspektif dari masyarakat/peserta JKN, tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, dan unsur lainnya. Masukan yang diperoleh mampu mengidentifikasi persoalan konkret mengenai NIK, KK baru, penyebarluasan informasi, ketepatan sasaran, dan transparansi penetapan peserta.
8. Hasil pengukuran menunjukkan bahwa tantangan utama implementasi Pergub 053 Tahun 2024 bukan lagi semata-mata pada keberadaan regulasi, tetapi pada kemampuan sistem memastikan kebijakan dapat diketahui, digunakan, tepat sasaran, didukung data yang mutakhir, dilaksanakan melalui koordinasi yang efektif, menghasilkan pelayanan yang bermutu, serta mampu menerima dan menindaklanjuti masukan masyarakat. Dengan demikian, kualitas implementasi perlu diarahkan pada terbentuknya kebijakan yang responsif, adaptif, berbasis data, dan dapat menunjukkan hasil perbaikannya secara terukur dan dapat ditelusuri.

Saran

Berdasarkan hasil pengukuran dan implikasi terhadap kualitas implementasi Pergub Kalimantan Selatan Nomor 053 Tahun 2024, rekomendasi perbaikan dirumuskan sebagai berikut:

1. Memperkuat ketepatan sasaran penerima PBI Daerah.
Dinas Sosial bersama Dinas Kesehatan, pemerintah kabupaten/kota, dan BPJS Kesehatan perlu melakukan verifikasi dan validasi data penerima secara berkala, dengan memberikan prioritas pada data yang bermasalah, berubah, atau diragukan kesesuaiannya. Perlu disediakan mekanisme koreksi bagi

peserta yang tidak lagi memenuhi kriteria maupun masyarakat yang memenuhi kriteria tetapi belum terakomodasi. Selain itu, kriteria, dasar penetapan, dan prinsip alokasi peserta antarkabupaten/kota perlu didokumentasikan dan dikomunikasikan secara transparan sebagai dasar akuntabilitas penetapan PBI Daerah.

2. Membangun mekanisme pemutakhiran dan rekonsiliasi data yang cepat. Pemerintah Provinsi perlu menetapkan alur penyelesaian data bermasalah yang menghubungkan data kependudukan, data sosial, dan data kepesertaan. Perubahan NIK, KK, alamat, status keluarga, maupun data lainnya harus dapat dilaporkan, diverifikasi, diperbaiki, dan diteruskan kepada sistem kepesertaan tanpa proses yang berulang. Untuk setiap permasalahan data perlu ditetapkan unit penanggung jawab, batas waktu penyelesaian, status proses, dan mekanisme eskalasi, sehingga kasus seperti KK baru yang belum terbaca tidak berlarut hingga menghambat aktivasi kepesertaan.
3. Menjadikan komunikasi publik sebagai bagian dari pelayanan PBI Daerah. Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial perlu menyusun materi informasi standar PBI Daerah dalam bahasa yang sederhana dan praktis, sekurang-kurangnya mengenai kriteria penerima, cara pengusulan, verifikasi dan validasi, perubahan data, aktivasi kepesertaan, pelayanan, rujukan, serta pengaduan. Materi yang sama perlu disebarluaskan melalui website/media sosial pemerintah, BPJS Kesehatan, Puskesmas, fasilitas kesehatan, kecamatan, dan desa/kelurahan, sehingga masyarakat tidak bergantung pada satu kanal informasi. Prioritas komunikasi diberikan kepada kelompok masyarakat yang memiliki keterbatasan akses atau literasi digital.
4. Memperkuat pemantauan pelayanan dan rujukan peserta PBI Daerah. Dinas Kesehatan perlu melakukan pemantauan berkala terhadap pengalaman peserta PBI Daerah pada fasilitas pelayanan kesehatan, terutama terkait kemudahan memperoleh pelayanan, mutu pelayanan, dan hambatan rujukan. Hasil pemantauan perlu direkap berdasarkan fasilitas atau jenis persoalan sehingga dapat diketahui titik pelayanan yang membutuhkan pembinaan. Temuan pelayanan dan rujukan selanjutnya menjadi bahan evaluasi bersama dengan fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan.
5. Mengubah koordinasi lintas sektor menjadi mekanisme penyelesaian masalah. Dinas Kesehatan selaku koordinator pelaksanaan perlu mendorong mekanisme koordinasi yang tidak hanya berupa rapat atau pertukaran informasi, tetapi memiliki alur penanganan kasus dari awal sampai selesai. Untuk setiap persoalan kepesertaan, data, pelayanan, rujukan, dan pengaduan perlu ditetapkan instansi penanggung jawab, instansi pendukung, batas waktu penyelesaian, dan mekanisme eskalasi. Dengan demikian, indikator keberhasilan koordinasi dapat diukur dari jumlah dan persentase masalah yang terselesaikan serta kecepatan penyelesaiannya, bukan hanya dari jumlah kegiatan koordinasi.
6. Membentuk sistem umpan balik publik yang terdokumentasi dan dapat ditelusuri.

Survei partisipasi publik yang telah dilakukan perlu dikembangkan menjadi mekanisme feedback loop dalam evaluasi implementasi Pergub. Setiap masukan masyarakat dicatat, dikelompokkan berdasarkan isu, diverifikasi dengan data atau unit terkait, ditetapkan penanggung jawabnya, diberikan respons, dan dicatat tindak lanjutnya. Hasilnya dituangkan dalam Matriks Masukan–Respons–Tindak Lanjut, sehingga dapat diketahui dengan jelas masukan apa yang diterima, siapa yang menangani, tindakan yang dilakukan, dan status penyelesaiannya.

7. Menetapkan hasil IKK sebagai baseline dan rencana aksi perbaikan. Hasil pengukuran IKK perlu diterjemahkan menjadi rencana aksi perbaikan Pergub Nomor 053 Tahun 2024 yang memuat sekurang-kurangnya isu prioritas, kegiatan perbaikan, penanggung jawab, target waktu, indikator keberhasilan, dan bukti tindak lanjut. Dengan demikian, hasil IKK tidak berhenti sebagai dokumen penilaian, tetapi menjadi instrumen manajemen untuk mengarahkan perbaikan implementasi.
8. Melakukan evaluasi berkala berbasis indikator hasil. Evaluasi implementasi perlu dilakukan secara berkala dengan membandingkan perubahan pada aspek ketepatan sasaran, kualitas dan kecepatan pemutakhiran data, akses informasi, penyelesaian masalah, pelayanan dan rujukan, serta respons terhadap pengaduan dan masukan publik. Evaluasi berikutnya perlu menggunakan hasil pengukuran saat ini sebagai baseline sehingga perkembangan kualitas implementasi dapat dibuktikan secara lebih objektif.

DAFTAR PUSTAKA

- Achungura, G., Raza, A., Katre, V., Anand, J. S., Ravishankar, N., & Kelkar, R. (2024). Data integration of health financing systems as a critical enabler for objective-oriented health system reform: A scoping review from India. *Health Systems & Reform*, 10(3). <https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2401190>
- 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>
- Akintobi, T. H., Bailey, R. E., II, & Michener, J. L. (2025). Harnessing the power of community engagement for population health. *Preventing Chronic Disease*, 22, 250189. <https://doi.org/10.5888/pcd22.250189>
- Anward, A. A., & Adi, I. R. (2024). Enhancing Target Accuracy: Insights into the Cash Social Assistance Program. *Khazanah Sosial*, 6(2). <https://doi.org/10.15575/ks.v6i2.33940>
- Arianny, M. P., & Adisasmito, W. (2024). Collaborative governance in public health policy implementation: A literature review in the Southeast Asia region including Indonesia. *Devotion: Journal of Research and Community Service*, 5(7), 803–810. <https://doi.org/10.59188/devotion.v5i7.760>

- Asyary, A. (2018). Indonesian primary care through universal health coverage systems: A feeling in bones. *Public Health of Indonesia*, 4(3). <https://doi.org/10.36685/phi.v4i3.200>
- Goto, E., Ishikawa, H., Okuhara, T., & Kiuchi, T. (2019). Relationship of health literacy with utilization of health-care services in a general Japanese population. *Preventive Medicine Reports*, 14, 100811. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.01.015>
- Gupta, J., et al. (2023). Assessing the interactions of people and policy-makers in social participation for health: An inventory of participatory governance measures from a rapid systematic literature review. *International Journal for Equity in Health*, 22, 240.
- Gupta, P., Rouffy-Ly, B., Rohrer-Herold, K., Koch, K., Rao, N., Poulussen, C., Brearley, L., Abou-Taleb, H., & Rajan, D. (2023). Assessing the interactions of people and policy-makers in social participation for health: An inventory of participatory governance measures from a rapid systematic literature review. *International Journal for Equity in Health*, 22, 240. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01918-2>
- Gurung, G. (2017). Exploring social accountability mechanisms in the primary health care system of Nepal: A case study from the Dang District [Doctoral thesis, University of Otago].
- Kusnali, A., Nugraheni, W. P., Mubasyiroh, R., Latifah, L., Laksono, A. D., Warouw, T. S., Rachmawati, T., Ardani, I., & Yunitawati, D. (2026). Urban-rural disparities in primary health care utilization in Indonesia: A cross-sectional study. *Korean Journal of Family Medicine*. <https://doi.org/10.4082/kjfm.25.0092>
- Lutfiah, U., Setiawan, E., & Lucia, S. S. (2015). Ketidaktepatan sasaran jaminan kesehatan masyarakat berdasarkan kriteria miskin pendataan Program Perlindungan Sosial. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 9(4), 362–368.
- Mahmudi, F., Agushybana, F., & Widodo, A. P. (2026). Potensi interoperabilitas sistem pada fasilitas kesehatan: Literature review. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 14(1). <https://doi.org/10.33560/jmiki.v14i01.616>
- Mandagi, C. K. F., Ludjiwadu, G. I., Jacobus, S. I., Lie, C. A., Liem, J. C., Palar, L. M., Mondigir, I. Y. C., & Kawung, B. C. (2026). Pengembangan kebijakan kesehatan dan pemangku kepentingan. *KOLONI*, 5(2), 1092–1104. <https://doi.org/10.31004/koloni.v5i2.972>
- Maritim, B., Mbau, R., Musiega, A., et al. (2026). “Poverty is a social issue, not a mathematical problem”: Examining the lessons for beneficiary identification from implementation of the UHC indigent program in Kenya. *International Journal for Equity in Health*, 25, 40. <https://doi.org/10.1186/s12939-026-02767-5>
- Matsuoka, S., Kharel, M., Koto-Shimada, K., Hashimoto, M., Kiyohara, H., Iwamoto, A., Nishihara, M., & Fujita, M. (2022). Access to health-related information, health services, and welfare services among South and Southeast Asian immigrants in Japan: A qualitative study.

- International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(19), 12234. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912234>
- McCarthy, J. (2026). Who gets help and why: The politics of targeting Indonesia's cash transfers. Devpolicy Blog.
- Musadad, D. A., Angkasawati, T. J., Usman, Y., Kelly, M., & Rao, C. (2023). Implementation research for developing Civil Registration and Vital Statistics (CRVS) systems: Lessons from Indonesia. *BMJ Global Health*, 8(7), e012358.
- Nababan, H. (2024). Digital health divide in Indonesia: Evidence from national-level data. *European Journal of Public Health*, 34(Supplement_3), ckae144.426. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.426>
- Nejatian, A., Arab, M., Takian, A., & Ashtarian, K. (2024). Social accountability in health system governance: A scoping review. *Iranian Journal of Public Health*, 53(1), 35–47. <https://doi.org/10.18502/ijph.v53i1.14681>
- Putturaj, M., Van Belle, S., Engel, N., Criel, B., Krumeich, A., Nagendrappa, P. B., & Srinivas, P. N. (2021). Multilevel governance framework on grievance redressal for patient rights violations in India. *Health Policy and Planning*, 36(9), 1470–1482. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab066>
- Septiono, W. (2023). Equity challenges in Indonesian health care. *The Lancet Global Health*, 11(5), e646–e647. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00110-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00110-9)
- Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: A multicenter cohort study. *BMC Health Services Research*, 22, 1148. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>
- Siagian, C., Wandasari, W., Sahputra, F., & Kusumaningrum, S. (2019). Strategic yet delicate: The dilemma of involving health workers in facilitating birth registration in Indonesia. *BMC Health Services Research*, 19, 889. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4594-z>
- Sihombing, N., Rahmadi, M. A., Nasution, H., & Mawar, L. (2025). Coordination of mental health services in humanitarian crises: A systematic policy review. *Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan dan Kedokteran*, 3(3), 54–75. <https://doi.org/10.55606/termometer.v3i3.5393>
- Skär, L., & Söderberg, S. (2018). Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication. *Nursing Open*, 5(2), 224–232. <https://doi.org/10.1002/nop2.132>
- Subanti, S., Hakim, A. R., Riani, A. L., Pratiwi, H., & Sulandari, W. (2025). The health insurance and its effect on health care utilization in Indonesia. *Humanities and Social Sciences Letters*, 13(3), 969–982. <https://doi.org/10.18488/73.v13i3.4349>
- Sutanto, W., Sakaguchi, M., Amrullah, E. R., Rusyiana, A., & Ishida, A. (2020). Accurate targeting in the Indonesian RASKIN program. *International Journal of Social Economics*, 47(11), 1363–1379. <https://doi.org/10.1108/IJSE-03-2020-0124>

- Taela, K., Alcorta, L., Ussene, V., Commissario, D., Fisher, A. J. E., & Kirk, T. (2024). Grievance redress mechanisms in the health sector. Institute of Development Studies.
- Waggie, F., Coetzee, R., Jaffer, L., & Rhoda, A. (2024). Social accountability, a primary driver for impactful health professions education and universal health coverage: A policy brief. *Social Innovations Journal*, 26.
- Windi, Y. K., Asnani, & Harnani, B. D. (2025). Health care satisfaction of patients covered by national health insurance in Waingapu, Sumba Timur, Indonesia. *The Indonesian Journal of Public Health*, 20(2), 391–401. <https://doi.org/10.20473/ijph.v20i2.2025.391-401>