

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PROGRAM KARTU INDONESIA SEHAT DALAM
PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT DI KABUPATEN BUOL**

***IMPLEMENTATION OF THE KARTU INDONESIA SEHAT (KIS) PROGRAM IN
PUBLIC HEALTH SERVICES IN BUOL REGENCY***

¹Fahrul Rezza Ramadhan

Program Studi Magister Manajemen, Program Pascasarjana, Universitas Ichsan Gorontalo
fahrulrezzaramadhan@gmail.com

²Moch. Sakir

Program Studi Magister Manajemen, Program Pascasarjana, Universitas Ichsan Gorontalo
mochammad.sakir71@gmail.com

³✉ Rahmisyari

Program Studi Magister Manajemen, Program Pascasarjana, Universitas Ichsan Gorontalo
persadalestari01@gmail.com

Abstrak

Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi kebijakan Program Kartu Indonesia Sehat (KIS) dalam pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Buol, mengidentifikasi faktor-faktor penghambatnya, serta merumuskan upaya peningkatannya. Penelitian menggunakan model implementasi kebijakan George C. Edwards III yang mencakup aspek komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Metode yang digunakan adalah kualitatif deskriptif dengan teknik pengumpulan data berupa wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi terhadap sepuluh informan yang terdiri atas unsur penyelenggara kebijakan, fasilitas kesehatan tingkat pertama dan rujukan, pemerintah desa, serta masyarakat. Data dianalisis melalui kondensasi data, penyajian data, dan penarikan simpulan, dengan keabsahan diuji menggunakan triangulasi sumber, teknik, dan teori. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi Program KIS telah berjalan namun belum merata antaraspek: komunikasi telah meluas tetapi belum merata, dukungan finansial kuat namun sumber daya manusia dan sarana masih terbatas, disposisi pelaksana tergolong kuat, serta struktur birokrasi telah tertata tetapi alur administrasinya panjang. Keempat aspek bekerja secara saling bergantung sehingga disposisi yang kuat tidak cukup menutup defisit sumber daya dan struktur; faktor penghambat dominan yang bersifat lintas-aspek adalah keterbatasan jaringan/digitalisasi dan defisit tenaga kesehatan. Penelitian menyarankan penguatan konektivitas dan komunikasi luring, redistribusi serta pemberian insentif tenaga kesehatan, pelebagaan mekanisme adaptif lokal (Berani Sehat dan REHAB), serta penyederhanaan alur administrasi dan koordinasi lintas instansi yang proaktif.

Kata kunci: implementasi kebijakan; Kartu Indonesia Sehat; pelayanan kesehatan; Edwards III; Kabupaten Buol.

Abstract

This study aims to analyze the implementation of the Kartu Indonesia Sehat (Healthy Indonesia Card / KIS) Program in public health services in Buol Regency, to identify its inhibiting factors, and to formulate efforts for its improvement. It employs George C. Edwards III's policy implementation model, which covers communication, resources, disposition, and bureaucratic structure. A descriptive qualitative method was used, with data collected through in-depth interviews, observation, and documentation involving ten informants comprising policy organizers, primary and referral health facilities, the village government, and the community. The data were analyzed through data condensation, data display, and conclusion drawing, while validity was tested using source, technique, and theory triangulation. The results show that the KIS Program has been implemented but unevenly across aspects: communication is widespread yet not equitable, financial support is strong but human resources and facilities remain limited, the implementers' disposition is strong, and the bureaucratic structure is well arranged but its administrative flow is lengthy. The four aspects are interdependent, so that a strong disposition is insufficient to offset resource and structural deficits; the dominant cross-cutting inhibiting factors are

limited internet connectivity/digitalization and a shortage of health workers. The study recommends strengthening connectivity and offline communication, redistributing and incentivizing health workers, institutionalizing local adaptive mechanisms (Berani Sehat and REHAB), and simplifying administrative flows alongside proactive inter-agency coordination.

Keywords: policy implementation; Kartu Indonesia Sehat; health services; Edwards III; Buol Regency.

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar masyarakat sekaligus bagian dari tanggung jawab negara dalam mewujudkan kesejahteraan publik. Dalam perspektif kebijakan publik, pelayanan kesehatan tidak hanya dipahami sebagai urusan teknis medis, tetapi juga sebagai bentuk kehadiran negara dalam menjamin hak dasar warga negara. Oleh karena itu, pemerintah perlu memastikan bahwa setiap warga—termasuk kelompok miskin, rentan, dan masyarakat di wilayah dengan keterbatasan akses—memperoleh pelayanan kesehatan yang layak, adil, dan berkelanjutan. Salah satu instrumen kebijakan untuk menjamin akses tersebut adalah Program Kartu Indonesia Sehat (KIS), yang merupakan bagian dari penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan secara khusus ditujukan bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), yakni masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya ditanggung pemerintah.

Secara normatif, Program KIS berpijak pada dasar hukum yang kuat. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menegaskan jaminan sosial sebagai bentuk perlindungan untuk menjamin pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak; Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 membentuk BPJS sebagai penyelenggara; dan pelaksanaannya diatur melalui Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024, serta dipertegas oleh Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 tentang optimalisasi pelaksanaan JKN. Secara kuantitatif, cakupan kepesertaan JKN telah mencapai 284.337.094 peserta per 30 April 2026 (BPJS Kesehatan, 2026; Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2025). Namun, besarnya cakupan tidak otomatis menunjukkan optimalnya implementasi, karena kualitas pelayanan, keaktifan peserta, ketepatan sasaran, dan kemudahan akses tetap menjadi persoalan penting.

Kabupaten Buol di Provinsi Sulawesi Tengah menampilkan paradoks yang menarik untuk dikaji. Secara administratif, dari 165.488 jiwa penduduk, sebanyak 167.948 jiwa telah terdaftar sebagai peserta JKN (101,49%), sehingga daerah ini telah mencapai cakupan kesehatan semesta. Struktur kepesertaan didominasi peserta bersubsidi pemerintah—PBI APBN 89.297 jiwa, ditambah peserta yang dibiayai Pemerintah Daerah kabupaten dan provinsi masing-masing 13.199 dan 12.213 jiwa—sehingga total peserta bersubsidi mencapai 114.709 jiwa atau sekitar 77% peserta aktif. Dominasi ini menegaskan bahwa Program KIS menjadi tumpuan utama akses layanan kesehatan bagi mayoritas penduduk. Namun, dari seluruh peserta, hanya 148.902 jiwa (89,98%) berstatus aktif, sementara 19.046 jiwa (11,34%) tidak aktif. Selisih jumlah peserta yang melampaui jumlah penduduk juga mengindikasikan data kepesertaan yang belum sepenuhnya valid. Dengan demikian, kepemilikan kartu tidak otomatis menjamin keterjaminan layanan.

Pengamatan awal di lapangan memperlihatkan empat persoalan yang berkorespondensi dengan model implementasi Edwards III. Pertama, pada aspek

komunikasi, sebagian peserta belum memahami prosedur penggunaan kartu dan alur rujukan; sosialisasi belum merata hingga desa dan dusun terpencil, sejalan dengan temuan Novitasari dan Fitriani (2024). Kedua, pada aspek sumber daya, terdapat keterbatasan tenaga kesehatan, kekosongan obat, serta sistem informasi kepesertaan yang belum sepenuhnya andal. Ketiga, pada aspek disposisi, muncul variasi sikap pelaksana dalam melayani peserta PBI. Keempat, pada aspek struktur birokrasi, koordinasi antara Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, puskesmas, rumah sakit, dan pemerintah desa belum sepenuhnya sinergis dan cenderung reaktif.

Penelitian terdahulu menunjukkan konsistensi persoalan serupa di berbagai daerah, seperti kajian JKN di daerah tertinggal (Fitrianeti & Dominata, 2022), implementasi JKN di tingkat dinas kesehatan (Tawai dkk., 2023), serta keterbatasan sumber daya dan disposisi pelaksana dalam implementasi KIS (Riansyah, 2025). Kondisi tersebut memperkuat urgensi penelitian yang secara khusus mengkaji implementasi Program KIS pada konteks Kabupaten Buol. Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk: (1) menganalisis implementasi kebijakan Program KIS dalam pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Buol ditinjau dari aspek komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi; (2) mengidentifikasi faktor-faktor penghambatnya; serta (3) merumuskan upaya peningkatannya.

KAJIAN PUSTAKA

Model Implementasi Kebijakan George C. Edwards III

Edwards III (1980) menyatakan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat aspek yang saling berkaitan. Komunikasi berkaitan dengan penyampaian informasi kebijakan kepada pelaksana dan kelompok sasaran, dengan tiga indikator: transmisi, kejelasan, dan konsistensi (Edwards III, 1980; Agustino, 2020). Sumber daya meliputi staf, informasi, kewenangan, dan fasilitas; kebijakan yang dikomunikasikan dengan baik tetap gagal tanpa dukungan kapasitas pelaksana yang memadai (Winarno, 2012; Nugroho, 2018). Disposisi menunjuk pada sikap, komitmen, dan kemauan pelaksana dalam menjalankan kebijakan. Struktur birokrasi menyangkut standar prosedur operasional (SOP) dan fragmentasi atau penyebaran tanggung jawab antarunit, yang menuntut koordinasi agar tidak menimbulkan tumpang tindih kewenangan (Edwards III, 1980).

Program KIS sebagai Bagian JKN dan Model Juknis

Program KIS merupakan bagian integral dari JKN yang diselenggarakan BPJS Kesehatan, dengan fokus pada masyarakat miskin dan tidak mampu kategori PBI (Republik Indonesia, 2004; Republik Indonesia, 2011). Kerangka pelaksanaan normatifnya diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN. Dalam perspektif administrasi publik, model implementasi dalam juknis bersifat procedural-systemic dengan pendekatan top-down yang terdiri atas empat komponen: penetapan sasaran (targeting) melalui DTKS dan penetapan oleh kepala daerah; pendaftaran dan kepesertaan oleh BPJS Kesehatan; penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berjenjang dengan prinsip non-diskriminasi; serta pembiayaan dan klaim melalui kapitasi untuk FKTP dan INA-CBGs untuk FKTL (Republik Indonesia, 2012; Republik Indonesia, 2014a; Republik Indonesia, 2014c).

Kedua kerangka digunakan secara komplementer. Model juknis KIS bersifat normatif—menggambarkan bagaimana program *seharusnya* dilaksanakan (*das sollen*)—sedangkan model Edwards III bersifat analitik-eksplanatif untuk menjelaskan mengapa terjadi kesenjangan antara standar normatif dan kenyataan di lapangan (*das sein*). Dengan demikian, juknis berfungsi sebagai tolok ukur, sementara model Edwards III berfungsi sebagai pisau analisis terhadap determinan keberhasilan dan kegagalan implementasi.

Implementasi Kebijakan, Pelayanan Publik, dan Negara Kesejahteraan

Dunn (2018) menempatkan implementasi sebagai tahap penting dalam analisis kebijakan, sementara Van Meter dan Van Horn (1975) memahami implementasi sebagai tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan dalam keputusan kebijakan. Dalam perspektif pelayanan publik yang berorientasi pada warga negara, Denhardt dan Denhardt (2015) menekankan bahwa layanan publik seharusnya mudah diakses, manusiawi, dan tidak diskriminatif. Lebih jauh, Program KIS dapat dibaca sebagai wujud negara kesejahteraan (Esping-Andersen, 1990) dan komitmen terhadap cakupan kesehatan semesta, yakni setiap orang memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa kesulitan finansial.

Penelitian Terdahulu

Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi JKN/KIS sangat dipengaruhi oleh komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi, sebagaimana diringkas pada Tabel 1.

Tabel 1. Ringkasan Penelitian Terdahulu

Peneliti (Tahun)	Fokus	Hasil Utama
Simbolon dkk. (2019)	Implementasi KIS tingkat kelurahan	Implementasi dipengaruhi komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi.
Adriyani dkk. (2020)	JKN-KIS & kualitas pelayanan masyarakat miskin	Implementasi JKN-KIS berkaitan dengan mutu pelayanan kelompok rentan.
Wati (2020)	Implementasi KIS di Serdang Bedagai	Menggunakan dimensi Edwards III sebagai model analisis lokal.
Fitrianeti & Dominata (2022)	JKN di daerah tertinggal (Mentawai)	Pelaksanaan belum optimal karena validitas data dan keterbatasan layanan.
Tawai dkk. (2023)	Implementasi JKN di Dinas Kesehatan Kendari	Faktor pelaksana, koordinasi, dan kapasitas kelembagaan menentukan keberhasilan.
Novitasari & Fitriani (2024)	Implementasi KIS di Puskesmas Purbolinggo	Komunikasi belum optimal; masyarakat belum memahami tingkatan faskes.
Riansyah (2025)	Implementasi KIS di Desa Hegarmanah	Sumber daya & disposisi belum memadai; struktur birokrasi relatif terorganisasi.

Sumber: Diolah penulis, 2026

Berbeda dari sebagian besar penelitian terdahulu yang berlokus tunggal (satu desa atau satu puskesmas), penelitian ini bersifat multi-aktor dan lintas-tingkat dalam satu kabupaten yang relatif terpencil, sehingga memperkaya khazanah studi implementasi KIS.

METODE PENELITIAN

Objek penelitian ini adalah implementasi kebijakan Program KIS dalam pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Buol, yang dipahami tidak semata sebagai program kesehatan, tetapi juga sebagai program publik yang menuntut proses manajemen kebijakan. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis deskriptif (Creswell & Creswell, 2018), karena bertujuan memperoleh pemahaman mendalam atas proses implementasi, faktor pendukung dan penghambat, serta upaya perbaikan, bukan menguji hubungan antarvariabel secara statistik.

Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Buol, Provinsi Sulawesi Tengah, meliputi Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, FKTP, FKTL, pemerintah desa, dan masyarakat peserta KIS. Jenis data terdiri atas data primer (wawancara mendalam dan observasi) dan data sekunder (dokumen resmi, regulasi, dan data kepesertaan). Informan ditentukan secara purposif sebanyak sepuluh orang yang terlibat langsung dalam implementasi program (Tabel 2). Teknik pengumpulan data berupa wawancara mendalam semi-terstruktur, observasi, dan studi dokumentasi, dengan peneliti sebagai instrumen utama yang dibantu pedoman wawancara dan pedoman observasi.

Tabel 2. Informan Penelitian

No	Informan / Peran	Instansi
1	Moh Gazali – Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan	Dinas Kesehatan Kabupaten Buol
2	Rini Saerang – Staf Pelayanan	BPJS Kesehatan Kabupaten Buol
3	Lastri – Sekretaris Dinas	Dinas Sosial Kabupaten Buol
4	Rusdi – PJ Loker Pelayanan	Puskesmas Biau
5	Arpin – Petugas Admisi UGD	RSUD Mokoyurli
6	Witri Irfani – Kepala Seksi Pelayanan Rawat Inap	RSUD Mokoyurli
7	Zulfikar Rayanti Dawaradji – Aparat Desa	Pemerintah Desa Bunobogu
8	Sudarmono – Warga peserta KIS/PBI (rutin)	Masyarakat
9	Firdaus – Warga peserta KIS (jarang)	Masyarakat
10	Kusmiran – Warga peserta KIS (kendala kartu)	Masyarakat

Sumber: Data primer hasil wawancara, 2026

Analisis data menggunakan model interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña (2014) yang terdiri atas kondensasi data, penyajian data, dan penarikan/verifikasi simpulan. Keabsahan data diuji melalui triangulasi sumber, teknik, dan teori (Denzin, 1978), guna memperoleh konvergensi makna dari berbagai arah sehingga simpulan tidak bertumpu pada satu sumber atau satu sudut pandang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kabupaten Buol dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 51 Tahun 1999 dan terbagi atas 11 kecamatan yang mencakup 108 desa dan 7 kelurahan. Dengan luas wilayah 4.043,57 km² dan kepadatan penduduk yang rendah serta tersebar, rentang kendali pelayanan publik—termasuk pelayanan kesehatan—menjadi tantangan tersendiri. Kondisi geografis ini turut menjelaskan persoalan keterbatasan jaringan telekomunikasi dan aksesibilitas yang muncul dalam temuan

penelitian. Pembahasan berikut disusun berdasarkan empat aspek model Edwards III, dengan menempatkan juknis KIS sebagai standar normatif dan temuan lapangan sebagai realitas pelaksanaan.

1. Aspek Komunikasi: Transmisi Luas, Kejelasan dan Kemerataan Belum Tercapai

Pada dimensi transmisi, implementasi Program KIS di Kabupaten Buol relatif berhasil. Sosialisasi dilakukan melalui kemitraan empat OPD, program Pemberian Informasi Langsung (PIL) BPJS dua kali sebulan, jaringan operator SIKS-NG di 108 desa dan 9 kelurahan, hingga pertemuan di balai desa. Dinas Kesehatan menegaskan bahwa kendala utama justru terletak pada digitalisasi layanan yang bertumpu pada jaringan internet.

"Informasi mengenai hak dan kewajiban peserta KIS sudah kami sampaikan... Hanya saja kendalanya pada sistem informasi yang sekarang sudah didigitalisasi, sehingga daerah-daerah yang sangat terpencil dan tidak memiliki jaringan menjadi sulit terjangkau, karena pelayanan KIS saat ini seluruhnya berbasis digital." (Moh Gazali, Dinas Kesehatan, 9 Juni 2026)

Namun pada dimensi kejelasan dan konsistensi, ditemukan kesenjangan. Aparat desa menyatakan informasi dari dinas kerap bersifat umum dan kurang detail, sementara warga lanjut usia dan yang tidak terbiasa dengan birokrasi belum memahami alur rujukan. Temuan kritisnya adalah bahwa kegagalan komunikasi di wilayah terpencil bukan persoalan yang berdiri sendiri, melainkan akibat lanjutan (downstream) dari keterbatasan sumber daya teknologi: variabel komunikasi tersandera oleh ketiadaan jaringan. Temuan ini sejalan dengan Novitasari dan Fitriani (2024) yang menemukan masyarakat belum memahami tingkatan fasilitas kesehatan. Signifikansinya terletak pada keadilan—komunikasi yang tidak merata paling merugikan kelompok yang paling membutuhkan, padahal akses merupakan indikator output kebijakan yang penting (Faiz dkk., 2025).

2. Aspek Sumber Daya: Dukungan Finansial Kuat di Tengah Defisit SDM dan Sarana

Temuan memperlihatkan pola khas: sumber daya finansial relatif kuat—Pemerintah Daerah mengalokasikan APBD untuk membayar premi peserta PBP—namun sumber daya riil berupa tenaga kesehatan dan sarana justru lemah. Banyak puskesmas tanpa dokter, peminatan penempatan rendah, prasarana seperti ambulans dan ruang isolasi terbatas, serta obat-obatan kerap kosong.

"Untuk tenaga medis, khususnya dokter, masih banyak puskesmas yang belum memiliki dokter... Sarana dan prasarana juga masih menjadi kendala... Begitu juga ketersediaan obat-obatan, sering terjadi kekosongan stok." (Moh Gazali, Dinas Kesehatan, 9 Juni 2026)

Secara analitis, anggaran merupakan syarat perlu tetapi tidak cukup (necessary but not sufficient): ketersediaan dana tidak otomatis menyelesaikan persoalan distribusi tenaga medis. Hal ini menguatkan temuan Riansyah (2025) dan Fitriani dan Dominata (2022). Penelitian ini juga mengungkap paradoks digital: digitalisasi memperkuat sumber daya informasi (data terekam daring dan terpusat) namun sekaligus menjadi sumber kerentanan baru di wilayah tanpa sinyal. Dengan demikian, satu jenis sumber daya dapat menjadi kekuatan sekaligus kelemahan bergantung pada konteks geografis—memperkaya pembacaan klasik atas variabel sumber daya Edwards III.

3. Aspek Disposisi: Komitmen Kuat yang Tidak Cukup Menutup Defisit Struktural

Disposisi justru merupakan variabel terkuat. Para pelaksana—dari Dinas Kesehatan, BPJS, Dinas Sosial, puskesmas, RSUD, hingga perangkat desa—secara konsisten menyatakan komitmen memberikan pelayanan yang setara dan tidak diskriminatif, didukung SOP dan mekanisme penanganan keluhan, dan dikonfirmasi penilaian masyarakat yang umumnya positif.

"Kami melayani peserta sesuai dengan visi dan misi organisasi, tanpa membedakan apakah dia orang kaya, miskin, peserta mandiri, atau peserta dari unsur lain; semua peserta JKN-KIS itu sama." (Rini Saerang, BPJS Kesehatan, 29 Mei 2026)

Temuan paling kritis sekaligus kontribusi teoretisnya: disposisi yang kuat ternyata tidak cukup untuk menutup defisit sumber daya dan hambatan struktural. Komitmen petugas tidak dapat menghadirkan dokter yang tidak ada, mengaktifkan kartu tanpa jaringan, atau memangkas alur birokrasi yang panjang. Hal ini menantang pembacaan aditif terhadap model Edwards III dan menunjukkan adanya hierarki serta interaksi antarvariabel. Disposisi kuat paling tampak dalam bentuk diskresi positif petugas garis depan—mengarahkan warga ber-BPJS tidak aktif ke program Berani Sehat—yang selaras dengan teori birokrasi tingkat-bawah (street-level bureaucracy) Lipsky (2010). Diskresi ini berfungsi sebagai katup pengaman yang menahan dampak kelemahan struktural. Temuan disposisi kuat ini berbeda dengan Riansyah (2025), namun justru menegaskan bahwa kelemahan implementasi dapat berbeda antardaerah, sekaligus sejalan dengan Adriyani dkk. (2020).

4. Aspek Struktur Birokrasi: SOP Tersedia di Tengah Fragmentasi dan Beban Administratif

Secara formal, struktur birokrasi Program KIS telah tertata: terdapat SOP nasional, tim monitoring dan evaluasi, pembagian kewenangan yang tegas (Dinas Sosial menangani kepesertaan, Dinas Kesehatan menangani pembiayaan, BPJS menangani sisi teknis), alur rujukan berjenjang, serta rekonsiliasi data bulanan. Meski demikian, fragmentasi menimbulkan biaya koordinasi yang nyata—alur administrasi panjang, keterlambatan sinkronisasi data, dan persoalan kartu tidak aktif—yang dirasakan langsung oleh masyarakat.

"Masalah kartu KIS tidak aktif atau data tidak sesuai pernah saya alami... Prosesnya tidak langsung selesai di hari itu... biasanya tetap membutuhkan beberapa hari hingga lebih dari satu minggu." (Kusmiran, Masyarakat, Juni 2026)

Temuan ini sejalan dengan Tawai dkk. (2023) yang menempatkan koordinasi dan kapasitas kelembagaan sebagai unsur penting, serta konvergen dengan Riansyah (2025), Simbolon dkk. (2019), dan Wati (2020). Temuan ini menegaskan adagium penting studi implementasi: keberadaan SOP tidak otomatis menjamin konsistensi pelaksanaannya—struktur yang rapi di atas kertas masih menyisakan jarak (implementation gap) dengan praktik di lapangan.

5. Kesenjangan Das Sollen dan Das Sein

Dengan menghadirkan standar normatif (juknis KIS) pada temuan lapangan, kesenjangan antaraspek dapat dipetakan sebagaimana Tabel 3.

Tabel 3. Kesenjangan Das Sollen dan Das Sein dalam Implementasi Program KIS

Komponen / Variabel	Das Sollen	Das Sein	Kesenjangan
Targeting / Komunikasi	Validasi data Kemensos; SK Bupati PBI APBD; informasi jelas hingga desa	Operator SIKS-NG di desa; namun informasi sering umum/lisan dan terkendala jaringan	Kejelasan & pemerataan informasi belum tercapai di wilayah terpencil
Kepesertaan / Sumber Daya	Pendaftaran PBI, penerbitan KIS, didukung SDM & infrastruktur memadai	APBD menanggung premi; data daring; namun dokter kurang, sarana terbatas, kartu kerap tidak aktif	Defisit SDM & sarana; sinkronisasi data belum konsisten
Pelayanan / Disposisi	Layanan komprehensif, rujukan berjenjang, non-diskriminasi	Komitmen tinggi & setara; diskresi positif; sebagian warga menunggu lebih lama	Komitmen kuat, tetapi mutu/kecepatan dibatasi keterbatasan SDM/sarana
Pembiayaan / Struktur Birokrasi	Kapitasi & INA-CBGs; verifikasi BPJS; SOP dan koordinasi fungsional	SOP tersedia; rekonsiliasi bulanan; namun alur panjang & sinkronisasi lambat	Implementation gap: SOP ada, konsistensi & kecepatan belum optimal

Sumber: Diolah penulis dari Permenkes No. 28 Tahun 2014, Edwards III (1980), dan hasil wawancara, 2026

Kesenjangan terbesar terjadi pada komponen targeting-komunikasi dan kepesertaan-sumber daya, sementara pada penyelenggaraan pelayanan-disposisi kesenjangan relatif kecil karena ditopang komitmen pelaksana. Pola ini menegaskan tesis interdependensi: standar ideal pada komponen pelayanan tetap tidak terwujud sepenuhnya karena dibatasi kesenjangan pada komponen di hulunya.

6. Faktor Penghambat dan Upaya Peningkatan

Faktor penghambat dapat dikelompokkan ke dalam empat aspek, namun bermuara pada dua faktor dominan lintas-aspek, yaitu keterbatasan jaringan internet/digitalisasi dan defisit sumber daya manusia kesehatan. Keduanya menjadi akar yang merembet ke aspek lain: keterbatasan jaringan menghambat sosialisasi digital, mengganggu sistem kepesertaan daring, sekaligus memperlambat aktivasi kartu dan sinkronisasi data.

Tabel 4. Faktor Penghambat dan Upaya Peningkatan Implementasi Program KIS

Aspek	Faktor Penghambat Utama	Upaya yang Direkomendasikan
Komunikasi	Sosialisasi belum merata; informasi umum/lisan; ketergantungan kanal digital di wilayah tanpa jaringan	Sosialisasi luring terjadwal ke dusun terpencil; materi bahasa sederhana; kanal informasi non-digital
Sumber Daya	Kekurangan dokter; sarana terbatas; kekosongan obat; keterbatasan jaringan	Redistribusi & insentif tenaga kesehatan; penguatan manajemen stok; peningkatan konektivitas
Disposisi	Beban administrasi tinggi; tunggakan iuran peserta mandiri (kartu tidak aktif)	Penataan beban kerja & penambahan tenaga loket; pelembagaan diskresi positif ke SOP; edukasi kewajiban iuran
Struktur Birokrasi	Alur administrasi panjang; sinkronisasi data lambat; koordinasi reaktif	Penyederhanaan alur; percepatan sinkronisasi; rapat koordinasi

		proaktif terjadwal; SOP kartu tidak aktif
--	--	---

Sumber: Diolah penulis dari hasil wawancara, 2026

Empat upaya prioritas dapat dirumuskan: (1) penguatan konektivitas dan strategi komunikasi luring; (2) penguatan SDM kesehatan melalui redistribusi dan insentif; (3) pelembagaan mekanisme adaptif lokal—program Berani Sehat dan REHAB—ke dalam prosedur resmi agar tidak bergantung pada diskresi individu; serta (4) penguatan koordinasi lintas instansi yang proaktif disertai penyederhanaan alur administrasi.

7. Triangulasi, Keterkaitan dengan Ilmu Manajemen, dan Kebaruan

Triangulasi sumber memperlihatkan konvergensi tinggi pada tema keterbatasan jaringan dan kekurangan tenaga kesehatan, sekaligus menyingkap divergensi bermakna: penyelenggara cenderung menilai sosialisasi telah merata, sementara warga dan perangkat desa menilai sebaliknya. Divergensi ini mengindikasikan bias optimisme penyedia (provider optimism bias) dan menegaskan pentingnya menempatkan suara masyarakat sebagai penyeimbang klaim institusional. Triangulasi teori membaca diskresi petugas garis depan tidak hanya sebagai disposisi (Edwards III, 1980), tetapi juga sebagai diskresi birokrasi tingkat-bawah (Lipsky, 2010) dan dimensi responsiveness dalam kualitas layanan (Parasuraman dkk., 1988).

Temuan ini terkait erat dengan ilmu manajemen, khususnya manajemen koordinasi antarorganisasi (boundary spanning melalui rekonsiliasi data lintas instansi), manajemen sumber daya manusia sektor publik (distribusi dan retensi tenaga medis), manajemen operasi dan kualitas layanan (alur rujukan, manajemen kapasitas dan antrean, serta dimensi SERVQUAL), perilaku birokrasi garis depan, serta manajemen strategik dan inovasi sektor publik (program Berani Sehat dan REHAB sebagai adaptasi strategis menutup celah kebijakan nasional). Kebaruan penelitian terletak pada penegasan interdependensi dan hierarki antarvariabel Edwards III (“disposisi kuat tetapi tidak cukup” dan “paradoks digital”), desain multi-aktor lintas-tingkat dalam satu kabupaten, serta dokumentasi mekanisme adaptif lokal di daerah yang relatif terpencil.

KESIMPULAN

Pertama, implementasi Program KIS di Kabupaten Buol secara umum telah berjalan namun dengan capaian yang tidak merata antaraspek. Komunikasi telah meluas tetapi belum merata; dukungan finansial melalui APBD relatif kuat tetapi SDM dan sarana terbatas; disposisi pelaksana tergolong kuat dan tidak diskriminatif; serta struktur birokrasi telah tertata tetapi terkendala alur administrasi yang panjang dan sinkronisasi data yang lambat. Temuan utamanya, keempat aspek bekerja secara saling bergantung sehingga disposisi yang kuat sekalipun tidak cukup menutup defisit sumber daya dan hambatan struktural serta komunikasi.

Kedua, faktor penghambat yang dominan dan bersifat lintas-aspek adalah keterbatasan jaringan internet/digitalisasi dan defisit sumber daya manusia kesehatan, yang menjadi akar masalah dan merembet ke aspek lain. Ketiga, upaya peningkatan mencakup empat prioritas: penguatan konektivitas dan komunikasi luring; penguatan SDM kesehatan melalui redistribusi dan insentif; pelembagaan mekanisme adaptif lokal (Berani Sehat dan REHAB); serta penyederhanaan alur

administrasi dan penguatan koordinasi lintas instansi yang proaktif. Dengan demikian, tantangan implementasi tidak lagi terletak pada perluasan kepesertaanyang secara administratif telah melampaui jumlah pendudukmelainkan pada keaktifan kepesertaan, validitas data, serta pemerataan dan kualitas pelayanan.

SARAN

Secara praktis, Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan perlu memprioritaskan pemenuhan dan redistribusi tenaga dokter melalui insentif penempatan, memperkuat manajemen ketersediaan obat dan sarana, serta mendorong perluasan akses jaringan telekomunikasi. BPJS Kesehatan perlu mempercepat aktivasi kartu, mengintensifkan program Pemberian Informasi Langsung hingga dusun terpencil, dan menggencarkan edukasi kewajiban iuran serta pemanfaatan program REHAB. Dinas Sosial perlu mempercepat pemutakhiran dan validasi data serta memperkuat kapasitas operator desa. Puskesmas dan RSUD perlu melembagakan SOP penanganan kartu tidak aktif dan menata beban kerja petugas. Pemerintah desa perlu memperkuat peran kepala dusun, RT/RW, dan kader dalam sosialisasi dan pendampingan. Lintas instansi perlu menyelenggarakan rapat koordinasi yang terjadwal dan proaktif serta melembagakan program adaptif Berani Sehat dan REHAB ke dalam prosedur resmi.

Secara akademis, model Edwards III disarankan digunakan secara interaksional memperhatikan keterkaitan antarvariabel dan faktor lintas-variabel seperti kesenjangan digital bukan secara aditif. Peneliti selanjutnya disarankan menggunakan pendekatan kuantitatif atau campuran, memperluas cakupan antarkabupaten, melakukan kajian longitudinal, serta menambahkan triangulasi peneliti guna memperkuat keabsahan temuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriyani, F., Supriyadi, & Sumaryono, D. (2020). Implementasi JKN-KIS dalam meningkatkan kualitas pelayanan masyarakat miskin Jurnal CENDEKIA Jaya, 2(2), 96–113. <https://doi.org/10.47685/cendekia-jaya.v2i2.75>.
- Agustino, L. (2020). *Dasar-dasar kebijakan publik* (Edisi revisi). Alfabeta.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2023). *Laporan pengelolaan program dan laporan keuangan jaminan sosial kesehatan tahun 2023*. BPJS Kesehatan.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2026). *Data jumlah peserta Program JKN per 30 April 2026*.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Buol. (2024). *Statistik kesejahteraan rakyat Kabupaten Buol 2024*. BPS Kabupaten Buol.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Buol. (2025). *Kabupaten Buol dalam angka 2025*. BPS Kabupaten Buol.
- Barokah, S., Hasibuan, R., & Gurning, F. P. (2025). Implementasi JKN terhadap pelayanan promotif dan preventif Vol. 5 No. 2 (Juli 2025) 355–367.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Denhardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2015). *The new public service: Serving, not steering* (4th ed.). Routledge.

- Denzin, N. K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Dunn, W. N. (2018). *Public policy analysis: An integrated approach* (6th ed.). Routledge.
- Edwards III, G. C. (1980). *Implementing public policy*. Congressional Quarterly Press.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.
- Faiz, M.N., Sri, R., Kandau, R., & Gurning, F. P.. (2025). Evaluasi JKN dalam peningkatan akses pelayanan kesehatan.
- Fitrianeti, D., & Dominata, A. (2022). Analisis kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional untuk daerah tertinggal: Studi kasus Kepulauan Mentawai. *Kaganga: Jurnal Pendidikan Sejarah dan Riset Sosial Humaniora*, 5(2). <https://doi.org/10.31539/kaganga.v5i2.4403>
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary ed.). Russell Sage Foundation.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Novitasari, R. P., & Fitriani, Y. (2024). Implementation of the Kartu Indonesia Sehat (KIS) program in health services at Puskesmas Purbolinggo District, East Lampung Regency. *HUMANUS: Jurnal Sosiohumaniora Nusantara*, 1(3).
- Nugroho, R. (2018). *Public policy* (Edisi 6). Elex Media Komputindo.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Pemerintah Kabupaten Buol. (2025, 23 Januari). *Pj. Bupati Buol resmikan Puskesmas Bunobogu, Paleleh, dan Tiloan*. <https://webs.buolkab.go.id>
- Republik Indonesia. (1999). Undang-Undang Nomor 51 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Buol, Kabupaten Morowali, dan Kabupaten Banggai Kepulauan.
- Republik Indonesia. (2004). Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Republik Indonesia. (2011). Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Republik Indonesia. (2012). Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.
- Republik Indonesia. (2014a). Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.
- Republik Indonesia. (2014b). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.
- Republik Indonesia. (2014c). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs).
- Republik Indonesia. (2014d). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

- Republik Indonesia. (2015). Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.
- Republik Indonesia. (2018). Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
- Republik Indonesia. (2019). Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 137 Tahun 2017 tentang Kode dan Data Wilayah Administrasi Pemerintahan.
- Republik Indonesia. (2022). Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Republik Indonesia. (2024). Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
- Riansyah. (2025). Implementasi kebijakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) di Desa Hegarmanah Kecamatan Sagaranten Kabupaten Sukabumi *Jurnal Administrasi Publik dan Pemerintahan (SIMBOL)*, 4(1), 87–90. 31 Januari 2025 <https://doi.org/10.55850/simbol.v4i1.186>.
- Simbolon, N. Br., Sihombing, M., Kusmanto, H., & Isnaini. (2019). Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat. *Strukturasi: Jurnal Ilmiah Magister Administrasi Publik*, 1(2), 145–155.
- Subarsono, A. G. (2011). *Analisis kebijakan publik: Konsep, teori dan aplikasi*. Pustaka Pelajar.
- Tawai, A., Afriadi, Z., & Yusuf, M. (2023). Model implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Dinas Kesehatan Kota Kendari. *NeoRespublica: Jurnal Ilmu Pemerintahan*, 5(1). <https://doi.org/10.52423/neores.v5i1.170>
- Van Meter, D. S., & Van Horn, C. E. (1975). The policy implementation process: A conceptual framework. *Administration & Society*, 6(4), 445–488.
- Wati, H. (2022). Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat di Desa Lubuk Saban Kecamatan Pantai Cermin Kabupaten Serdang Bedagai. *Jurnal Ilmiah Administrasi Publik dan Pemerintahan (JIAPP)*. Vol 1(2), 83-90.
- Winarno, B. (2012). *Kebijakan publik: Teori, proses, dan studi kasus*. CAPS.
- World Health Organization. (n.d.). *Universal health coverage*. Diakses 24 Mei 2026, dari <https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage>