

Receive : 13 May 2026

Revised : 04 June 2026

Accepted : 12 June 2026

Jurnal ADMINISTRATOR

P-ISSN : 1858-084X

E-ISSN : 2808-5213

DOI : 10.55100/administrator.v8i1.121

Vol. 8 No. 1 June 2026, Hlm. 78-95



Kolabosasi Antar Lembaga Untuk Memperkuat Kebijakan Kesehatan Di Kabupaten Tasikmalaya

***Cepi Triana Sapari¹, Samkamaria²**

E-Mail : cepi.triana33@gmail.com*

STISIP Tasikmalaya¹

Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Pembangunan Palu²

ABSTRAK

Masalah kronis terus membayangi implementasi JKN. Pertama adalah isu keberlanjutan finansial, ketidaksesuaian antara iuran yang terkumpul dengan total klaim yang harus dibayarkan secara berkala menciptakan kondisi deficit yang berujung pada keterlambatan pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan. Kondisi ini mengganggu arus kas rumah sakit, yang pada akhirnya berisiko menurunkan kualitas layanan yang diterima oleh pasien. Masalah kedua, dampak langsung oleh masyarakat lapisan bawah, adalah integritas data kepesertaan. Penonaktifan massal peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) secara berkala akibat ketidaksinkronan antara Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) yang dikelola Kementerian Sosial dengan data kependudukan (Dukcapil) menjadi bukti nyata adanya kelemahan fundamental dalam pilar informasi sistem kesehatan. Ironisnya, mereka yang paling rentan dan seharusnya dilindungi oleh negara justru menjadi korban dari kesalahan administratif, kehilangan akses pada saat yang paling membutuhkan. Dalam menganalisis masalah penulis menggunakan teori-teori kebijakan yang relevan dan menggunakan pendekatan model kolaboratif. Penelitian ini menggunakan metode pendekatan kualitatif untuk memahami secara mendalam kompleksitas masalah kebijakan, dinamika antar lembaga, dan konteks sosial di lapangan yang tidak dapat diukur dengan angka. Jenis penelitian yang digunakan adalah studi kasus yang bersifat deskriptif-analitis. Sumber dan Teknik Analisis Data Penelitian ini sepenuhnya mengandalkan data sekunder yang bersumber dari dokumen-dokumen yang sudah ada. Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis isi kualitatif atau analisis dokumen. Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa bahwa akar penyebab utama dari kegagalan implementasi adalah fragmentasi kelembagaan dan kuatnya ego sektoral. kolaborasi antar lembaga bukanlah sebuah pilihan, melainkan sebuah prasyarat mutlak untuk memperkuat kebijakan kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya.

Kata kunci: Kolaborasi antar Lembaga, Implementasi Kebijakan JKN, Memperkuat Kebijakan Kesehatan, Kabupaten Tasikmalaya

Receive : 13 May 2026

Revised : 04 June 2026

Accepted : 12 June 2026

Jurnal ADMINISTRATOR

P-ISSN : 1858-084X

E-ISSN : 2808-5213

DOI : 10.55100/administrator.v8i1.121

Vol. 8 No. 1 June 2026, Hlm. 78-95



ABSTRACT

Chronic problems continue to plague the implementation of the National Health Insurance (JKN) program. The first is the issue of financial sustainability; the mismatch between collected premiums and the total claims that must be paid out periodically creates a deficit that leads to delays in claim payments to healthcare facilities. This situation disrupts hospitals' cash flow, which ultimately risks lowering the quality of care received by patients. The second problem—which directly impacts the lower socioeconomic strata—is the integrity of enrollment data. The periodic mass deactivation of participants in the Premium Assistance Program (PBI) due to discrepancies between the Integrated Social Welfare Data (DTKS) managed by the Ministry of Social Affairs and population data (Dukcapil) serves as clear evidence of fundamental weaknesses in the information pillar of the health system. Ironically, those who are most vulnerable and should be protected by the state have instead become victims of administrative errors, losing access at the very moment they need it most. In analyzing these issues, the author draws on relevant policy theories and employs a collaborative model approach. This study employs a qualitative approach to gain an in-depth understanding of the complexity of policy issues, inter-institutional dynamics, and the social context in the field—aspects that cannot be measured by numbers. The research design is a descriptive-analytical case study. Data Sources and Analysis Techniques: This study relies entirely on secondary data sourced from existing documents. The data analysis technique used is qualitative content analysis, also known as document analysis. The results of this study indicate that the primary root causes of implementation failure are institutional fragmentation and strong sectoral egos. Inter-institutional collaboration is not an option but an absolute prerequisite for strengthening health policies in Tasikmalaya Regency

Keywords: *inter-institutional collaboration, implementation of the National Health Insurance (JKN) policy, strengthening health policies, Tasikmalaya Regency.*

LATAR BELAKANG

Indonesia telah mengambil langkah monumental dalam upaya mewujudkan keadilan sosial di bidang kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dilandasi oleh amanat konstitusional dalam UUD 1945 yang menjamin hak setiap warga negara untuk memperoleh pelayanan kesehatan, JKN hadir sebagai sebuah janji: bahwa akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas tidak lagi menjadi hak istimewa segelintir orang, melainkan hak fundamental bagi seluruh rakyat. Program yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan ini secara progresif telah memperluas cakupan kepesertaan, membebaskan jutaan keluarga dari risiko finansial katastrofik akibat biaya pengobatan yang mahal. Visi besar JKN untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) adalah cerminan dari cita-cita luhur bangsa untuk membangun masyarakat yang sehat, produktif, dan sejahtera. Namun, perjalanan untuk merealisasikan visi tersebut terbukti jauh lebih kompleks daripada sekadar mendistribusikan kartu kepesertaan. Di balik keberhasilan ekspansi cakupan, tersembunyi berbagai tantangan sistemik yang mengancam keberlanjutan dan efektivitas program itu sendiri.

Di tingkat nasional, dua masalah kronis terus membayangi implementasi JKN. Pertama adalah isu keberlanjutan

finansial. Ketidaksesuaian antara iuran yang terkumpul dengan total klaim yang harus dibayarkan secara berkala menciptakan kondisi defisit, yang berujung pada keterlambatan pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan. Kondisi ini mengganggu arus kas rumah sakit, yang pada akhirnya berisiko menurunkan kualitas layanan yang diterima oleh pasien. Masalah kedua, yang dampaknya terasa lebih langsung oleh masyarakat lapisan bawah, adalah integritas data kepesertaan. Penonaktifan massal peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) secara berkala akibat ketidaksinkronan antara Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) yang dikelola Kementerian Sosial dengan data kependudukan (Dukcapil) menjadi bukti nyata adanya kelemahan fundamental dalam pilar informasi sistem kesehatan. Ironisnya, mereka yang paling rentan dan seharusnya dilindungi oleh negara justru menjadi korban dari kesalahan administratif, kehilangan akses pada saat yang paling membutuhkan.

Persoalan-persoalan nasional tersebut menjadi semakin akut ketika diturunkan ke tingkat daerah, di mana implementasi kebijakan berhadapan langsung dengan realitas sosial, ekonomi, dan geografis. Isu yang paling mendasar di tingkat daerah adalah kesenjangan atau disparitas wilayah. Fenomena ini mengubah janji "keadilan untuk semua" menjadi "keadilan untuk

mereka yang tinggal di lokasi yang tepat". Provinsi Jawa Barat, sebagai provinsi dengan jumlah penduduk terbesar di Indonesia, menjadi contoh paradoks yang nyata. Meskipun menjadi pusat ekonomi dan pembangunan, disparitas antara wilayah utara yang industrialis dengan wilayah selatan yang agraris dan berbukit-bukit sangatlah tajam. Dalam konteks ini, kebijakan kesehatan yang dirancang secara seragam dari pusat seringkali tumpul dan tidak mampu menjawab tantangan unik yang dihadapi oleh setiap daerah. Kesenjangan ini menciptakan sebuah sistem kesehatan dua tingkat, di mana kode pos secara efektif menjadi penentu utama kualitas kesehatan seorang warga.

Kabupaten Tasikmalaya merupakan mikrokosmos yang merefleksikan seluruh kompleksitas permasalahan tersebut dengan sangat jelas. Dengan wilayah yang sangat luas, topografi yang beragam dari pegunungan hingga pesisir pantai selatan, kabupaten ini menghadapi tantangan disparitas internal yang ekstrem. Terdapat jurang pemisah yang dalam antara wilayah "utara" yang dekat dengan pusat pemerintahan di Singaparna dengan wilayah "selatan" yang terpencil seperti Kecamatan Cipatujah dan Karangnunggal. Bagi masyarakat di selatan, akses terhadap layanan kesehatan rujukan di RSUD SMC bukan hanya soal jarak tempuh yang memakan waktu berjam-jam, tetapi

juga soal biaya transportasi yang mahal dan risiko keselamatan di perjalanan. Konsekuensinya sangat fatal dan terukur: angka kematian ibu (AKI) dan prevalensi stunting cenderung lebih tinggi di wilayah-wilayah terpencil ini. Persoalan ini tidak dapat lagi dilihat hanya sebagai masalah teknis medis, melainkan sebagai manifestasi dari kegagalan kebijakan dalam mewujudkan keadilan spasial, di mana infrastruktur, sumber daya manusia, dan teknologi kesehatan terpusat di satu area dan langka di area lainnya.

Menghadapi tantangan yang berlapis-lapis ini, pendekatan kebijakan yang bersifat sektoral terbukti tidak lagi memadai. Dinas Kesehatan tidak akan mampu menurunkan angka stunting sendirian tanpa intervensi dari Dinas Pekerjaan Umum untuk penyediaan sanitasi dan air bersih, Dinas Pendidikan untuk meningkatkan literasi gizi ibu, dan Dinas Sosial untuk memastikan jaring pengaman ekonomi keluarga. Begitu pula, masalah data PBI tidak akan selesai jika hanya menjadi urusan BPJS tanpa koordinasi intensif dengan Dinas Sosial dan Disdukcapil hingga ke tingkat aparat desa yang melakukan pendataan awal. Kegagalan untuk berpikir dan bekerja secara lintas sektor inilah yang menyebabkan banyak program hebat di atas kertas menjadi lemah dalam eksekusinya. Setiap lembaga berjalan dalam jalurnya sendiri, dengan target dan anggaran masing-masing,

menciptakan fragmentasi yang justru memperlemah upaya penguatan sistem kesehatan secara keseluruhan.

Oleh karena itu, makalah ini mengajukan sebuah tesis bahwa **kolaborasi antar lembaga bukan lagi sekadar pilihan atau praktik terbaik, melainkan sebuah prasyarat fundamental (sine qua non) untuk melakukan penguatan kebijakan kesehatan yang efektif dan berkeadilan di daerah dengan karakteristik kompleks seperti Kabupaten Tasikmalaya.** Kolaborasi yang dimaksud bukanlah sebatas rapat koordinasi seremonial, melainkan sebuah mekanisme kerja yang terstruktur dan terintegrasi, mencakup perencanaan bersama, sinkronisasi data, hingga pelaksanaan program dan alokasi anggaran yang sinergis. Tanpa adanya jembatan yang kokoh antar lembaga, setiap kebijakan kesehatan, sebagus apapun formulasinya, akan selalu terbentur pada dinding ego sektoral dan fragmentasi implementasi di lapangan.

Untuk mendalami tesis tersebut, makalah ini akan membedah lebih lanjut beberapa aspek krusial. Pertama, akan dianalisis bentuk-bentuk kegagalan kebijakan yang terjadi di Kabupaten Tasikmalaya dengan menggunakan kerangka kebijakan publik dan teori determinan sosial kesehatan. Kedua, akan diidentifikasi para pemangku kepentingan utama serta hambatan-hambatan baik struktural maupun

kultural yang selama ini menghalangi terwujudnya kolaborasi yang efektif. Terakhir, makalah ini akan mencoba merumuskan sebuah model kolaborasi antar lembaga yang kontekstual dan dapat diterapkan di Kabupaten Tasikmalaya, dengan fokus pada penyelesaian dua isu prioritas: penurunan stunting dan peningkatan akurasi data JKN.

Pada akhirnya, keberhasilan penguatan kebijakan kesehatan di tingkat daerah merupakan kunci bagi keberhasilan sistem kesehatan nasional. Pengalaman dan model yang dibangun dari upaya mengatasi tantangan di daerah seperti Kabupaten Tasikmalaya dapat menjadi pembelajaran berharga dan direplikasi di berbagai wilayah lain di Indonesia yang menghadapi persoalan serupa. Dengan demikian, upaya membangun kolaborasi di tingkat lokal sejatinya adalah langkah strategis untuk merajut kembali tenun kebangsaan, memastikan bahwa janji kemerdekaan untuk menyejahterakan seluruh rakyat benar-benar terwujud melalui akses kesehatan yang merata dan berkeadilan.

Pada bagian ini membahas kerangka konseptual dan yuridis yang akan digunakan sebagai dasar analisis dalam pembahasan masalah penguatan kebijakan kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya. Kerangka ini terdiri dari empat pilar utama: (1) konsep-konsep kunci dalam ilmu kebijakan publik yang

relevan dengan proses implementasi; (2) teori-teori fundamental dalam kesehatan masyarakat yang membantu menjelaskan akar masalah kesehatan; (3) konsep tata kelola kolaboratif sebagai model solusi yang ditawarkan; dan (4) tinjauan terhadap hierarki regulasi yang menjadi landasan hukum penyelenggaraan kesehatan di Indonesia hingga tingkat daerah.

Konsep Kebijakan Publik dan Implementasinya

Ilmu kebijakan publik menyediakan alat untuk memahami bagaimana masalah sosial direspons oleh pemerintah, dari perumusan hingga evaluasi. Dalam konteks makalah ini, beberapa konsep menjadi sangat relevan untuk membedah mengapa kebijakan kesehatan yang ideal di atas kertas seringkali gagal di lapangan.

- **Siklus Kebijakan Publik** Siklus kebijakan publik adalah sebuah model heuristik yang menggambarkan proses kebijakan sebagai serangkaian tahapan yang dinamis dan berkelanjutan. Tahapan tersebut meliputi: (1) Penetapan Agenda, di mana sebuah isu berhasil menarik perhatian pemerintah; (2) Formulasi Kebijakan, saat berbagai alternatif solusi dirancang dan diperdebatkan; (3) Adopsi Kebijakan, ketika satu solusi dipilih secara resmi; (4)

Implementasi Kebijakan, yaitu proses pelaksanaan kebijakan; dan (5) Evaluasi Kebijakan, di mana dampak dan kinerja kebijakan dinilai. Makalah ini akan memberikan penekanan khusus pada tahap implementasi, karena pada tahap inilah kesenjangan antara tujuan kebijakan dan hasil nyata paling sering terjadi, terutama dalam konteks daerah yang kompleks.

- **Kesenjangan Implementasi (Implementation Gap)**

Kesenjangan implementasi merujuk pada jurang pemisah antara apa yang direncanakan dalam sebuah dokumen kebijakan dengan apa yang sesungguhnya terjadi di lapangan. Kegagalan implementasi seringkali bukan disebabkan oleh buruknya formulasi kebijakan, melainkan oleh faktor-faktor seperti: (a) sumber daya yang tidak memadai (anggaran, staf, fasilitas); (b) koordinasi antar lembaga yang lemah; (c) komunikasi yang tidak efektif dari pembuat kebijakan ke pelaksana; dan (d) kondisi sosial-ekonomi dan politik di tingkat lokal yang tidak diantisipasi. Konsep ini sangat vital untuk menganalisis mengapa program JKN dan penanganan stunting di Kabupaten Tasikmalaya belum mencapai hasil yang optimal.

- **Teori Birokrasi Tingkat Jalanan (Street-Level Bureaucracy)**

Diperkenalkan oleh Michael Lipsky, teori ini berargumen bahwa para pelaksana kebijakan di garis depan seperti petugas Puskesmas, aparat desa, guru, atau kader Posyandu adalah pembuat kebijakan yang sesungguhnya (*de facto policymakers*). Mereka bekerja dalam kondisi keterbatasan sumber daya dan menghadapi situasi klien yang unik dan kompleks. Untuk mengatasi hal ini, mereka menggunakan diskresi, yaitu keleluasaan untuk menginterpretasikan dan mengadaptasi aturan formal agar sesuai dengan realitas di lapangan. Teori ini krusial untuk menjelaskan mengapa data PBI yang dikumpulkan di tingkat desa bisa berbeda dengan kriteria formal dari pusat, karena aparat desa sebagai birokrat tingkat jalanan berhadapan langsung dengan tekanan sosial dan kompleksitas kondisi warganya.

Teori-Teori Kunci dalam Kesehatan Masyarakat

Untuk memahami masalah kesehatan secara mendalam, analisis tidak boleh berhenti pada sistem pelayanan kesehatan semata, tetapi harus menjangkau akar sosialnya.

- **Teori Determinan Sosial Kesehatan (Social Determinants of Health - SDOH)**

WHO mendefinisikan determinan sosial kesehatan sebagai kondisi di mana individu dilahirkan, tumbuh, bekerja, hidup, dan menua, serta kekuatan dan sistem yang lebih luas yang membentuk kondisi kehidupan sehari-hari. Ini adalah "penyebab dari penyebab" penyakit. Faktor-faktor seperti tingkat pendapatan, pendidikan, akses terhadap air bersih dan sanitasi, kondisi perumahan, serta infrastruktur transportasi memiliki dampak yang jauh lebih besar terhadap status kesehatan populasi dibandingkan akses ke rumah sakit semata. Teori ini menjadi kerangka utama untuk menjelaskan mengapa angka stunting dan kematian ibu terkonsentrasi di wilayah-wilayah miskin dan terpencil di Kabupaten Tasikmalaya; masalahnya bukan sekadar ketiadaan layanan medis, melainkan kondisi sosial-ekonomi yang lebih mendasar.

- **Teori Akses Pelayanan Kesehatan (Aday & Andersen)**

Teori ini membedah konsep "akses" ke dalam lima dimensi yang saling terkait, yang membantu menganalisis hambatan secara lebih rinci:

1. Ketersediaan (Availability): Adanya fasilitas, tenaga kesehatan (terutama spesialis), dan teknologi medis di suatu wilayah.
2. Aksesibilitas (Accessibility): Kemudahan fasilitas tersebut untuk dijangkau secara geografis (jarak, waktu, medan).
3. Keterjangkauan (Affordability): Kemampuan finansial pasien untuk menanggung biaya medis langsung dan biaya non-medis (transportasi, akomodasi).
4. Akomodasi (Accommodation): Kesesuaian organisasi pelayanan dengan kebutuhan pasien (misalnya jam buka, prosedur pendaftaran).
5. Akseptabilitas (Acceptability): Kecocokan antara layanan dengan nilai-nilai sosial budaya dan ekspektasi pasien. Teori ini sangat relevan untuk membedah mengapa program JKN, yang berhasil mengatasi

dimensi keterjangkauan, belum mampu menyelesaikan masalah akses secara tuntas karena dimensi ketersediaan dan **aksesibilitas** di daerah terpencil masih sangat lemah.

Konsep Kolaborasi Antar Lembaga (Tata Kelola Kolaboratif)

Menjawab masalah yang kompleks dan multisektor, pendekatan pemerintahan tradisional yang bersifat hierarkis dan terkotak-kotak (silo) dianggap tidak lagi efektif. Sebagai gantinya, muncullah konsep tata kelola kolaboratif (*collaborative governance*). Ini didefinisikan sebagai sebuah model di mana berbagai lembaga dari sektor publik, swasta, dan masyarakat sipil bekerja bersama dalam sebuah forum bersama untuk membuat keputusan dan mengelola masalah publik. Prinsip-prinsip utamanya meliputi tujuan bersama, kepercayaan timbal balik, komitmen terhadap proses, akuntabilitas bersama, dan pembagian sumber daya. Konsep ini menjadi landasan teoritis untuk solusi yang diusulkan dalam makalah ini, yaitu bahwa penguatan kebijakan kesehatan di Tasikmalaya mensyaratkan pergeseran dari kerja sektoral ke sebuah model tata kelola kolaboratif yang terstruktur.

Kerangka Regulasi Kebijakan Kesehatan

Seluruh penyelenggaraan kesehatan di Indonesia beroperasi dalam sebuah kerangka hukum yang hierarkis.

- **Landasan Konstitusional: UUD 1945**, khususnya Pasal 28H ayat (1) tentang hak atas pelayanan kesehatan dan Pasal 34 tentang tanggung jawab negara dalam sistem jaminan sosial dan penyediaan fasilitas kesehatan.

- **Undang-Undang (UU):**

- **UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan:** Sebagai payung hukum utama yang mengatur keseluruhan sistem kesehatan nasional, termasuk peran pemerintah pusat dan daerah.
- **UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN):** Landasan filosofis dan hukum bagi penyelenggaraan jaminan sosial, termasuk kesehatan.
- **UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS):** Dasar hukum pembentukan BPJS

sebagai operator program JKN.

- **UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah:** Dasar hukum bagi otonomi dan kewajiban pemerintah kabupaten/kota dalam penyelenggaraan urusan kesehatan wajib.

- **Peraturan Pelaksana dan Daerah:** Kebijakan nasional di atas dioperasionalkan melalui berbagai Peraturan Presiden (Perpres), Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), hingga di tingkat lokal melalui Peraturan Daerah (Perda) dan Peraturan Bupati (Perbup), yang menjadi instrumen hukum utama bagi Pemerintah Kabupaten Tasikmalaya untuk melaksanakan kebijakan kesehatan di wilayahnya.

METODE

Penulisan makalah ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk memahami secara mendalam kompleksitas masalah kebijakan, dinamika antar lembaga, dan konteks sosial di lapangan yang tidak dapat diukur dengan angka.

Jenis penelitian yang digunakan adalah studi kasus yang bersifat deskriptif-analitis.

- Studi Kasus: Fokus penelitian secara intensif ditujukan pada satu unit analisis, yaitu sistem kebijakan kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya, untuk mendapatkan pemahaman yang holistik dan kontekstual.
- Deskriptif-Analitis: Penelitian ini pertama-tama mendeskripsikan fakta dan masalah yang ada (potret disparitas, regulasi, dll.), kemudian menganalisisnya menggunakan kerangka teori untuk menjelaskan akar penyebab dan merumuskan solusi.
- Literatur Akademis: Jurnal ilmiah, buku, dan penelitian terdahulu.
- Sumber Lain: Artikel berita dari media massa yang kredibel.
- Teknik Analisis: Proses analisis dilakukan secara sistematis melalui empat tahap: (1) Pengumpulan semua dokumen relevan, (2) Reduksi Data dengan memilih dan memfokuskan informasi penting, (3) Penyajian Data dalam bentuk narasi terstruktur, dan (4) Penarikan Kesimpulan dengan menginterpretasikan data menggunakan landasan teori yang ada.

Sumber dan Teknik Analisis Data
Penelitian ini sepenuhnya mengandalkan data sekunder yang bersumber dari dokumen-dokumen yang sudah ada. Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis isi kualitatif atau analisis dokumen.

- Sumber Data:
 - Dokumen Regulasi: Undang-Undang (Kesehatan, SJSN, BPJS, Pemda), Perpres, Permenkes, hingga Perda dan Perbup Kabupaten Tasikmalaya.
 - Dokumen Pemerintah: RPJMD, Profil Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya, dan data BPS.

PEMBAHASAN

Bagian ini merupakan inti dari analisis makalah, di mana kerangka teori dan kebijakan yang telah diuraikan pada bagian sebelumnya diterapkan untuk membedah secara mendalam dinamika kebijakan kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya. Pembahasan akan dibagi ke dalam tiga bagian utama. Pertama, pemaparan potret disparitas dan fragmentasi kebijakan kesehatan yang terjadi di lapangan. Kedua, analisis terhadap akar penyebab kegagalan implementasi, dengan fokus pada faktor-faktor yang menghambat kolaborasi. Ketiga, perumusan sebuah model

kolaborasi antar lembaga yang dirancang sebagai strategi penguatan kebijakan kesehatan di masa depan.

1. Potret Disparitas dan Fragmentasi Kebijakan Kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya

Kabupaten Tasikmalaya menyajikan sebuah paradoks: di satu sisi memiliki akses terhadap program JKN yang universal, namun di sisi lain realitas geografis dan sosial-ekonomi menciptakan jurang pemisah yang dalam dalam akses dan kualitas layanan kesehatan. Fenomena ini dapat dilihat sebagai manifestasi dari kegagalan kebijakan untuk diimplementasikan secara merata.

- **Dualisme Akses: Kesenjangan "Utara" versus "Selatan"** Secara geografis, Kabupaten Tasikmalaya memiliki "dua wajah". Wilayah Utara, yang lebih dekat dengan pusat administrasi di Singaparna, memiliki infrastruktur yang relatif lebih baik dan akses yang lebih mudah ke fasilitas kesehatan rujukan utama, RSUD dr. Soekardjo (di Kota Tasikmalaya, sebagai rujukan utama sebelumnya) dan RSUD SMC. Sebaliknya, Wilayah Selatan (dikenal sebagai Tasela), yang mencakup kecamatan pesisir seperti Cipatujah dan Cikalong, terisolasi oleh jarak tempuh yang bisa mencapai 3-4 jam, kondisi jalan yang kurang

memadai, dan biaya transportasi yang tinggi. Menggunakan Teori Akses Aday & Andersen, meskipun JKN telah mengatasi dimensi keterjangkauan (affordability) biaya medis, warga di Tasela masih menghadapi hambatan besar pada dimensi aksesibilitas (accessibility) geografis dan ketersediaan (availability) layanan spesialisik. Kepemilikan kartu BPJS menjadi kurang bermakna ketika fasilitas kesehatan yang mampu menangani kasus serius berada di luar jangkauan fisik dan finansial non-medis.

- **Manifestasi pada Indikator Kesehatan Kunci** Disparitas akses ini berkorelasi langsung dengan indikator kesehatan yang lebih buruk di wilayah terpencil. Angka Kematian Ibu (AKI) dan prevalensi stunting cenderung terkonsentrasi di wilayah-wilayah ini. Ini bukan sekadar masalah medis, melainkan masalah Determinan Sosial Kesehatan (SDOH). Tingkat pendidikan yang lebih rendah, keterbatasan peluang ekonomi, serta akses yang lebih sulit terhadap sanitasi dan air bersih di wilayah selatan menjadi "penyebab dari penyebab" yang sesungguhnya. Kebijakan kesehatan yang hanya fokus pada intervensi di

Puskesmas (faktor hilir) tanpa mengatasi masalah infrastruktur dan ekonomi (faktor hulu) terbukti tidak akan efektif.

- **Paradoks Data PBI JKN di Lapangan** Fragmentasi juga terlihat jelas dalam pengelolaan data peserta PBI. Di satu sisi, banyak warga miskin di desa-desa terpencil yang status kepesertaannya tiba-tiba non-aktif karena tidak lagi terdaftar di DTKS. Di sisi lain, aparat desa, sebagai birokrat tingkat jalanan, menghadapi dilema dalam proses pendataan: antara mengikuti kriteria formal yang kaku dari pusat dengan realitas kemiskinan multidimensi yang mereka saksikan sehari-hari. Akibatnya, proses verifikasi dan validasi data antara Dinas Sosial, Disdukcapil, dan BPJS seringkali tidak sinkron, menciptakan ketidakpastian dan menghalangi akses bagi mereka yang paling membutuhkan.

2. Analisis Akar Masalah: Mengapa Kolaborasi Gagal?

Kegagalan implementasi dan disparitas yang terjadi bukanlah peristiwa acak, melainkan hasil dari masalah struktural dalam tata kelola pemerintahan.

- **Hegemoni Ego Sektoral**
Hambatan utama kolaborasi

adalah struktur birokrasi yang terkotak-kotak. Setiap dinas (Organisasi Perangkat Daerah/OPD) bekerja untuk mencapai target kinerjanya sendiri sesuai dengan dokumen perencanaan dan anggaran (DPA) masing-masing. Sebagai contoh konkret:

- **Dinas Kesehatan** fokus pada intervensi gizi spesifik untuk stunting (pemberian makanan tambahan).
- **Dinas PUPR** fokus pada target pembangunan infrastruktur jalan dan sanitasi, yang lokasinya mungkin tidak diprioritaskan di kantong-kantong stunting.
- **Dinas Sosial** fokus pada penyaluran bantuan sosial, yang datanya mungkin belum sinkron dengan data balita berisiko stunting. Masing-masing dinas bekerja secara paralel pada masalah yang sama tanpa adanya sebuah "orkestrasi" atau perencanaan bersama, menyebabkan tumpang tindih, inefisiensi, dan dampak yang tidak optimal.
- **Kepemimpinan dan Mekanisme Koordinasi** Kolaborasi tidak terjadi secara otomatis; ia

membutuhkan kepemimpinan yang kuat untuk memfasilitasi dan, jika perlu, "memaksa" terjadinya sinergi. Ketidadaan sebuah forum atau mekanisme formal yang memiliki otoritas untuk mengintegrasikan perencanaan dan memonitor program lintas sektor menjadi penyebab utama. Rapat koordinasi seringkali bersifat seremonial dan tidak menghasilkan komitmen yang mengikat atau rencana aksi bersama yang terukur. Bappeda, yang seharusnya berperan sebagai integrator, mungkin belum menjalankan fungsinya secara optimal dalam mengorkestrasi program lintas OPD.

3. Merancang Model Kolaborasi untuk Penguatan Kebijakan di Kabupaten Tasikmalaya

Berdasarkan analisis masalah di atas, diperlukan sebuah model tata kelola kolaboratif (*collaborative governance*) yang terstruktur untuk menerjemahkan niat baik kebijakan menjadi aksi yang efektif di lapangan.

- **Prasyarat Kolaborasi: Kepemimpinan dan Visi Bersama** Setiap upaya kolaborasi harus dimulai dari komitmen pimpinan tertinggi daerah (Bupati dan Sekretaris Daerah). Perlu ada sebuah visi bersama

yang ditetapkan, misalnya: "Tasikmalaya Bebas Stunting dan Berkeadilan Akses Kesehatan pada Tahun 2026". Visi ini harus diterjemahkan menjadi arahan yang jelas dan mandat yang kuat bagi semua OPD untuk bekerja sama.

- **Arsitektur Model Kolaborasi Lintas Sektor** Model yang diusulkan terdiri dari tiga tingkatan yang saling terhubung:

1. Tingkat Strategis (Gugus Tugas Percepatan):

Dibentuk sebuah Gugus Tugas atau Tim Koordinasi Percepatan Penurunan Stunting dan AKI yang dipimpin langsung oleh Sekretaris Daerah (Sekda) dan diketuai oleh Kepala Bappeda. Anggotanya adalah para kepala dinas kunci (Kesehatan, Sosial, PUPR, Pendidikan, dll). Tugasnya adalah melakukan sinkronisasi perencanaan, penganggaran, dan penetapan target bersama dalam forum triwulanan.

2. Tingkat Manajerial (Forum Teknis):

Di bawah gugus tugas, dibentuk forum-forum teknis yang lebih spesifik untuk

menyelesaikan masalah operasional. Contoh: Forum Sinkronisasi Data PBI dan Kemsos yang beranggotakan perwakilan teknis dari Dinsos, Disdukcapil, Dinkes, dan BPJS untuk bertemu setiap bulan dan menyelesaikan data anomali.

3. Tingkat Operasional (Tim Aksi Lapangan):

Implementasi di tingkat kecamatan dan desa dilakukan oleh tim gabungan. Misalnya, kegiatan Posyandu tidak hanya dihadiri oleh Kader dan Bidan, tetapi juga melibatkan Petugas Penyuluh Lapangan (PPL) Pertanian untuk edukasi gizi dari kebun lokal, dan fasilitator program PAMSIMAS untuk isu air bersih.

- **Pilar Pendukung: Data Terintegrasi dan Anggaran Berbasis Program** Agar model ini berjalan, dibutuhkan dua pilar pendukung utama:

1. **Dashboard Data Terpadu:** Pemerintah Kabupaten perlu membangun sebuah sistem informasi atau dashboard sederhana yang

mengintegrasikan data kunci (data stunting by name by address, data PBI, data sanitasi desa) yang bisa diakses oleh semua dinas terkait. Ini menciptakan "satu sumber kebenaran" (*single source of truth*) dan membuat masalah menjadi transparan.

2. Anggaran Berbasis Program Lintas Sektor:

Secara bertahap, menggeser mekanisme dari anggaran berbasis dinas ke anggaran berbasis program untuk isu-isu prioritas. Misalnya, ada satu "amplop" anggaran untuk Program Penurunan Stunting, di mana setiap dinas mengajukan rencana aksi dan anggaran yang saling mendukung untuk mencapai tujuan bersama dari "amplop" tersebut, yang kemudian dievaluasi secara kolektif.

KESIMPULAN

Setelah melalui analisis yang mendalam terhadap dinamika kebijakan kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya, dapat ditarik beberapa kesimpulan fundamental sebagai berikut:

1. **Disparitas Kesehatan sebagai Gejala Kegagalan Implementasi:**

Masalah kesehatan yang persisten di Kabupaten Tasikmalaya seperti tingginya angka stunting dan AKI serta sulitnya akses layanan bagi masyarakat di wilayah selatan bukanlah sekadar masalah teknis medis. Masalah-masalah tersebut adalah manifestasi nyata dari kegagalan implementasi kebijakan yang lebih dalam. Meskipun regulasi di tingkat nasional seperti JKN telah menjamin pembiayaan, realitas di lapangan menunjukkan adanya disparitas atau kesenjangan spasial yang ekstrem. Hal ini membuktikan bahwa kebijakan yang dirancang secara seragam tidak mampu menjawab tantangan yang berakar pada determinan sosial kesehatan (SDOH) yang beragam, seperti kondisi geografis, infrastruktur, dan tingkat ekonomi.

2. **Fragmentasi Sektoral sebagai Akar Masalah:**

Analisis menunjukkan bahwa akar penyebab utama dari kegagalan implementasi adalah fragmentasi kelembagaan dan kuatnya ego sektoral. Setiap dinas atau lembaga pemerintah bekerja dalam "silo" masing-masing, dengan perencanaan, target, dan anggaran yang terpisah.

Pendekatan yang terkotak-kotak ini terbukti tidak efektif untuk menangani masalah multisektor seperti stunting, yang membutuhkan intervensi terpadu dari sektor kesehatan, sanitasi, pendidikan, hingga sosial-ekonomi. Lemahnya koordinasi, terutama dalam sinkronisasi data PBI JKN, juga merupakan cerminan dari fragmentasi yang sama, yang pada akhirnya merugikan warga negara yang paling rentan.

3. **Kolaborasi sebagai Prasyarat Penguatan Kebijakan:**

Berdasarkan temuan di atas, makalah ini menyimpulkan bahwa **kolaborasi antar lembaga bukanlah sebuah pilihan, melainkan sebuah prasyarat mutlak** untuk memperkuat kebijakan kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya. Tanpa adanya sebuah mekanisme yang terstruktur untuk melakukan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi bersama, setiap kebijakan akan terus kehilangan efektivitasnya saat diimplementasikan. Model kolaborasi yang diusulkan yang mencakup gugus tugas strategis, forum teknis, dan tim aksi lapangan yang didukung oleh data terintegrasi diyakini dapat menjadi jembatan untuk

mengatasi fragmentasi dan ego sektoral, sehingga sumber daya dapat dimanfaatkan secara lebih efisien dan efektif untuk mencapai tujuan bersama.

Rekomendasi

Berdasarkan kesimpulan yang telah ditarik, berikut adalah beberapa rekomendasi konkret yang dapat ditindaklanjuti oleh para pemangku kepentingan:

A. Untuk Pemerintah Kabupaten Tasikmalaya:

1. Membentuk Gugus Tugas Lintas Sektor:

Bupati Tasikmalaya direkomendasikan untuk segera membentuk Gugus Tugas Percepatan Penurunan Stunting dan AKI yang bersifat lintas sektor melalui Peraturan Bupati. Gugus tugas ini harus dipimpin oleh figur yang memiliki otoritas kuat, seperti Sekretaris Daerah, dengan Bappeda sebagai koordinator utama untuk memastikan integrasi perencanaan dan penganggaran.

2. Mengembangkan Sistem Data Terpadu:

Menginvestasikan sumber daya untuk membangun sebuah *dashboard* data kesehatan daerah yang sederhana dan terintegrasi. Sistem ini harus mampu menyajikan data kunci (seperti data stunting *by name by address* dan status kepesertaan

PBI) secara *real-time* dan dapat diakses oleh semua dinas terkait untuk mendukung pengambilan keputusan yang berbasis bukti.

3. Mendorong Anggaran Berbasis Program Kolaboratif:

Memulai pilot project untuk mekanisme penganggaran berbasis program lintas sektor untuk isu stunting. Hal ini akan mendorong setiap dinas untuk menyusun rencana kerja yang saling mendukung demi mencapai satu tujuan bersama, bukan sekadar menghabiskan anggaran untuk program masing-masing.

B. Untuk DPRD Kabupaten Tasikmalaya:

1. Dukungan Politik dan Anggaran:

Memberikan dukungan penuh melalui fungsi legislasi dan anggaran terhadap inisiatif kolaborasi yang diusulkan oleh eksekutif. DPRD dapat mendorong alokasi anggaran yang lebih berpihak pada program-program kolaboratif dan pemerataan akses untuk wilayah selatan.

2. Pengawasan Berbasis Kinerja Kolaboratif:

Menggunakan fungsi pengawasan untuk memonitor efektivitas kerja Gugus Tugas Lintas Sektor. DPRD dapat meminta laporan kinerja bersama, bukan hanya

laporan per dinas, untuk isu-isu prioritas seperti stunting dan penanganan kemiskinan.

C. Untuk Peneliti Selanjutnya:

1. **Melakukan Penelitian Kuantitatif:** Disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan studi kuantitatif guna mengukur secara statistik dampak dari implementasi model kolaborasi terhadap penurunan angka stunting atau perbaikan akurasi data PBI di Kabupaten Tasikmalaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220.
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571.
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Kabupaten Tasikmalaya. (2021). *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2021-2026*. Pemerintah Kabupaten Tasikmalaya.
- Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Tasikmalaya. (2025). *Kabupaten Tasikmalaya dalam Angka 2025*. BPS Kabupaten Tasikmalaya.
- BPJS Kesehatan. (2024). *Laporan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Tahun 2024*. BPJS Kesehatan.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya. (2025). *Profil Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2024*. Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Laporan Nasional Riskesdas 2023*. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (Eds.). (2006). *Social Determinants of Health* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Peraturan Daerah Kabupaten Tasikmalaya Nomor 1 Tahun 2017 tentang *Kawasan Tanpa Rokok*.
- Peraturan Daerah Kabupaten Tasikmalaya Nomor 2 Tahun 2017 tentang *Penyelenggaraan Kesehatan*.
- Peraturan Daerah Kabupaten Tasikmalaya Nomor 7 Tahun 2020 tentang *Retribusi Pelayanan Kesehatan*.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 tentang *Percepatan Penurunan Stunting*.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang *Jaminan Kesehatan*.

Receive : 13 May 2026

Revised : 04 June 2026

Accepted : 12 June 2026

P-ISSN : 1858-084X

E-ISSN : 2808-5213

DOI : 10.55100/administrator.v8i1.121

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Wahab, S. A. (2021). *Analisis Kebijakan: Dari Formulasi ke Penyusunan Model-Model Implementasi Kebijakan Publik*. Bumi Aksara.

Winarno, B. (2012). *Kebijakan Publik: Teori, Proses, dan Studi Kasus*. Center for Academic Publishing Service.

World Health Organization (WHO). (2025). *Health Systems Governance*. Diakses dari

<https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance>

World Health Organization (WHO). (2025). *The Social Determinants of Health*. Diakses dari

<https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>