

Perspektif Petugas Puskesmas dalam Pelayanan Pasien BPJS Kesehatan PBI Nonaktif

Perspectives of Community Health Center Staff on the Provision of Health Services for Inactive BPJS Kesehatan PBI Participants

Dian Agnesa Sembiring^{1*}, Arini Al Haq², Sekar Ayu Runggandini³

¹Department of Hospital Administration, Faculty of Health Sciences, Universitas Singaperbangsa Karawang
Jl. HS. Ronggowaluyo, Telukjambe Timur, Karawang, Indonesia
Email : dian.agnesa@fikes.unsika.ac.id

Abstrak

Pada awal tahun 2026, pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan pemutakhiran Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN) yang menyebabkan 11 juta peserta PBI dari total 96,8 juta peserta dinonaktifkan kepesertaannya. Pada kondisi pasien BPJS Kesehatan PBI nonaktif, petugas Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) mengalami dilema antara menjalankan aturan administrasi dan memberikan pelayanan kepada pasien. Penelitian kualitatif dengan desain fenomenologi ini dilakukan di salah satu Puskesmas di Kabupaten Karawang dengan mempertimbangkan tingginya jumlah kunjungan pasien peserta BPJS Kesehatan (70%), khususnya PBI, serta adanya kasus penonaktifan kepesertaan BPJS Kesehatan PBI. Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2026 selama dua minggu dengan penentuan informan menggunakan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara semi-terstruktur dan dianalisis menggunakan perangkat lunak Nvivo. Hasil penelitian mengidentifikasi beberapa faktor penyebab penonaktifan kepesertaan PBI, termasuk kondisi ekonomi dan desil kesejahteraan, proses pembaruan dan validasi data, serta ketidaksesuaian identitas administrasi. Peserta PBI nonaktif tetap mendapatkan perawatan medis tanpa penolakan, dan kasus gawat darurat tetap diprioritaskan tanpa kepemilikan jaminan kesehatan. Hambatan dalam mengakses layanan kesehatan terjadi ketika pasien membutuhkan rujukan ke rumah sakit, menjalani pengobatan rutin, ketidaktaatan masyarakat terkait status kepesertaan PBI nonaktif, serta keterlambatan reaktivasi BPJS, pengajuan UHC, dan pemutakhiran data. Strategi dan solusi bagi peserta PBI nonaktif yaitu tetap memberikan perawatan medis kegawatdaruratan, melakukan reaktivasi kepesertaan, dan mengajukan pembiayaan melalui skema UHC. Penelitian ini merekomendasikan perbaikan sistem verifikasi data, peningkatan literasi jaminan kesehatan, serta penguatan koordinasi lintas sektor, antara BPJS Kesehatan, Dinas Sosial, pemerintah desa, serta Puskesmas, untuk mengatasi permasalahan PBI nonaktif serta menjamin perlindungan hak atas kesehatan secara berkeadilan.

Kata kunci: BPJS Kesehatan; PBI nonaktif; akses pelayanan kesehatan; petugas Puskesmas.

Abstract

In early 2026, the Indonesian government implemented a policy to update the National Social and Economic Single Data System (DTSEN), resulting in the deactivation of 11 million Recipients of Contribution Assistance (PBI) members out of a total of 96.8 million participants. This situation placed community health center (Puskesmas) staff in a dilemma between complying with administrative regulations and providing healthcare services to patients. This qualitative study with a phenomenological design was conducted at a Puskesmas, Karawang Regency, due to the high proportion of visits by BPJS Kesehatan participants (70%), particularly PBI beneficiaries, and the presence of cases involving inactive PBI membership. The study was conducted in May 2026 over a two-week period. Informants were selected using purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews using a semi-structured interview guide and were analyzed using NVivo software. The findings identify several factors contributing to the deactivation of PBI membership, including economic conditions and welfare deciles, data updating and validation processes, and discrepancies in administrative identify records. Inactive PBI participants continue to receive healthcare services without being denied treatment, and emergency cases remain prioritized regardless of health insurance status. Barriers to healthcare access occur when or experience delays in BPJS reactivation, Universal Health Coverage (UHC) applications, and data updating processes. Strategies and solutions for inactive PBI participants include provision of emergency medical care, reactivation of BPJS membership, and applying for coverage through the UHC scheme. This study recommends improving the data verification system, increasing health insurance literacy, and strengthening cross-sectoral coordination among BPJS Kesehatan, the Social Services Agency, village governments, and Puskesmas, to address the issue of inactive PBI beneficiaries and ensure equitable protection of the right to health.

*Corresponding Author: Dian Agnesa Sembiring Universitas Singaperbangsa Karawang, Indonesia

E-mail : dian.agnesa@fikes.unsika.ac.id

Doi :

Received : September 23, 2025. Accepted: Oktober 22, 2025. Published: Oktober 30, 2026

Copyright (c) 2026 Dian Agnesa Sembiring Creative Commons License This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Keywords: *BPJS Kesehatan; inactive PBI participants; healthcare access; community health center staff.*

1. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang paling mendasar [1]–[3]. Akses terhadap pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas menjadi salah satu upaya dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat [4]. Namun, banyak dari masyarakat Indonesia dengan pendapatan rendah dan memiliki tingkat kemampuan membayar yang rendah, tidak mampu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, yang mengakibatkan mereka tidak mendapatkan upaya pencegahan penyakit, kurangnya akses ke layanan kesehatan, dan keengganan untuk melakukan kebiasaan hidup sehat [2]. Penerapan Universal Health Coverage (UHC) yang dicanangkan oleh World Health Organization (WHO) menjadi upaya penting dalam menjamin akses terhadap layanan kesehatan esensial [5]. Di Indonesia, UHC diwujudkan melalui implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang merupakan skema asuransi kesehatan nasional dengan sistem pembayaran tunggal terbesar di dunia sejak 2014 yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan [6]–[9]. Program ini bertujuan menjamin kesehatan seluruh warga dan mendukung target cakupan kesehatan universal di Indonesia [10].

Skema Jaminan Kesehatan Nasional memberikan manfaat individu dalam bentuk layanan kesehatan, termasuk layanan promosi, preventif, kuratif dan rehabilitasi, termasuk obat-obatan yang diperlukan serta bahan medis habis pakai [11]. Penyelenggaraan JKN bersifat wajib bagi seluruh masyarakat Indonesia. Program JKN didasarkan pada konsep asuransi sosial dan pemertaan, serta menggunakan sistem gotong royong di mana peserta mampu dan sehat membantu peserta miskin dan sakit [4], [11]. Kepesertaan JKN dibagi atas dua golongan, yaitu golongan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan golongan Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI). Adapun peserta JKN PBI adalah masyarakat yang dikategorikan sebagai masyarakat miskin dan tidak mampu serta tidak membayar kontribusi bulanan karena telah dibayarkan oleh pemerintah [2], [4], [12]. Padahal, kepesertaan JKN secara konsisten mampu meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan primer dan pelayanan esensial [13].

Pada awal tahun 2026, pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan pemutakhiran Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN), di mana peserta yang dianggap masuk desil ekonomi di atas 5, tidak lagi memenuhi kriteria penerima bantuan iuran [14]. Kebijakan ini mengeluhkan adanya penonaktifan kepesertaan yang dinilai terlalu mendadak [3]. Secara keseluruhan, sekitar 11 juta peserta PBI dari total 96,8 juta peserta BPJS Kesehatan dinonaktifkan dari kepesertaannya sehingga menimbulkan persoalan serius dalam praktik penyelenggaraan jaminan sosial [3]. Perubahan data tersebut menjadi salah satu kewajiban negara dengan melindungi setiap warga negaranya baik secara fisik, mental, sosial, dan ekonomi sesuai dengan kondisi kemampuan keuangan negara dalam mengembangkan program JKN [15]. Namun, kebijakan ini akhirnya memicu kritik dari masyarakat karena kegiatan penonaktifan tersebut dinilai dilakukan tanpa sosialisasi yang memadai dan tidak melalui mekanisme bertahap [3]. Akibatnya, banyak warga merasa terkejut dan resah ketika mengetahui bahwa status kepesertaan mereka tidak aktif saat hendak berobat [14].

Upaya untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, di antaranya adalah meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan dasar [16]. Puskesmas berperan sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan menjadi fasilitas kesehatan (faskes) tingkat pertama bagi peserta BPJS Kesehatan, khususnya PBI [16]–[18]. Namun, kebijakan penonaktifan kepesertaan BPJS Kesehatan PBI tersebut berpotensi mengakibatkan kehilangan akses bagi masyarakat yang kurang mampu terhadap fasilitas pelayanan kesehatan [3], [14]. Sehingga menghambat pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan, bahkan berpotensi menimbulkan penundaan atau penolakan pelayanan medis [3]. Dalam pelayanan kesehatan, petugas tidak hanya dituntut untuk mematuhi prosedur administrasi, tetapi juga menunjung etika pelayanan seperti keadilan, tanggung jawab, dan pemenuhan hak pasien [19]. Pada kondisi tertentu, seperti pasien dengan status BPJS PBI nonaktif, staf juga mengalami dilema antara menjalankan aturan administrasi dan memberikan pelayanan kepada pasien.

Kabupaten Karawang yang berada di Provinsi Jawa Barat mengalami penonaktifan massal ratusan ribu kartu BPJS

Kesehatan jenis PBI-JK yang mulai berlaku efektif per 1 Februari 2026, yaitu sebanyak 163.886 jiwa [20]. Berdasarkan data BPJS Kesehatan, Kabupaten Karawang tercatat sebagai wilayah dengan jumlah penonaktifan peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) tertinggi se-Provinsi Jawa Barat [20]. Penonaktifan massal ini disebabkan oleh proses pemuktahiran Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) yang menjadi pendorong utama [20]. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di salah satu Puskesmas di Kabupaten Karawang, mayoritas pasien yang berkunjung merupakan peserta BPJS Kesehatan (70%), terutama PBI. Jumlah peserta BPJS Kesehatan yang terdaftar di Puskesmas tercatat sebanyak 19.164 per April 2026. Selain itu, ditemukan beberapa kasus peserta BPJS Kesehatan PBI dengan status kepesertaan tidak aktif saat mengakses pelayanan kesehatan. Kondisi ini berpotensi menghambat pasien dalam mengakses pelayanan kesehatan, sedangkan petugas Puskesmas dihadapkan pada situasi yang memerlukan penyesuaian antara prosedur administrasi dan kebutuhan pelayanan pasien.

Penelitian terkait BPJS Kesehatan umumnya lebih banyak berfokus pada pemanfaatan layanan kesehatan maupun implementasi program JKN. Salah satu studi menunjukkan bahwa program JKN telah memberikan kemajuan signifikan dalam mencapai target kepesertaan [21]. Namun, efektivitas program tersebut masih menghadapi beberapa hambatan, seperti rendahnya pemahaman masyarakat tentang program JKN, kesulitan administratif dan kekurangan sumber daya manusia di sektor kesehatan [21]. Penelitian lain juga membahas dilema etis tenaga medis dalam pelayanan kesehatan, khususnya terkait keterbatasan tarif INA-CBGs BPJS Kesehatan yang dinilai tidak sebanding dengan kompleksitas dan biaya aktual pelayanan [22]. Namun demikian, penelitian yang secara khusus mengkaji perspektif petugas Puskesmas dalam pelayanan pasien BPJS Kesehatan PBI nonaktif di Puskesmas masih terbatas, khususnya di Kabupaten Karawang. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa petugas Puskesmas memiliki peran penting dalam menghadapi berbagai kendala pelayanan akibat status kepesertaan BPJS Kesehatan PBI nonaktif, termasuk hambatan administratif dan dilema etis antara pemenuhan kebutuhan pelayanan pasien dengan prosedur administrasi yang berlaku. Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai perspektif petugas Puskesmas dalam pelayanan pasien BPJS Kesehatan PBI nonaktif di salah satu Puskesmas di Kabupaten Karawang.

2. METODE

Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian kualitatif ini menggunakan desain fenomenologi yang berfokus pada pemahaman pengalaman dan makna yang dirasakan petugas di salah satu Puskesmas di Kabupaten Karawang dalam pelayanan pasien BPJS Kesehatan PBI nonaktif [23]. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi perspektif Petugas Puskesmas dalam menghadapi kendala, hambatan, dan dilema etis akibat kepesertaan pasien BPJS Kesehatan PBI yang tidak aktif.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan di salah satu Puskesmas di Kabupaten Karawang dengan mempertimbangkan karakteristik pelayanan, tingginya jumlah kunjungan pasien peserta BPJS Kesehatan (70%), khususnya PBI, serta adanya kasus penonaktifan kepesertaan BPJS Kesehatan PBI, sehingga lokasi penelitian dinilai relevan dengan permasalahan yang diteliti. Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2026 selama dua minggu, dimulai dari proses perizinan hingga pengambilan data.

Populasi dan Sampel

Populasi penelitian adalah seluruh staf yang bekerja di Puskesmas Kabupaten Karawang yang terlibat langsung dalam pemberian layanan kesehatan kepada pasien. Penentuan informan menggunakan teknik *purposive sampling* berdasarkan prinsip kecukupan data (*data saturation*). Kriteria inklusi penelitian ini meliputi staf yang bekerja di salah satu Puskesmas di Kabupaten Karawang, memahami mekanisme pelayanan BPJS Kesehatan, terlibat langsung dalam pemberian layanan kesehatan kepada pasien, serta bersedia menjadi informan dan memberikan informasi secara lengkap. Adapun kriteria eksklusi meliputi staf yang sedang menjalani cuti, tidak bersedia menjadi informan, tidak memahami mekanisme pelayanan BPJS Kesehatan, atau tidak dapat menyelesaikan proses wawancara.

Analisis Data

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara semi-terstruktur. Teknik ini memungkinkan peneliti menggali informasi secara fleksibel namun tetap terarah sesuai dengan tujuan penelitian [23]. Keabsahan dilakukan melalui triangulasi metode untuk menjamin *trustworthiness* penelitian, yaitu melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi. Data yang telah dikumpulkan kemudian dianalisis menggunakan perangkat lunak NVivo.

3. HASIL

Informan penelitian ini berjumlah enam petugas Puskesmas. Informan 1 berperan sebagai pendaftaran di Puskesmas dengan lulusan Sekolah Menengah Atas (SMA), informan 2 berperan sebagai admin dan asisten pendaftaran dengan lulusan SMA, informan 3 bertugas sebagai bidan dan penanggung jawab Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas. Informan 4 merupakan seorang perawat rawat inap yang juga berperan sebagai petugas klaim BPJS pada pelayanan rawat inap. Selain itu, informan 5 berperan sebagai perawat dan penanggung jawab pelayanan rawat inap di Puskesmas. Sementara itu, informan 6 bertugas sebagai bidan PONED dan berperan sebagai petugas klaim BPJS pada pelayanan PONED. Hasil penelitian ini memberikan informasi terkait faktor penyebab penonaktifan kepesertaan PBI, akses layanan kesehatan bagi peserta PBI nonaktif, hambatan dalam mengakses layanan kesehatan oleh peserta PBI nonaktif, serta strategi dan solusi bagi peserta PBI nonaktif di Puskesmas Kabupaten Karawang.

1. Faktor penyebab penonaktifan kepesertaan PBI

Hasil penelitian menunjukkan bahwa informan secara relatif seragam memahami faktor-faktor yang menyebabkan penonaktifan partisipasi masyarakat dalam BPJS PBI. Penonaktifan biasanya dianggap sebagai proses verifikasi data sosial-ekonomi melalui sistem pendataan yang dilakukan DTSEN, pembaruan informasi kependudukan, dan ketidaksesuaian identitas administrasi. Sebagian besar informan mengatakan bahwa faktor terpenting dalam menentukan apakah peserta tetap aktif atau nonaktif adalah status desil kesejahteraan mereka. Individu atau keluarga yang berada di antara desil 6 dan 10 secara otomatis dinonaktifkan dari kepesertaan PBI karena dianggap sudah tidak tergolong sebagai penerima bantuan. Informan juga mengatakan bahwa hal ini merupakan hasil dari pendataan dan pemutakhiran rutin yang dilakukan pemerintah.

“Karena sudah direkam di data DTSEN-nya itu masuk desil 6 sampai 10. Yang masuk desil 6 sampai 10 di data DTSEN otomatis dinonaktifkan BPJS-PBI, Mungkin dia sudah tergolong kategori mampu jadi dinonaktifkan” (Informan 1).

Selain itu, menurut beberapa sumber mengatakan bahwa pemutakhiran data juga merupakan bagian penting dari penonaktifan. Jika sasaran bantuan tidak tepat, sebagian peserta akan dihapus dari daftar PBI. Ini dapat terjadi karena data yang tidak valid atau tidak diperbarui atau karena sistem menganggap peserta tidak lagi layak.

“Ada pemutakhiran data, Salah satunya mungkin karena salah sasaran” (Informan 2).

Selain masalah ekonomi dan penggunaan, informan juga mengungkapkan bahwa ketidaksesuaian data identitas, seperti perbedaan nama antara Kartu Tanda Penduduk (KTP), Kartu Keluarga (KK), dan Kartu Indonesia Sehat (KIS), dapat menyebabkan sistem tidak dapat memverifikasi peserta. Akibatnya, partisipasi dalam PBI mungkin dihentikan untuk sementara atau dialihkan ke skema lain seperti *Universal Health Coverage* (UHC). Skema UHC merupakan program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Kabupaten Karawang dan dikelola melalui sistem JKN oleh BPJS Kesehatan.

“Setelah dicek, namanya beda. Di KIS Ibu Amah, tapi di kartu tertulis Amai. Karena beda semua datanya jadi di-UHC-kan” (Informan 5).

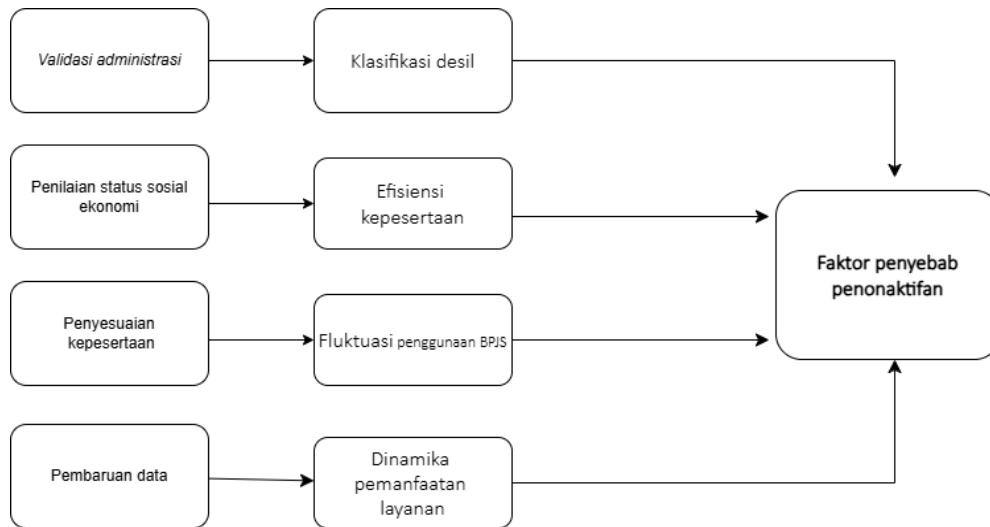
Faktor lain yang disebutkan adalah tidak digunakannya kartu BPJS Kesehatan dalam jangka panjang, yang dianggap sebagai alasan penonaktifan oleh sebagian masyarakat. Meskipun informan menyatakan bahwa asumsi tersebut tidak benar sepenuhnya, anggapan ini masih ada di masyarakat karena beberapa kasus yang dikaitkan dengan ketidakaktifan peserta.

“Kadang-kadang ada yang memang tidak pernah berobat” (Informan 2)

“Terus ada pengurangan mungkin ya, Terlalu lama tidak dipakai” (Informan 4).

Namun informan lain mengatakan bahwa hal itu hanya sebuah kekeliruan pemahaman.

“Tapi kebanyakan masyarakat berasumsi kalau BPJS tidak pernah dipakai jadi dinonaktifkan. Padahal setelah saya konfirmasi ke Dinsos, tidak seperti itu. Yang terekam desil 6–10 otomatis dinonaktifkan jadi tidak pernah dipakai tidak berpengaruh. Itu cuma asumsi masyarakat saja” (Informan 1).



Gambar. 1. Faktor penyebab penonaktifan kepesertaan PBI.

2. Akses layanan kesehatan bagi peserta PBI nonaktif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang memiliki status BPJS tidak aktif tetap dapat mendapatkan perawatan medis karena petugas lebih memperhatikan kondisi klinis pasien daripada masalah administrasi. Setiap informan setuju bahwa kasus gawat darurat akan diprioritaskan tanpa mempertimbangkan status BPJS, UHC, atau jaminan kesehatan lainnya. Petugas Puskesmas bergantung pada gagasan bahwa pelayanan harus diberikan segera jika ada kebutuhan mendesak.

“...yang penting pelayanan dulu, apalagi kalau urgent” (Informan 1).

Informan lain juga menegaskan,

“Kalau gawat darurat kita tangani dulu. Tapi kalau pasien masih normal, kita arahkan untuk diperbarui dulu” (Informan 2),

dan pada kasus spesifik persalinan,

“Diberikan. Karena kalau persalinan emergensi ya...” (Informan 6).

Selain itu, prinsip pelayanan tanpa penolakan juga turut menjamin akses ke layanan selain memberikan prioritas pada situasi gawat darurat. Semua informan secara konsisten menyatakan bahwa pasien tetap dilayani meskipun BPJS mereka tidak aktif, mereka tidak memiliki kartu JKN, atau bahkan hanya membawa KTP.

“...BPJS tidak aktif pun tetap dilayani...” (Informan 1),

“Kita nggak pernah nolak pasien.” (Informan 3),

“Ya diterima. Pokoknya pasien berobat ya kita terima” (Informan 5),

“Kalau pasien cuma bawa KTP aja ya kita layanin, biarpun nggak punya UHC, nggak punya KIS Meskipun fasilitas kesehatan satunya bukan Puskesmas ini tetap kita layani... Kita nggak pernah nolak pasien” (Informan 3).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pelayanan dasar tetap diberikan di fasilitas kesehatan meskipun status kepesertaan BPJS pasien sedang diperbarui atau tidak aktif. Semua orang yang berbicara mengatakan bahwa proses administrasi tidak menghentikan atau memperlambat penanganan medis awal. Sebelum proses administratif dimulai, kondisi pasien distabilkan melalui prosedur seperti anamnesis, pemeriksaan fisik, pemasangan infus, pemberian obat, dan tindakan penunjang. Selain itu, mekanisme UHC memungkinkan pasien

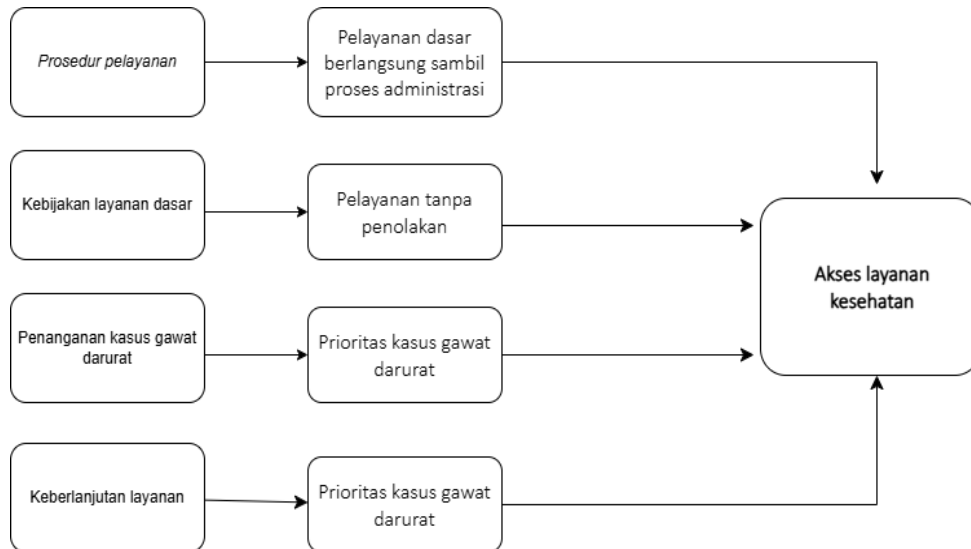
tetap mendapatkan layanan hanya dengan menggunakan KTP, terutama bagi penduduk Karawang, sehingga tidak ada hambatan administrasi yang menghambat layanan.

“Sambil diperbaiki pun pelayanan tetap jalan.” (Informan 1),

“Biasanya tetap dilakukan anamnesa, BTP, pemasangan infus, kasih obat-obatan tetap dilakukan sampai menunggu BPJS aktif. Sambil berjalan.” (Informan 4),

“Dengan KTP saja bisa UHC sekarang. Jadi dipermudah.” (Informan 5),

“Untuk berobat masih bisa akses karena tidak dipungut biaya walaupun BPJS tidak aktif asalkan ber-KTP Karawang.” (Informan 1).



Gambar. 2. Akses layanan kesehatan bagi peserta PBI nonaktif

3. Hambatan dalam mengakses layanan kesehatan oleh peserta PBI nonaktif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hambatan utama dalam mengakses layanan kesehatan muncul ketika pasien membutuhkan layanan lebih lanjut sehingga membutuhkan administrasi kepesertaan aktif, terutama untuk rujukan ke rumah sakit dan pasien dengan pengobatan rutin. Meskipun pelayanan dasar tetap diberikan, informan menjelaskan bahwa prosedur administratif seperti reaktivasi BPJS, pengajuan UHC, dan pemutakhiran data seringkali menyebabkan keterlambatan. Kondisi ini lebih mungkin terjadi pada pasien yang memiliki penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan rutin setiap bulan, seperti yang menderita diabetes melitus atau hipertensi.

Selain itu, masalah pelayanan menjadi lebih sulit karena masyarakat tidak tahu tentang status kepesertaan mereka, terutama bagi peserta PBI. Disamping hal itu, pasien sering harus bolak-balik mengurus administrasi ke desa atau Dinas Sosial, dan beberapa sumber mengatakan bahwa desa sering menolak permohonan reaktivasi.

“Mungkin kendalanya kalau misalkan dia diperlukan untuk dirujuk ke rumah sakit, mungkin disarankan untuk direaktivasi atau diajukannya UHC, Cuma kalau ketika dia butuh rujukan harus direaktivasi dulu, Yang pengobatan di rumah sakit jadi terhambat Yang prolans kontrol 1 bulan sekali jadi tidak bisa mengikuti, harus diajukan dulu baru ikut lagi bulan depan, yang perlu rujukan saja yang ditunda sampai administrasinya selesai. Reaktivasi banyak dikeluhkan karena pasien harus bolak-balik ke Dinsos atau desa. Realitanya di desa banyak yang ditolak.” (Informan 1).

“Kalau rujukan ke rumah sakit, baru ada kendala. Cuma kasihan pasien yang membutuhkan pengobatan rutin tiap bulan.” (Informan 2).

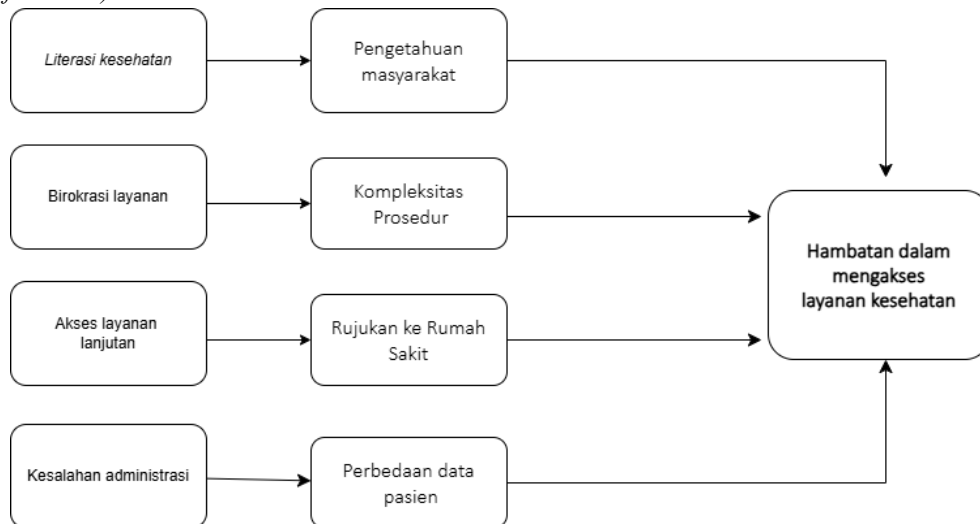
“Kalau prolans, DM, hipertensi... kasihan kalau non-aktif. Mereka harus minum obat tiap bulan. Kasihan.” (Informan 3).

“Dampaknya mungkin jadi lebih waktunya ya. Yang tadinya tidak harus diuruskan lagi kan jadinya diuruskan

lagi untuk pengaktifan BPJS, di rumah sakit mungkin menghambat.” (Informan 4).

“Kalau ada yang dirujuk, bisa dirujuk. Kalau dicek nggak aktif ya di-UHC-kan dulu sampai UHC aktif, kita bikin rujukan lagi. Paling sehari dua, besoknya langsung rujukan.” (Informan 5).

“Rata-rata masyarakat aja kadang nggak tahu BPJS-nya nggak aktif, Kalau PBI, masyarakat sendiri aja nggak tahu.” (Informan 6).



Gambar. 3. Hambatan dalam mengakses layanan kesehatan oleh peserta PBI nonaktif

4. Strategi dan solusi bagi peserta PBI nonaktif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat beberapa upaya yang dapat dilakukan. Upaya pertama yang dilakukan fasilitas kesehatan ketika menemukan pasien dengan status BPJS nonaktif adalah melakukan reaktivasi. Namun proses ini memiliki batas waktu yang ketat dan hanya dapat dilakukan jika penonaktifan masih berada dalam rentang satu bulan. Ketika pasien datang setelah melewati batas tersebut, reaktivasi tidak dapat diproses lagi. Meskipun demikian, petugas Puskesmas tetap berusaha membantu pasien dengan melakukan pengecekan status awal dan memberi penjelasan mengenai kelayakan reaktivasi.

“Bisa direaktivasi tapi dengan catatan dia dinonaktifkan sebelum 1 bulan... Tapi kalau Januari aktif, Februari nonaktif, tapi reaktivasi di Mei, itu tidak bisa.” (Informan 1),

“Kalau memang ada masyarakat yang dinonaktifkan bisa diaktifkan lagi lewat desa.” (Informan 2).

Ketika reaktivasi tidak memungkinkan, solusi yang paling sering dilakukan adalah mengajukan pembiayaan melalui skema UHC. UHC dianggap lebih cepat, responsif, dan mampu mengakomodasi pasien yang membutuhkan layanan segera. Proses pengajuan dilakukan melalui koordinasi dengan Dinas Kesehatan, sehingga dapat langsung aktif pada hari yang sama. Petugas Puskesmas juga sering memberikan edukasi kepada pasien bahwa UHC merupakan jalur paling efektif jika BPJS tidak dapat diaktifkan kembali, terutama bagi pasien dengan kemampuan ekonomi terbatas atau sedang menjalani perawatan berkelanjutan.

“Kalau tidak bisa direaktivasi tapi perlu rujukan atau masih pengobatan rawat jalan, paling kita ajukan ke UHC. Kalau dia tidak bisa mengajukan PBI pemerintah pusat, masih bisa diajukan ke UHC. Kita UHC-kan dan bisa langsung aktif lewat koordinasi dengan Dinkes. Kalau urgent, lebih baik UHC karena reaktivasi tidak fast respon. Di-UHC-kan. Itu solusi terbaik.” (Informan 1).

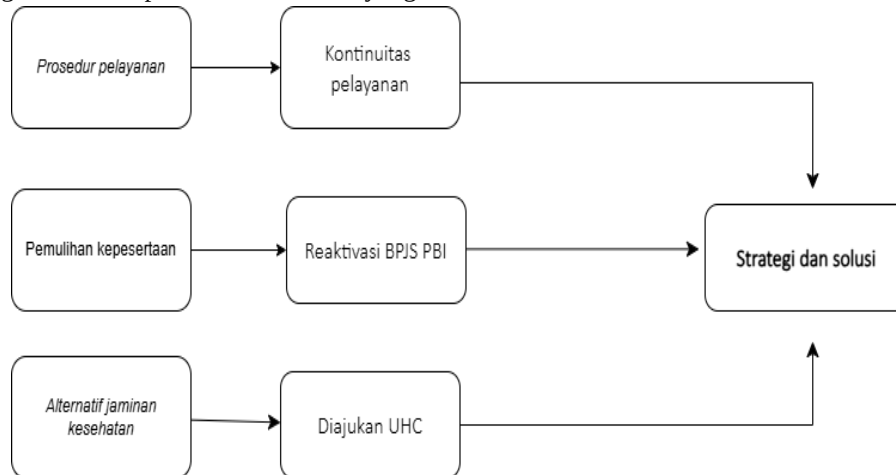
“Tapi mungkin kita di-UHC-kan. Bisa diajukan UHC. Kalau orang yang nggak mampu kita anjurkan bikin UHC aja. Kalau benar-benar nggak punya banget ya sudah... kita bikin UHC.” (Informan 3).

“Di-UHC-kan biasanya. Disarankan kita untuk UHC pasiennya. Kita edukasi untuk segera ke RS dengan menyarankan UHC. Kalau punya KTP Karawang masuk UHC.” (Informan 4).

“Udah gitu ya paling nanti ujung-ujung UHC kan. Kalau dicek nggak aktif ya di-UHC-kan. Kalau KIS nggak aktif ya nunggu UHC. Ketolong karena UHC. Bahkan jadi banyak karena bisa di-UHC-kan.” (Informan 5).

“Tapi kan sekarang mah bisa di-UHC-kan.” (Informan 6).

Berdasarkan pernyataan beberapa informan diatas mengatakan bahwa UHC menjadi salah satu solusi yang efektif dalam menangani kasus kepesertaan BPJS PBI yang tidak aktif.



Gambar. 4. Strategi dan Solusi bagi peserta PBI nonaktif.

4. PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor penyebab penonaktifan kepesertaan PBI terdiri dari kondisi ekonomi dan desil kesejahteraan, update dan validasi data, serta ketidaksesuaian identitas administrasi. Penelitian ini juga sejalan dengan studi yang menyatakan bahwa program PBI BPJS Kesehatan juga memiliki beberapa masalah yang diidentifikasi meliputi validasi dan pemutakhiran data penerima, penerapan indikator kemiskinan yang konsisten, serta kesalahan inklusi dan eksklusi dalam penentuan penerima manfaat [24]. Studi lain juga mengungkapkan masihterdapat kendala dalam program JKN, khususnya PBI, yang belum tepat sasaran [25]. Proses pemutakhiran data kepesertaan PBI ini juga harus dilaksanakan secara berkala agar bantuan dapat tersalurkan kepada masyarakat yang memang sangat membutuhkan [24]. Penggunaan teknologi informasi dapat meningkatkan efisiensi dan akurasi dalam proses verifikasi data penerima, serta pelibatan komunitas lokal dalam proses verifikasi dapat meningkatkan transparansi dan akurasi data penerima program PBI [24].

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peserta PBI nonaktif tetap mendapatkan perawatan medis tanpa penolakan, dan kasus gawat darurat tetap diprioritaskan meskipun tanpa kepemilikan jaminan kesehatan. Hal ini didukung oleh studi di Puskesmas Kutalimbaru yang memiliki peran krusial dalam memberikan layanan kesehatan tanpa diskriminasi, baik PBI maupun non-PBI [26]. Prosedur yang transparan dan terstruktur membantu Puskesmas dalam memberikan layanan yang adil dan efektif kepada semua pasien [26]. Studi lain juga menunjukkan bahwa praktik administratif yang membatasi pelayanan terhadap pasien dengan status kepesertaan nonaktif berpotensi bertentangan dengan jaminan hukum hak atas kesehatan yang dijamin oleh hukum positif, terlebih jika menyebabkan diskriminasi dalam akses layanan medis yang diperlukan [27]. Studi di Puskesmas Sidoarjo menunjukkan bahwa aksesibilitas layanan kesehatan di Puskesmas tersebut cukup baik, terutama dari aspek geografis dan finansial, di mana lokasi puskesmas yang strategis serta jaminan biaya pelayanan melalui BPJS Kesehatan memudahkan masyarakat dalam memperoleh layanan kesehatan [28].

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hambatan dalam mengakses layanan kesehatan oleh peserta PBI nonaktif terjadi ketika pasien membutuhkan rujukan ke rumah sakit, menjalani pengobatan rutin, ketidaktahuan masyarakat terkait status kepesertaan PBI nonaktif, serta keterlambatan reaktivasi BPJS, pengajuan UHC, dan pemutakhiran data. Studi lain menunjukkan bahwa penolakan pengajuan UHC dari peserta BPJS non-aktif disebabkan karena masalah administrasi dan ketidaksesuaian data, menekankan pentingnya integrasi data antara BPJS, Dinas Sosial,

dan instansi layanan kesehatan [29]. Studi tersebut juga mengatakan bahwa program UHC hadir dengan membawa transformasi yang signifikan dalam memperluas akses layanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya yang kurang mampu [29]. Selain itu, studi juga mengatakan bahwa status kepesertaan JKN nonaktif tidak semestinya menjadi hambatan terhadap pemenuhan hak pelayanan kesehatan melainkan harus ditafsirkan menggunakan prinsip nondiskriminasi dan perlindungan hak asasi, termasuk untuk rujukan, penanganan sementara, atau akses pelayanan dasar [27].

Strategi dan solusi bagi peserta PBI nonaktif dari penelitian ini yaitu tetap memberikan perawatan medis kegawatdaruratan, melakukan reaktivasi kepesertaan, dan mengajukan pembiayaan melalui skema UHC. Kebijakan perubahan status BPJS Kesehatan nonaktif menjadi program UHC ini juga memberikan dampak positif yaitu meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan, efisiensi layanan, dan kepuasan pasien [29]. Program UHC mampu memberikan solusi terhadap masalah kepesertaan BPJS nonaktif, terutama dalam mengatasi hambatan akses layanan kesehatan bagi masyarakat yang rentan secara finansial [29]. Program UHC juga berkontribusi positif terhadap mutu pelayanan yang dibuktikan melalui hasil kepuasan pasien yang tercermin dari banyaknya responden yang merasa lebih tenang dan tidak ragu untuk berobat karena status kepesertaan mereka telah aktif kembali [29]. Selain itu, pelayanan menjadi lebih efisien karena petugas tidak lagi perlu melakukan proses aktivasi secara manual, sehingga proses pendaftaran pasien dapat berjalan lebih cepat dan lancar [29].

5. KESIMPULAN

Penonaktifan kepesertaan PBI dilatarbelakangi oleh tiga faktor utama, yakni perubahan status kesejahteraan ekonomi berdasarkan desil DTSEN, ketidaksesuaian data identitas administrasi dengan dokumen kependudukan, serta proses pemutakhiran dan validasi data yang tidak selalu berjalan akurat. Meskipun demikian, petugas Puskesmas secara konsisten mengedepankan kondisi klinis pasien di atas persoalan administratif, dengan menerapkan prinsip pelayanan tanpa penolakan, terutama kasus kegawatdaruratan. Adapun mekanisme UHC Kabupaten Karawang berperan sebagai alternatif yang memperluas aksesibilitas layanan bagi peserta yang belum atau tidak memiliki kepesertaan aktif. Hambatan yang signifikan baru muncul pada proses rujukan ke rumah sakit dan pengelolaan penyakit kronis, di mana keterlambatan reaktivasi dan pengajuan UHC menjadi kendala struktural yang kerap dialami pasien. Sebagai respons, petugas Puskesmas mengupayakan reaktivasi kepesertaan dalam batas waktu satu bulan, atau mengalihkan pembiayaan melalui skema UHC yang dinilai lebih responsif dan dapat diaktifkan pada hari yang sama. Secara keseluruhan, persoalan PBI nonaktif merupakan masalah sistemik yang mencakup dimensi administratif, regulatif, dan sosial secara bersamaan, sehingga penyelesaiannya memerlukan perbaikan sistem verifikasi data, peningkatan literasi jaminan kesehatan di masyarakat, serta penguatan koordinasi lintas sektor antara BPJS Kesehatan, Dinas Sosial, pemerintah desa, dan fasilitas kesehatan, khususnya Puskesmas, demi terwujudnya perlindungan hak atas kesehatan yang menyeluruh dan berkeadilan.□□□□□

UCAPAN TERIMA KASIH

Tim penulis mengucapkan terima kasih kepada Puskesmas untuk kesempatan pengambilan data penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] E. K. Astuti, "Peran BPJS Kesehatan dalam mewujudkan hak atas pelayanan kesehatan bagi warga negara Indonesia," *J-PeHI J. Penelit. Hukum Indones.*, vol. 01, no. 01, pp. 55–65, 2020.
- [2] A. A. Magdalena, "Kepatuhan Membayar Iuran Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Non Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI) di Wilayah Pulau Jawa," *J. Kebijak. Kesehat. Indones.*, vol. 13, no. 02, pp. 56–63, 2024.
- [3] M. Lisa, W. Rialdo, and R. Erwin, "Perlindungan hukum peserta PBI BPJS Nonaktif dalam pemenuhan hak pelayanan kesehatan," *Hum. Care J.*, vol. 11, no. 1, pp. 74–81, 2026.
- [4] A. Fajriani, D. Anggreini, Winda, and F. P. Gurning, "Analisis faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada peserta BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI)," *JIKMH J. Ilm. Kesehat. Media Husada*, vol. 13, no. 1, pp. 86–94, 2024.
- [5] Budiarsih, Ardiansah, and L. Fitriana, "People's Right to Health Insurance," in *Analysis of the Implementation of the Health Insurance System in Indonesia*, 1st ed., Institute of Research and

- Community Service University of 17 August 1945, 2021, pp. 9–13.
- [6] A. A. Pradana, C. Casman, R. Rohayati, M. Kamal, and Andi, “Universal Health Coverage (UHC) Program in Indonesia,” *Endurance*, vol. 7, no. 2, pp. 462–473, 2022, doi: <https://doi.org/10.22216/jen.v7i2.1363>.
 - [7] A. B. Pratiwi, H. Setyaningsih, M. O. Kok, T. Hoekstra, A. G. Mukti, and E. Pisani, “Is Indonesia achieving universal health coverage? Secondary analysis of national data on insurance coverage, health spending and service availability,” *BMJ Open*, vol. 11, no. 10, pp. 1–11, 2021, doi: 10.1136/bmjopen-2021-050565.
 - [8] D. Susilo *et al.*, “Can Indonesia achieve universal health coverage? Organisational and financing challenges in implementing the national health insurance system,” *SSM - Heal. Syst.*, vol. 5, p. 100138, 2025, doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2025.100138>.
 - [9] K. Anindya, J. T. Lee, S. A. Wilopo, C. Millett, and N. Carvalho, “Impact of Indonesia’s national health insurance scheme on inequality in access to maternal health services : A propensity score matched analysis,” *J. Glob. Health*, vol. 10, no. 1, pp. 1–12, 2020, doi: 10.7189/jogh.10.010429.
 - [10] A. Asante *et al.*, “The benefits and burden of health financing in Indonesia : analyses of nationally representative cross-sectional data,” *Lancet Glob. Heal.*, vol. 11, no. 5, pp. e770–e780, 2023, doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00064-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00064-5).
 - [11] V. R. Munawarah, W. A. Anggraini, D. Azzahra, and F. P. Gurning, “Faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional pada layanan kesehatan Puskesmas (Literature Review),” *J. Kesehat. Tambusai*, vol. 4, no. 3, pp. 2229–2237, 2023.
 - [12] Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 3, *Persyaratan dan tata cara perubahan data Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan*. Indonesia, 2026, pp. 1–19.
 - [13] N. B. Purba and S. Ediyono, “Dampak Kepesertaan BPJS Kesehatan terhadap Akses, Kualitas, Outcome, dan Biaya Pelayanan Kesehatan di Indonesia: A Systematic Review,” *J. Lang. Heal.*, vol. 6, no. 4, pp. 75–82, Dec. 2025, doi: 10.37287/jlh.v6i4.863.
 - [14] I. Fadli, “Tinjauan Pelayanan Publik atas Penonaktifan 179 Ribu Peserta BPJS PBI-JK Kabupaten Lebak,” *J. Ilmu Adm. dan Kebijak. Publik*, vol. 1, no. 3, pp. 99–103, 2026.
 - [15] Apri Amalia, Sahbudi, and Ivan Duna Husada, “Perlindungan Hukum Terhadap Perubahan Data Fakir Miskin Peserta Penerima Bantuan Iuran Yang Dinonaktifkan Menjadi Peserta Non Penerima Bantuan Iuran (Studi Dinas Sosial Kota Medan),” *Reformasi Huk.*, vol. 25, no. 1, pp. 1–20, May 2021, doi: 10.46257/jrh.v25i1.162.
 - [16] N. N. Aprilian, D. R. Dewi, P. Fannya, and D. H. Putra, “Tinjauan Penyebab Peserta Non Aktif Bpjs di Puskesmas Kecamatan Cengkareng,” *J. Siti Rufaidah*, vol. 2, no. 3, pp. 120–149, 2024.
 - [17] S. Wenang *et al.*, “Availability and Accessibility of Primary Care for the Remote, Rural, and Poor Population of Indonesia,” *Front. Public Heal.*, vol. 9, no. September, pp. 1–11, Sep. 2021, doi: 10.3389/fpubh.2021.721886.
 - [18] Q. Cheng *et al.*, “Determinants of healthcare utilization under the Indonesian national health insurance system – a cross-sectional study,” *BMC Health Serv. Res.*, vol. 25, no. 1, p. 48, Jan. 2025, doi: 10.1186/s12913-024-11951-8.
 - [19] N. Pitria, “Permasalahan SOP Dalam Etika Administrasi Kesehatan,” *JIMU J. Ilm. Multidisipliner*, vol. 3, no. 03, pp. 1502–1511, 2025.
 - [20] M. Haidar, “Karawang Catat Rekor Penonaktifan Peserta BPJS, Ratusan Ribu Jiwa Kehilangan Jaminan Kesehatan,” *Karawang Post*. [Online]. Available: <https://karawangpost.pikiran-rakyat.com/karawangin/pr-1429990860/karawang-catat-rekor-penonaktifan-peserta-bpjs-ratusan-ribu-jiwa-kehilangan-jaminan-kesehatan>
 - [21] N. F. Alayda, C. M. Aulia, E. R. Ritonga, and S. H. Purba, “Literature Review : Analisis Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Terhadap Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan,” *J. Kolaboratif Sains*, vol. 7, no. 7, pp. 2616–2626, 2024, doi: 10.56338/jks.v7i7.5573.
 - [22] A. Minarni, D. Arimbi, and A. Retnowati, “Dilema Etik Tenaga Medis dalam Pelayanan Kesehatan Sakit Kritis di Era Jaminan Kesehatan Nasional,” *Jiip - J. Ilm. Ilmu Pendidik.*, vol. 8, no. 10, pp. 11571–11576, Oct. 2025, doi: 10.54371/jiip.v8i10.9335.

- [23] A. Utarini, *Penelitian kualitatif dalam pelayanan kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2020.
- [24] A. N. R. Hasibuan, S. A. Putri, S. R. Hasibuan, and F. P. Gurning, “Analisis Kesesuaian Anggota BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) dengan Indikator Kemiskinan di Kota Medan,” *J. Kolaboratif Sains*, vol. 7, no. 5, pp. 1556–1561, 2024, doi: 10.56338/jks.v7i5.5075.
- [25] C. Jamani, E. Budiati, and S. E. Irianto, “Implementasi Kebijakan Penerima Bantuan Iuran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di Kabupaten Lampung Tengah,” *Arus J. Sos. dan Hum.*, vol. 2, no. 2, pp. 111–116, Aug. 2022, doi: 10.57250/ajsh.v2i2.84.
- [26] R. F. Syahadah, E. Hariyani, N. Fadila, and F. P. Gurning, “Implementasi Program Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan di Puskesmas Kutalimbaru,” *Indones. J. Heal. Sci.*, vol. 4, no. 4, pp. 256–266, 2024.
- [27] E. N. W. Rosalina, “Status Kepesertaan JKN Nonaktif Sebagai Dasar Penolakan Pasien : Analisis Yuridis terhadap Undang-Undang No 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan,” *J. Contemp. Law Stud. Vol.*, vol. 3, no. 2, pp. 259–276, 2026, doi: <https://doi.org/10.47134/lawstudies.v3i2.5542>.
- [28] K. I. P. Putri, H. Irianto, and S. Ratnawati, “Aksesibilitas layanan kesehatan berbasis BPJS pada FKTP Puskesmas Sidoarjo,” *Triwikrama J. Multidisiplin Ilmu Sos.*, vol. 11, no. 10, pp. 1–7, 2026.
- [29] A. S. Susanti and N. A. S. Billa, “Analisis Dampak Perubahan Status BPJS Non-Aktif Menjadi Program Universal Health Coverage (UHC) Guna Meningkatkan Mutu Pelayanan di Rumah Sakit,” *J. Kesehat. Indones.*, vol. 15, no. 3, pp. 113–117, 2025.