

DINAMIKA PENONAKTIFAN KEPESSERTAAN PENERIMA BANTUAN IURAN BPJS KESEHATAN TAHUN 2026 DAN IMPLIKASINYA

Made Natasya Restu Dewi Pratiwi

Peneliti Bidang Sosial

The Indonesian Institute, Center for Public Policy Research (TII)



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Ringkasan Eksekutif

Penonaktifan kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada awal tahun 2026 menjadi salah satu isu strategis dalam tata kelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) karena memunculkan berbagai dampak administratif, sosial, ekonomi, psikologis, dan kesehatan, terutama bagi pasien kronis dan tidak mampu. Kebijakan pemutakhiran data PBI BPJS Kesehatan berbasis Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN) pada dasarnya merupakan langkah penting untuk meningkatkan ketepatan sasaran bantuan sosial. Namun, implementasi penonaktifan PBI BPJS Kesehatan yang dilakukan sebelum kesiapan sistem verifikasi, mekanisme transisi kepesertaan, dan perlindungan kelompok rentan terbentuk secara matang justru menimbulkan risiko terputusnya akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, pasien penyakit kronis, maupun katastropik.

Kajian kebijakan dengan pendekatan kualitatif dengan metode analisis *framework* ini menganalisis tata kelola penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan tahun 2026 menggunakan kerangka *Health Systems Building Blocks* WHO (2022), untuk mengidentifikasi masalah, dampak, dan rekomendasi untuk meningkatkan tata kelola pemutakhiran kepesertaan PBI BPJS Kesehatan agar tidak merugikan kelompok rentan di periode pemutakhiran selanjutnya. Temuan kajian menunjukkan bahwa sistem pemutakhiran data masih memiliki celah dalam mengkomodir kerentanan multidimensi masyarakat.

Penilaian kesejahteraan sosial-ekonomi masih menitikberatkan pada indikator kepemilikan aset dan desil ekonomi yang belum sepenuhnya mempertimbangkan beban pengeluaran kesehatan rumah tangga dengan anggota keluarga yang memiliki penyakit kronis, termasuk luput memverifikasi adanya potensi *sandwich generation* akibat aset rumah tangga yang tidak dipisah antar kepala rumah tangga. Padahal, indikator terkait kondisi kesehatan anggota rumah tangga dan pemisahan kepemilikan aset penting mengingat rumah tangga bisa jatuh miskin karena harus menanggung biaya transportasi dan akomodasi pengobatan serta memutus hak individu yang paling membutuhkan untuk mengakses jaminan sosial kesehatan.

Akibatnya, sejumlah peserta PBI BPJS Kesehatan dengan kebutuhan medis tinggi mengalami penonaktifan kepesertaan dan baru mengetahui status nonaktifnya saat mengakses pelayanan kesehatan karena adanya kesenjangan akses informasi penonaktifan. Kondisi tersebut memicu terganggunya keberlanjutan pengobatan rutin, meningkatkan beban finansial rumah tangga, menimbulkan hilangnya hari produktif kerja akibat proses reaktivasi kepesertaan, memicu masalah psikologis bagi pasien kronis yang terputus layanannya, serta meningkatkan risiko komplikasi kesehatan jangka panjang. Dalam konteks fasilitas kesehatan, ketidakjelasan skema pembiayaan pasien nonaktif terstandar memicu *pending claim*, *dispute claim*, dan dilema etik bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien PBI BPJS Kesehatan yang sedang berstatus “nonaktif”.

Kajian ini juga menemukan lemahnya koordinasi lintas kementerian/lembaga dalam proses penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan. Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Badan Pusat Statistik, pemerintah daerah, hingga aparat desa/kelurahan belum memiliki protokol yang tersinkronisasi untuk memastikan kesiapan sistem untuk melindungi pasien rentan sebelum penonaktifan atau periode pemutakhiran kepesertaan BPJS

Kesehatan dilakukan. Sistem informasi JKN juga dinilai belum responsif karena mayoritas peserta terdampak tidak menerima notifikasi proaktif terkait perubahan status kepesertaan.

Berdasarkan temuan tersebut, kajian ini merekomendasikan penguatan tata kelola pembaruan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan melalui beberapa strategi utama. Pertama, pemerintah perlu menerapkan verifikasi berlapis berbasis komunitas sebelum penonaktifan dilakukan, termasuk memastikan status penyakit kronis dan katastropik termasuk besar biaya pengeluaran rumah tangga terkait kesehatan menjadi indikator pertimbangan dalam pemutakhiran data sosial-ekonomi. Kedua, pemerintah perlu melanjutkan upaya penetapan periode transisi minimal tiga bulan sebelum penonaktifan efektif berlaku agar peserta memiliki waktu untuk melakukan verifikasi, sanggah, atau transisi ke skema pembiayaan lain (baik melanjutkan kepesertaan pada BPJS Kesehatan maupun beralih ke asuransi swasta) tanpa kehilangan akses pelayanan kesehatan.

Ketiga, sistem notifikasi proaktif berbasis *Short Message Services* (SMS), Mobile JKN, Pelayanan Administrasi Melalui WhatsApp (PANDAWA), dan pemberdayaan Rukun Tetangga/Rukun Warga (RT/RW) sebagai agen informasi di masyarakat akar rumput perlu diperkuat agar informasi perubahan kepesertaan dapat diterima masyarakat secara tepat waktu. Keempat, diperlukan regulasi yang menjamin kepastian pembiayaan bagi fasilitas kesehatan dalam menangani pasien PBI BPJS Kesehatan nonaktif selama masa transisi kepesertaan, termasuk dengan memperluas kemitraan pemerintah dengan pengelola asuransi swasta termasuk filantropi agar peserta yang dinonaktifkan dapat memahami berbagai skema asuransi/pembiayaan alternatif selain dengan mengubah kepesertaan BPJS Kesehatan dari status PBI menjadi peserta mandiri.

Secara keseluruhan, pembaruan data sosial-ekonomi dalam sistem JKN merupakan langkah penting untuk menjaga ketepatan sasaran bantuan sosial. Namun, implementasinya harus dilakukan secara hati-hati, inklusif, dan berbasis prinsip perlindungan hak kesehatan masyarakat. Memastikan keberlanjutan akses pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan perlu ditempatkan sebagai prioritas utama agar proses reformasi tata kelola JKN tidak justru memperdalam ketimpangan kesehatan dan sosial di Indonesia.

Daftar Singkatan

AAAK	Ajun Ahli Asuransi Kesehatan
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
Bappenas	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BPK	Badan Pemeriksa Keuangan
BPJS Kesehatan	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
BPS	Badan Pusat Statistik
CHIKA	<i>Chat Assistant</i> JKN
DIM	Daftar Inventarisasi Masalah
DPR	Dewan Perwakilan Rakyat
DTKS	Data Terpadu Kesejahteraan Sosial
DTSEN	Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional
Dukcapil	Direktorat Jenderal Kependudukan dan Pencatatan Sipil
FKM UI	Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
Inpres	Instruksi Presiden
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
K/L	Kementerian/Lembaga
KDK	Kebutuhan Dasar Kesehatan
KIE	Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
Kemendagri	Kementerian Dalam Negeri

Kemenkes	Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Kemensos	Kementerian Sosial Republik Indonesia
KPCDI	Komunitas Pasien Cuci Darah Indonesia
MMD/MMK	Musyawarah Masyarakat Desa/Musyawarah Masyarakat Kelurahan
Mobile JKN	<i>Mobile Jaminan Kesehatan Nasional</i>
NIK	Nomor Induk Kependudukan
P3KE	Data Pensasaran Percepatan Penghapusan Kemiskinan Ekstrem
PANDAWA	Pelayanan Administrasi Melalui WhatsApp
PBI	Penerima Bantuan Iuran
PDP	Pelindungan Data Pribadi
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
Regsosek	Registrasi Sosial Ekonomi
RT/RW	Rukun Tetangga/Rukun Warga
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
SDM	Sumber Daya Manusia
SK	Surat Keputusan
SKB	Surat Keputusan Bersama
SMS	<i>Short Message Service</i>
TII	The Indonesian Institute, Center for Public Policy Research
Toga/Toma	Tokoh Agama/Tokoh Masyarakat
UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
UUD 1945	Undang-Undang Dasar 1945
WHO	World Health Organization

Daftar Isi

Ringkasan Eksekutif	1
Daftar Singkatan	3
Daftar Tabel	6
Daftar Bagan	7
Abstrak	8
Latar Belakang	8
Pertanyaan Penelitian	9
Tinjauan Pustaka	10
<i>Ketentuan Kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan</i>	10
<i>Pentingnya Keberlanjutan Akses Pelayanan Kesehatan dalam Tata Kelola Sistem Jaminan Kesehatan Nasional</i>	11
<i>Kerangka Penguatan Tata Kelola Sistem Jaminan Kesehatan Nasional</i>	11
Metode Penelitian	12
Temuan dan Pembahasan	13
Permasalahan Tata Kelola Penonaktifan Kepesertaan PBI BPJS Kesehatan Tahun 2026	13
Dampak Penonaktifan Kepesertaan PBI BPJS Kesehatan Tahun 2026	18
Strategi Peningkatan Kualitas Tata Kelola Kepesertaan PBI BPJS Kesehatan	25
Rekomendasi	29
Daftar Pustaka	33
Profil Penulis	36
Profil Lembaga	37

Daftar Tabel

Klasifikasi Desil Masyarakat Penerima PBI BPJS Kesehatan	10
<i>Framework</i> yang Digunakan untuk Menganalisis Penonaktifan Kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan Nasional	12
Matriks Dampak Penonaktifan PBI JKN 2026 per Aktor Berdasarkan Komponen <i>Health Systems Building Blocks</i> (WHO, 2022)	23
Strategi Peningkatan Tata Kelola Kepesertaan PBI BPJS Kesehatan Berdasarkan <i>Health Systems Building Blocks</i> (WHO, 2022)	25

Daftar Bagan

Tata Kelola Transisi Pembaruan Kepesertaan JKN yang Ideal	18
---	----

Dinamika Penonaktifan Kepesertaan Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan Tahun 2026 dan Implikasinya

Made Natasya Restu Dewi Pratiwi

Abstrak

Penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan pada tahun 2026 melalui pemutakhiran DTSEN memunculkan persoalan tata kelola karena berisiko menghambat akses pelayanan kesehatan kelompok rentan, terutama pasien kronis, katastrofik, dan tidak mampu. Kajian ini bertujuan menganalisis dampak penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan serta merumuskan strategi perbaikan tata kelola kepesertaan JKN. Analisis temuan kajian menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode framework analysis berbasis kerangka Health Systems Building Blocks WHO (2022). Data diperoleh melalui studi literatur, analisis kebijakan, diskusi publik, dan wawancara mendalam dengan pemangku kebijakan terkait, termasuk komunitas pasien, fasilitas kesehatan, dan pengurus kelurahan.

Temuan menunjukkan bahwa mekanisme pemutakhiran data kepesertaan masih belum mampu menangkap kerentanan multidimensi masyarakat secara komprehensif. Penonaktifan kepesertaan yang dilakukan sebelum kesiapan sistem verifikasi dan mekanisme transisi menyebabkan terganggunya keberlanjutan pelayanan kesehatan, meningkatkan pengeluaran kesehatan rumah tangga, beban administratif fasilitas kesehatan, serta memperburuk kondisi pasien secara psikologis, sosial, dan finansial. Selain itu, sistem informasi pemutakhiran status kepesertaan belum responsif karena banyak peserta baru mengetahui status nonaktif saat mengakses layanan kesehatan.

Ke depannya, pemerintah perlu memperkuat tata kelola pemutakhiran kepesertaan PBI BPJS Kesehatan melalui verifikasi data berlapis berbasis verifikasi rumah tangga, pengintegrasian status medis dan biaya pengeluaran rumah tangga terkait kesehatan pada indikator DTSEN, standardisasi perlindungan khusus bagi pasien kronis dan katastrofik, penyediaan masa transisi sebelum penonaktifan, penguatan sistem notifikasi penonaktifan dan edukasi terkait pilihan asuransi kesehatan secara proaktif melalui kemitraan pemerintah-swasta, serta peningkatan koordinasi dan sinkronisasi peran lintas sektor yang berwenang pada tata kelola JKN untuk menjamin keberlanjutan akses pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan.

Kata Kunci: BPJS Kesehatan, PBI JKN, DTSEN, tata kelola, sistem informasi

Latar Belakang

Per bulan Januari 2026, Kementerian Sosial merilis Surat Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 3/HUK/2026 tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Bulan Januari Tahun 2026. Surat tersebut merupakan tindak lanjut dari Instruksi Presiden Nomor 4 Tahun 2025 tentang Data Tunggal Sosial dan Ekonomi Nasional (DTSEN) yang merupakan basis pemutakhiran data sosial ekonomi terbaru lintas sektoral yang mengklasifikasikan kategori kesejahteraan masyarakat secara aktual.

Implikasinya, di awal bulan Februari 2026, terdapat 13,5 juta peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang terdampak penonaktifan status kepesertaan (Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi, 2026). Transisi status kepesertaan PBI JKN ini dimaksudkan untuk memastikan akses kepesertaan PBI Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan didistribusikan secara adil, khususnya menjangkau kelompok yang paling rentan.

Walaupun mandat tersebut sangat relevan dengan prinsip penyediaan pelayanan kesehatan yang berbasis kesetaraan, terdapat beberapa kelompok rentan yang justru turut terdampak penonaktifan kepesertaan PBI JKN. Dari total penonaktifan kepesertaan terdapat 120.000 pasien katastrofik (penderita penyakit berbiaya tinggi) yang turut dinonaktifkan kepesertaannya (Kementerian Kesehatan, 2026). Penonaktifan kepesertaan pasien katastrofik bertentangan dengan prinsip keberlanjutan pelayanan kesehatan yang sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, seperti dengan menurunkan beban pembiayaan penyakit, mencegah risiko kematian, termasuk risiko kecacatan (Burch *et al.*, 2024; Daniel *et al.*, 2025).

Merespons hal tersebut, Kementerian Sosial telah memberikan peluang reaktivasi status kepesertaan PBI JKN bagi pasien kronis dan katastrofik. Per 23 Februari 2026, sudah terdapat 106.000 penderita penyakit kronis yang status kepesertaannya telah aktif kembali dan semua pelayanan kesehatan yang diakses akan tetap dibayar pemerintah dalam jangka waktu tiga bulan transisi pasca penonaktifan (Kementerian Sosial, 2026).

Meskipun pemerintah telah melakukan mekanisme reaktivasi PBI BPJS Kesehatan, kasus penonaktifan kepesertaan tanpa periode jeda transisi ini patut dikritisi agar tidak dilakukan lagi ke depannya guna memastikan pemenuhan hak perlindungan pasien berisiko tinggi. Terlebih, penginformasian penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan yang mendadak sangat merugikan pasien, terutama pasien kronis yang harus segera mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, 200 pasien gagal ginjal pun turut terdampak dari penonaktifan yang bahkan informasinya baru mereka ketahui saat datang ke fasilitas kesehatan (Komunitas Pasien Cuci Darah, 2026). Akibatnya, pasien gagal ginjal tidak dapat mengakses layanan dialisis (cuci darah) akibat penonaktifan status kepesertaan secara mendadak.

Berdasarkan permasalahan di atas, kajian kebijakan ini bertujuan untuk mengkritisi tata kelola penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan agar ke depannya tata kelola kepesertaan BPJS Kesehatan lebih adil, transparan, partisipatif, setara, dan informatif guna menghindari dampak negatif yang harus ditanggung oleh pasien kronis dan masyarakat kuintil terbawah yang benar-benar membutuhkan tanggungan BPJS Kesehatan. Terlebih, di awal masa penonaktifan PBI BPJS Kesehatan tahun 2026, pemerintah belum mengomunikasikan pergantian status kepesertaan secara transparan dan bertahap yang berisiko mengancam nyawa peserta paling rentan.

Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana permasalahan dalam tata kelola penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan tahun 2026?
2. Bagaimana dampak dari penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan tahun 2026 bagi peserta, aktor yang terlibat, dan fasilitas kesehatan?

3. Bagaimana rekomendasi untuk meningkatkan tata kelola kepesertaan PBI BPJS Kesehatan?

Tinjauan Pustaka

Ketentuan Kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan

Kepesertaan JKN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan mandat Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Berdasarkan peraturan tersebut dijelaskan bahwa kepesertaan JKN terdiri atas dua kelompok, yaitu Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran.

Kelompok masyarakat yang tergolong tidak mampu akan didaftarkan sebagai Peserta PBI yang biayanya ditanggung oleh pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan di tingkat pusat dan pemerintah daerah di tingkat daerah. Peserta PBI Jaminan Kesehatan akan mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan terkait Kebutuhan Dasar Kesehatan (KDK) yang menyangkut pelayanan kesehatan perorangan guna meminimalisasi gangguan kesehatan hingga menyelamatkan nyawa yang disesuaikan dengan karakteristik penyakit dan siklus hidup peserta.

Menurut regulasi yang berlaku, kriteria peserta PBI ditetapkan oleh Kementerian Sosial. Di masa pemerintahan Presiden Prabowo, Kementerian Sosial mendata cakupan peserta PBI dengan merujuk Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN). DTSEN merupakan basis data yang dibentuk berdasarkan penggabungan Registrasi Sosial Ekonomi (Regsosek), Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS), serta Data Pensasaran Percepatan Penghapusan Kemiskinan Ekstrem (P3KE) agar setiap kementerian dan lembaga menggunakan sumber data yang sama dalam menentukan sasaran utama penyaluran bantuan sosial, termasuk dalam distribusi kepesertaan PBI BPJS Kesehatan.

Melalui DTSEN, Kementerian Sosial sedang mengomandoi proses pemutakhiran data agar cakupan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan dapat menysasar kelompok yang paling membutuhkan secara tepat sasaran. Masyarakat yang status ekonominya masuk ke dalam desil 1-5 (termiskin dan rentan miskin) menurut DTSEN merupakan kelompok yang lolos kriteria penerima PBI BPJS Kesehatan. Penentuan level desil dilakukan oleh Kementerian Sosial bersama Badan Pusat Statistik (BPS) berdasarkan data ekonomi rumah tangga. Sementara, masyarakat yang ada dalam kategori desil 6-10 (masyarakat menengah ke atas) dianggap sudah mampu untuk menanggung pembiayaan BPJS Kesehatan secara mandiri.

Tabel 1. Klasifikasi Desil Masyarakat Penerima PBI BPJS Kesehatan

Status	Keterangan
Desil 1	10% termiskin (miskin ekstrem)
Desil 2	Miskin
Desil 3	Hampir miskin
Desil 4	Rentan miskin

Sumber: Kementerian Sosial (2026).

Pentingnya Keberlanjutan Akses Pelayanan Kesehatan dalam Tata Kelola Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

Keberlanjutan pelayanan kesehatan merupakan kunci perlindungan hak akses kesehatan seluruh masyarakat Indonesia. Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan, peningkatan mutu pelayanan bagi peserta JKN harus diwujudkan dengan menjamin keberlanjutan pelayanan bagi penderita penyakit kronis (penyakit serius yang berlangsung dalam waktu lama, serta memerlukan pelayanan kesehatan berkelanjutan, seperti *stroke*, gagal ginjal, kanker, penyakit jantung).

Mandat tersebut dimaksudkan untuk mengurangi risiko komplikasi penyakit yang dapat menimpa penderita penyakit kronis apabila layanan kesehatan yang seharusnya mereka terima justru tidak diterima secara berkelanjutan. Oleh karena itu, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan juga memandatkan agar ketersediaan akses pelayanan kesehatan harus dimasukkan dalam proses informasi dan edukasi kesehatan untuk menjamin hak penderita penyakit kronis dalam menerima pelayanan secara tepat waktu.

Berbagai regulasi tersebut selaras dengan visi jaminan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC) yang diterapkan dalam tata kelola BPJS Kesehatan untuk memastikan penderita penyakit kronis tidak mengalami beban pembiayaan yang besar dalam mengakses pelayanan kesehatan. Tanggungan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi penderita penyakit kronis sangat penting untuk memberikan perlindungan secara finansial, sehingga mereka terhindar dari risiko jatuh miskin akibat penyakit berbiaya besar (Bolongaita *et al.*, 2023; Guo *et al.*, 2023). Selain untuk menjaga stabilitas finansial penderita penyakit kronis, keberlanjutan pelayanan kesehatan juga membantu peningkatan kualitas hidup penderita penyakit kronis, sehingga terhindar dari risiko kematian dan kecacatan.

Kerangka Penguatan Tata Kelola Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

Untuk memperkuat kesinambungan tata kelola JKN, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan telah memandatkan adanya monitoring dan evaluasi JKN, khususnya pada aspek kepesertaan, pelayanan kesehatan, iuran, pembayaran ke fasilitas kesehatan, keuangan, organisasi dan kelembagaan, serta regulasi. Sistem informasi yang terintegrasi pun dikembangkan untuk menjamin sinkronisasi data antar kementerian/lembaga yang berwenang untuk menilai kualitas tata kelola sistem JKN.

Selain itu, penguatan tata kelola JKN dapat merujuk kerangka “Health Systems Building Blocks” dari World Health Organization (2022) karena dapat menjadi alat identifikasi dan

pemetaan komponen operasional ketahanan sistem kesehatan yang terhambat dan perlu diperbaiki. Kerangka ini relevan digunakan untuk menganalisis tindak lanjut perbaikan pemenuhan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya bagi pasien rentan (penyakit kronis maupun kategori miskin) yang terdampak penonaktifan kepesertaan PBI JKN. Berikut merupakan penjelasan beberapa komponen yang termuat dalam kerangka “Health Systems Building Blocks” (WHO, 2022).

Tabel 2. *Framework* yang Digunakan untuk Menganalisis Penonaktifan Kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan Nasional

Health Systems Building Blocks (WHO, 2022)	
Kepemimpinan dan Tata Kelola	Memastikan adanya kebijakan dan tata kelola multisektoral yang mendorong realisasi jaminan kesehatan semesta, penguatan ketahanan sistem kesehatan, dan proteksi kesehatan bagi seluruh masyarakat.
Pembiayaan	Memastikan ketersediaan akses pembiayaan pelayanan kesehatan secara akuntabel untuk menghindari terganggunya keberlanjutan pelayanan kesehatan.
Tenaga Kerja	Memastikan ketersediaan tenaga kesehatan yang memadai secara kuantitas dan kualitas, termasuk mampu dalam memberikan informasi dan edukasi yang adaptif terhadap konteks pelayanan kesehatan terkini.
Sistem Informasi	Ketersediaan sistem yang mencegah risiko kesehatan secara <i>real time</i> dan responsif terhadap perubahan sistem yang spontan, sehingga berkontribusi pada peningkatan ketahanan sistem kesehatan.
Peralatan Medis, Teknologi, dan Infrastruktur	Memastikan ketersediaan aset sistem kesehatan, termasuk ketersediaan rantai pasok obat, farmasi, dan alat kesehatan yang mendukung resiliensi pelayanan kesehatan.
Penyediaan Layanan	Mendefinisikan paket layanan kesehatan esensial yang harus diprioritaskan dan meningkatkan kapabilitas dalam manajemen situasi krisis agar pelayanan kesehatan tetap terjamin ketersediaannya secara berkelanjutan dan rutin.
Komunitas/Masyarakat	Menyediakan mekanisme pemantauan dan penilaian untuk menjaga kepercayaan publik terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Sumber: WHO, 2022; diolah oleh penulis.

Metode Penelitian

Metode kualitatif digunakan sebagai metode dalam penulisan kajian untuk mengidentifikasi faktor yang melatarbelakangi masalah dan rekomendasi strategi perbaikan atas masalah yang diangkat (Hamilton and Finley, 2020). Metode kualitatif juga dipilih untuk menarasikan pengalaman yang dialami oleh aktor terkait yang tidak dapat dikuantifikasi melalui survei maupun studi tata kelola JKN terdahulu secara lebih mendalam. Studi ini dilakukan pada bulan Februari-Mei 2026.

Proses pengumpulan data secara kualitatif dilakukan dengan menganalisis kajian literatur, berupa artikel jurnal, kebijakan terkait JKN, pemantauan pemberitaan media, dan wawancara

mendalam dengan pakar tata kelola BPJS Kesehatan dan komunitas penderita penyakit kronis yang terdampak penonaktifan PBI JKN.

Hasil pengumpulan data dianalisis dengan metode *framework analysis* merujuk kerangka “Health Systems Building Blocks” (WHO, 2022) untuk membantu identifikasi poin keberhasilan dan peluang perbaikan, sehingga membantu perumusan rekomendasi tindak lanjut berbasis akar masalah (Klingberg *et al.*, 2024). *Framework analysis* dalam kajian ini dimanfaatkan untuk menjawab seluruh pertanyaan penelitian terkait identifikasi masalah tata kelola penonaktifan PBI JKN, implikasi yang dialami setiap aktor yang terdampak, dan menentukan rekomendasi strategis dalam meningkatkan kualitas tata kelola kepesertaan PBI BPJS Kesehatan.

Temuan dan Pembahasan

Bagian ini membahas hasil analisis kajian literatur dan wawancara mendalam berdasarkan *framework* yang digunakan untuk mengidentifikasi kualitas tata kelola pembaruan status kepesertaan PBI BPJS Kesehatan dan mengidentifikasi letak permasalahannya yang tidak sesuai dengan prinsip jaminan kesehatan nasional yang berbasis kesetaraan. Berikut adalah identifikasi permasalahan dalam tata kelola penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan Tahun 2026: (A) ketidaktepatan data sosial-ekonomi dan absennya protokol perlindungan bagi pasien rentan, (B) tidak adanya periode transisi sebelum penonaktifan kepesertaan, (C) lemahnya koordinasi lintas kementerian/lembaga (K/L), dan (D) sistem notifikasi yang tidak menjangkau masyarakat akar rumput, seperti pengurus kelurahan dan kader yang selama ini menjadi pintu utama sumber informasi bagi masyarakat terkait BPJS Kesehatan.

Permasalahan Tata Kelola Penonaktifan Kepesertaan PBI BPJS Kesehatan Tahun 2026

Berdasarkan kaji literatur, analisis penulis, dan paparan dr. Donni Hendrawan, M.P.H, AAK selaku Deputy Direksi Bidang Kebijakan dan Data Kepesertaan BPJS Kesehatan dalam diskusi “Policy Talks” yang diadakan The Indonesian Institute, Center for Public Policy Research (TII) pada 27 Maret 2026, beberapa poin permasalahan dalam tata kelola penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan tahun 2026, yaitu adanya kesalahan pengecualian data dalam proses pembaruan status peserta, sehingga peserta yang merupakan pasien kronis dan katastrofik langsung dinonaktifkan tanpa verifikasi data berlapis; tiadanya periode transisi (*grace period*) bagi peserta terdampak penonaktifan; minimnya protokol perlindungan hak pasien kronis dan katastrofik yang terdampak, dan adanya hambatan notifikasi penonaktifan kepesertaan yang tidak menjangkau akar rumput, khususnya aktor di kelurahan.

Dari perspektif tata kelola pemerintahan, prosedur penonaktifan ini tidak sepenuhnya memenuhi asas umum pemerintahan yang baik berdasarkan Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan karena minimnya transparansi terkait prosedur penonaktifan yang tercermin pada kasus tidak sampainya notifikasi penonaktifan bagi masyarakat yang terdampak. Tentu hal ini juga bertentangan dengan amanat keberlanjutan pelayanan kesehatan yang sudah tercantum dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun

2018 Tentang Jaminan Kesehatan dan Pasal 28H Undang-Undang Dasar 1945 yang menjamin hak atas kesehatan seluruh warga negara Indonesia.

Apabila ditinjau secara kronologis, berbagai poin permasalahan di atas dapat terjadi akibat adanya pemutakhiran data status kesejahteraan masyarakat yang mengacu pada DTSEN. Pada dasarnya, peserta PBI yang dinonaktifkan kepesertaannya pada awal tahun 2026 merupakan kelompok masyarakat yang dianggap sudah mampu untuk beralih ke mekanisme kepesertaan BPJS Kesehatan mandiri (pembiayaannya ditanggung pemerintah). Penentuan status “mampu” dan “tidak mampu” tersebut ditentukan berdasarkan DTSEN yang dikelola oleh Kementerian Sosial berkolaborasi dengan Badan Pusat Statistik (BPS).

Meski sudah merujuk data status sosial ekonomi terbaru untuk mewujudkan kesetaraan akses dalam distribusi kepesertaan JKN, menurut dr. Donni ditemukan dugaan bahwa terjadi potensi kesalahan pengecualian (*exclusion error*) akibat DTSEN yang diserahkan oleh Kementerian Sosial, berdasarkan data yang diolah oleh BPS kepada Kementerian Kesehatan belum difilter berlapis untuk mengecualikan pasien kronis dan katastrofik dari penonaktifan kepesertaan secara tiba-tiba. Padahal, pengecualian pasien kronis dan katastrofik menjadi kunci untuk memastikan bahwa akses pelayanan kesehatan bagi pasien kronis dan katastrofik tidak terancam putus dan memastikan kelompok pasien rentan mengakses kesempatan jeda transisi sebelum status kepesertaan PBI-nya dicabut demi mendukung keberlanjutan akses layanan.

Dugaan ini juga selaras dengan catatan dari BPS Kabupaten Pematang Jaya (2025) yang menjelaskan dalam paparan tertulisnya bahwa pemeringkatan desil pada DTSEN masih sangat berisiko *error* (salah) sebesar 20-30% karena adanya kondisi realitas sosial-ekonomi yang kompleks. Terlebih, apabila terjadi kesalahan input data kepemilikan variabel aset, pendidikan, pekerjaan, hingga belum terpisahnya data keluarga pada rumah yang terdiri dari dua atau lebih keluarga pada *database* Direktorat Jenderal Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Dukcapil) dapat menghasilkan pemeringkatan desil yang tidak sesuai.

Timboel Siregar, Ketua BPJS Watch menyetujui masih adanya ketidaktepatan proses verifikasi data sosial-ekonomi di Indonesia yang memicu adanya kesalahan distribusi kepesertaan PBI BPJS Kesehatan dalam wawancara mendalam pada 20 Mei 2026. Timboel memberikan contoh temuan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) yang membuktikan adanya kesalahan dalam penyaluran iuran PBI akibat kekeliruan input pada Nomor Induk Kependudukan (NIK), ketiadaan data di Dukcapil, verifikasi data yang tidak dilakukan langsung ke rumah tangga, dan proses pencatatan kematian peserta PBI yang tidak sinkron dengan data sosial-ekonomi milik Kementerian Sosial yang menyebabkan ketidaktepatan penerima PBI dan ketidakefektifan alokasi anggaran negara yang sebenarnya membayar iuran PBI bagi pasien yang sudah meninggal.

Menurut Timboel, permasalahan ini menjadi hal klasik yang terjadi dari tahun ke tahun, sehingga mengganggu efektivitas alokasi anggaran negara dalam menanggung iuran PBI. Akibatnya, masih terdapat 45 juta masyarakat tidak mampu yang justru tidak ditanggung PBI, tetapi 15 juta masyarakat yang mampu justru mendapat tanggungan PBI JKN. Dengan demikian, berbagai contoh kasus kesalahan pengecualian ini yang sebenarnya pernah terjadi pada periode penonaktifan PBI BPJS Kesehatan tahun 2019 lalu, membuktikan bahwa skema

pemutakhiran kepesertaan PBI JKN masih gagal dalam mengedepankan hak masyarakat tidak mampu, yang seharusnya mendapat tanggungan iuran dari pemerintah berdasarkan mandat Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Artinya, skema pemuktahiran DTSEN yang belum optimal dapat menyebabkan individu yang sebenarnya masih perlu mendapat tanggungan pembiayaan PBI BPJS Kesehatan justru tercatat sudah mengalami peningkatan kesejahteraan. Konsekuensi ini serupa seperti kasus yang disampaikan salah satu peserta diskusi “Policy Talks” dengan tema penonaktifan PBI BPJS Kesehatan yang diadakan The Indonesian Institute, Center for Public Policy Research (TII) pada 27 Maret 2026. Dalam diskusi tersebut, peserta PBI yang bersangkutan tetap terdampak penonaktifan meskipun secara realitas kondisi ekonominya masih belum mampu.

Namun, perekonomian peserta PBI tersebut akhirnya tercatat sebagai “mampu” karena anaknya sudah bekerja dan menyebabkan kepemilikan aset/penghasilan anaknya dihitung sebagai faktor yang membuat kondisi sosial-ekonomi keluarganya dianggap sudah sejahtera karena anaknya dianggap mampu menanggung pengeluaran rumah tangga. Padahal, peserta PBI yang terdampak penonaktifan menuturkan rasa keberatan bahwa “gaji anaknya” bukan berarti dapat menanggung biaya hidup keluarga besarnya. Kasus ini menjadi bukti bahwa proses pemutakhiran DTSEN masih belum siap untuk memastikan bahwa kelompok paling rentan dapat terhindarkan dari risiko putusnya pelayanan pengobatan.

Melalui kronologis tersebut, dapat disimpulkan bahwa mekanisme penetapan sasaran masyarakat yang memenuhi syarat sebagai peserta PBI dengan data terbaru masih memiliki celah untuk mencegah hilangnya akses pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan apabila ketepatan datanya belum diverifikasi secara berlapis dengan mempertimbangkan berbagai kriteria yang dibutuhkan. Metode verifikasi data harus dilakukan dengan verifikasi status medis peserta termasuk memastikan pemisahan kepemilikan aset pada keluarga yang terdiri dari dua atau lebih keluarga untuk mencegah peserta PBI yang dianggap sudah tidak memenuhi syarat “tidak mampu” dari risiko putusnya pelayanan dan memberikan jeda waktu bagi peserta untuk beralih ke skema jaminan kesehatan yang dibutuhkan. Dengan demikian, selama jeda tersebut pasca verifikasi data berbasis rumah tangga, pasien PBI dengan penyakit kronis tetap dapat mengakses pelayanan kesehatan sebelum status kepesertaan PBI-nya diperbarui atau dinonaktifkan.

Celah pemanfaatan DTSEN ini juga selaras dengan temuan penelitian lainnya yang menemukan penentuan target sasaran berbasis data kesejahteraan terkadang gagal menangkap dinamika kerentanan yang bersifat multidimensi, sehingga berisiko secara sistematis mengecualikan kelompok yang justru paling membutuhkan perlindungan dan menghambat akses pelayanan kesehatan yang mereka perlukan (Kidd and Bailey, 2023; Sujarwoto *et al.*, 2026). Dengan demikian, untuk mengatasi potensi tertinggalnya kelompok rentan yang seharusnya tetap mendapat akses layanan kesehatan sebelum status PBI-nya mulai dinonaktifkan/diperbarui, aspek “Kepemimpinan dan Tata Kelola” dalam kerangka “Health

Systems Building Blocks” (WHO, 2022) menjadi titik esensial yang perlu diperbaiki pemerintah.

Merujuk kerangka tersebut, idealnya pemerintah, khususnya Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan yang dikoordinatori oleh Kementerian Sosial selaku pengampu kewenangan penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan, seharusnya melakukan penyamaan persepsi dahulu terkait ketepatan acuan penentuan desil DTSEN yang digunakan untuk menentukan status kepesertaan PBI masyarakat. Penilaian ketepatan DTSEN harus dilakukan dengan verifikasi berlapis, termasuk mengecualikan kelompok pasien paling rentan dari penonaktifan untuk menghindari putusnya alur pelayanan. Hal ini senada dengan kebutuhan komunitas pasien cuci darah selaku aktor yang paling dirugikan dari gelombang penonaktifan PBI BPJS Kesehatan tahun 2026.

Tony Richard Samosir, Ketua Umum Komunitas Pasien Cuci Darah Indonesia (KPCDI) menyayangkan sistem verifikasi DTSEN yang seharusnya mengikutsertakan status penyakit kronis dan katastrofik berbiaya tinggi sebagai salah satu indikator identifikasi kesejahteraan sosial-ekonomi/penentuan desil calon penerima PBI BPJS Kesehatan dalam wawancara mendalam pada 7 Mei 2026. Menurutnya, status kesejahteraan sosial-ekonomi tidak hanya dapat dihitung berdasarkan kelayakan rumah, kepemilikan kendaraan bermotor, ataupun nominal pendapatan, mengingat rumah tangga yang anggota keluarganya memiliki penyakit kronis sangat rentan mengalami penurunan kemampuan ekonomi karena biaya pengeluaran kesehatan yang tinggi.

Apabila pasien kronis dan katastrofik tidak dikecualikan dalam sistem pengesahan data peserta PBI BPJS Kesehatan yang dinonaktifkan, maka hal ini berisiko merugikan kesejahteraan pasien dan keluarganya secara sosial, ekonomi, dan psikologis mengingat proses reaktivasi kepesertaan yang harus ditempuh juga berpotensi menghilangkan hari produktif yang harusnya dapat digunakan pasien dalam menjalankan aktivitas ekonomi. Misalnya, apabila pasien rentan harus melakukan reaktivasi kepesertaan ke Dinas Sosial yang tempatnya relatif jauh dari tempat tinggalnya, maka mereka tanpa terhindarkan harus absen dari pekerjaannya untuk mengurus administrasi reaktivasi kepesertaan. Akibatnya, ada potensi kehilangan pendapatan harian bagi peserta terdampak penonaktifan yang harus meninggalkan pekerjaan rutinnnya ketika mengurus administrasi sanggah BPJS Kesehatan.

Beban finansial bagi rumah tangga dengan riwayat penyakit kronis pun berpotensi meningkat karena adanya potensi pengeluaran biaya kesehatan melebihi 10% dari kemampuan rumah tangga untuk membayar perawatan kesehatan rawat inap dan jalan (Afrizal *et al.*, 2025). Konsekuensi ini menjadi bukti bahwa tanpa protokol perlindungan hak akses pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan, pasien dan keluarganya dapat semakin terbebani secara finansial karena harus menanggung biaya rumah tangga sekaligus biaya perawatan kesehatan.

Untuk itu, selain melakukan verifikasi berlapis, pemberian periode jeda bagi peserta PBI yang dinonaktifkan untuk beralih ke skema JKN mandiri atau asuransi yang relevan dengan kebutuhan peserta seharusnya menjadi protokol standar sebelum status PBI peserta dinonaktifkan. Namun, hal yang terjadi di awal tahun 2026 menunjukkan kurangnya

ketersediaan mekanisme yang memproteksi pasien rentan sebelum penonaktifan kepesertaan PBI dijalankan. Buktinya, setelah adanya berbagai gelombang protes dan laporan pasien kronis yang kehilangan akses pelayanan kesehatan, pemerintah justru baru memberikan periode transisi selama 3 bulan pasca penonaktifan sudah berlangsung dan memberikan kesempatan reaktivasi bagi peserta PBI yang keberatan. Hal ini menunjukkan belum matangnya kebijakan dan indikasi ketidaksiapan pemerintah sejak awal dalam tata kelola penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan.

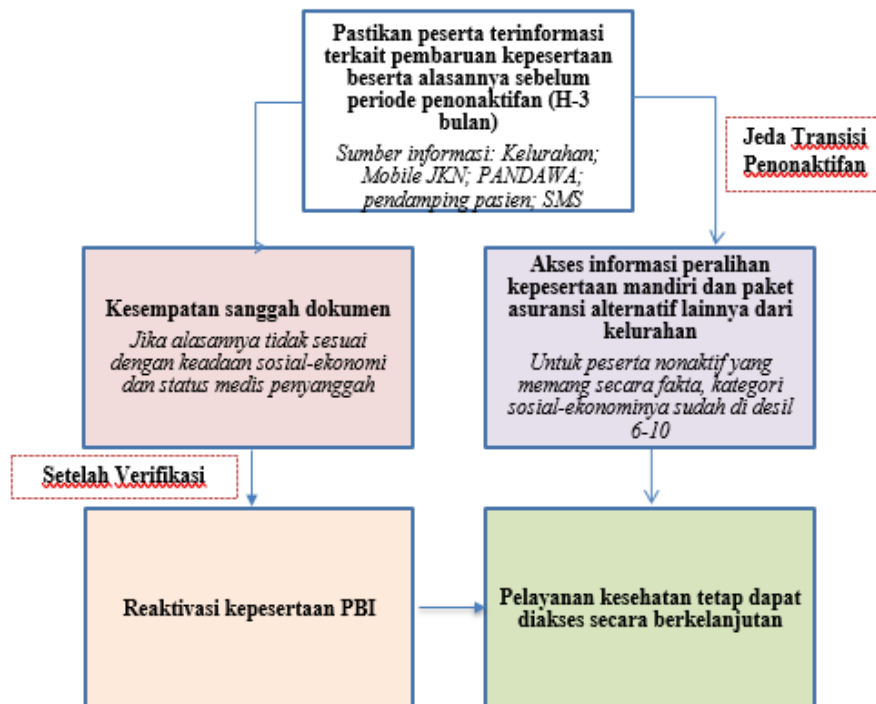
Merujuk kerangka penelitian, keterlambatan proteksi pemerintah untuk pasien rentan juga menunjukkan masih lemahnya desain sistem informasi dalam tata kelola JKN. Terkait dengan hal ini, dr. Donni Hendrawan, M.P.H, AAAK, Deputy Direksi Bidang Kebijakan dan Data Kepesertaan BPJS Kesehatan dalam diskusi daring “Policy Talks” yang diadakan The Indonesian Institute, Center for Public Policy Research (27 Maret 2026), juga mengafirmasi bahwa BPJS Kesehatan masih mengalami tantangan dalam memastikan kepatuhan peserta BPJS Kesehatan untuk memantau status kepesertaannya secara berkala melalui kanal yang sudah disediakan, seperti melalui Mobile JKN dan Pelayanan Administrasi Melalui WhatsApp (PANDAWA). Tantangan ini memicu adanya peserta PBI terdampak penonaktifan yang baru terpapar informasi mengenai perubahan status kepesertaannya ketika datang ke fasilitas kesehatan. Artinya, informasi perubahan kepesertaan justru terlambat diketahui oleh pasien yang sangat potensial memicu terhambatnya akses pelayanan kesehatan bagi peserta PBI yang tidak terinformasi mengenai penonaktifan.

Padahal, menurut prinsip ketahanan sistem JKN dan pelayanan cakupan kesehatan semesta, ketersediaan sistem informasi yang mencegah risiko kesehatan secara *real time* dan responsif terhadap perubahan yang spontan, seperti dalam kasus pemutakhiran DTSEN tahun 2026, telah diamankan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan yang wajib dipenuhi untuk menjamin hak penderita penyakit kronis dalam menerima pelayanan secara tepat waktu.

Melalui penyediaan sistem informasi yang jelas terkait proses pemutakhiran DTSEN bagi peserta PBI sebelum penonaktifan, tentu ketahanan sistem kesehatan menjadi meningkat sesuai dengan rekomendasi komponen strategis yang perlu diinvestasikan dalam membangun ketahanan sistem kesehatan melalui kerangka “Health Systems Building Blocks” (WHO, 2022). Tanpa investasi pemerataan akses terhadap kanal digital dalam tata kelola JKN, Indonesia justru akan melanggar mandat konstitusi untuk memberikan akses pelayanan kesehatan yang setara, inklusif, dan tanpa memperlebar ketimpangan yang ada (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan; Richardson *et al.*, 2022; Khatri *et al.*, 2025). Oleh karena itu, berbagai kelemahan pada aspek ketepatan pembiayaan, tata kelola, kepemimpinan, serta ketersediaan sistem informasi menjadi poin yang harus diperbaiki untuk memastikan program JKN memperkecil ketimpangan akses dan mendorong sistem kesehatan yang lebih resilien dan efektif.

Berdasarkan hasil temuan dan analisis kajian ini, berikut merupakan bagan tata kelola transisi pembaruan status kepesertaan PBI BPJS Kesehatan yang perlu diupayakan pemerintah untuk mencegah terulangnya kerugian yang dialami kelompok rentan.

Bagan 1. Tata Kelola Transisi Pembaruan Kepesertaan JKN yang Ideal



Dampak Penonaktifan Kepesertaan PBI BPJS Kesehatan Tahun 2026

Penonaktifan kepesertaan PBI JKN pada 1 Februari 2026 lalu menimbulkan dampak berlapis yang melampaui dimensi administratif semata. Menggunakan kerangka *Health Systems Building Blocks* (WHO, 2022), analisis berikut menelaah dampak yang dirasakan oleh tiga kelompok utama: (1) peserta PBI terdampak penonaktifan, (2) aktor yang terlibat dalam tata kelola pembaruan kepesertaan, dan (3) fasilitas kesehatan. Dampak pada masing-masing kelompok dianalisis berdasarkan tujuh komponen dalam kerangka *Health Systems Building Blocks* yang menjadi prasyarat esensial dalam mewujudkan ketahanan sistem kesehatan yang responsif saat terjadinya hambatan akses pelayanan kesehatan, meliputi aspek kepemimpinan dan tata kelola; pembiayaan; penyediaan layanan; tenaga kerja kesehatan; sistem informasi; ketersediaan infrastruktur kesehatan, dan keterlibatan komunitas.

Dampak bagi Peserta PBI

Kelompok yang paling merasakan dampak langsung dari penonaktifan PBI BPJS Kesehatan adalah peserta PBI dengan kondisi penyakit kronis dan katastropik, serta dalam status sosial ekonomi rendah. Guru Besar Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM UI, Prof. dr. Adang Bachtiar, M.P.H., D.Sc. dalam catatan tertulisnya, menegaskan bahwa

persoalan utama bukan pada niat kebijakannya mengingat pemutakhiran data adalah langkah yang niscaya. Namun, yang menjadi permasalahan dan wajib dibenahi adalah terkait ketepatan waktu dan cara pelaksanaannya. Menurutnya, penonaktifan yang sempat memutus layanan kesehatan bagi pasien kronis dan katastropik dilakukan ketika sistem validasi ulang dan reaktivasi belum siap sepenuhnya, sehingga sejumlah peserta, termasuk pasien kronis seperti gagal ginjal, mendapati statusnya nonaktif justru ketika hendak mengakses perawatan rutin yang tidak dapat ditunda (Bachtiar, 2026).

Ketidaksiapan sistem reaktivasi yang dapat dilakukan langsung di pelayanan kesehatan menimbulkan disrupti keberlanjutan pelayanan kesehatan bagi pasien penyakit kronis, seperti hipertensi, gagal ginjal, dan diabetes berisiko memperburuk kondisi kesehatan jangka panjang, mengancam nyawa, dan meningkatkan beban sistem kesehatan secara keseluruhan. Hal ini relevan dengan temuan Allam dan Chan (2025) yang menyatakan bahwa ketidakstabilan akses asuransi pada komunitas berpenghasilan rendah berkontribusi terhadap penundaan pencarian layanan, peningkatan kasus komplikasi, dan angka rawat inap yang seharusnya dapat dicegah. Dalam konteks Indonesia, apabila kasus penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan bagi pasien kronis dan katastropik kembali terulang, ini akan menimbulkan dampak negatif berkepanjangan bagi prognosis pasien kronis dan berisiko membebankan alokasi pembiayaan BPJS Kesehatan akibat lonjakan lama rawat inap serta risiko komplikasi pasca putus akses pelayanan kesehatan bagi peserta PBI nonaktif.

Di luar dampak kesehatan, peserta PBI nonaktif dan keluarganya akan menanggung biaya sosial yang tidak terlihat dalam perhitungan kebijakan. Tanpa sistem notifikasi dan periode jeda transisi kepesertaan, pasien kronis, keluarga pasien, dan pasien rentan secara ekonomi harus mengeluarkan biaya perjalanan reaktivasi kepesertaan ke Dinas Sosial, kehilangan hari produktif kerja, serta menanggung beban psikologis akibat ketidakpastian status layanan. Hal ini sejalan dengan pernyataan Tony Richard Samosir, Ketua Umum KPCDI dalam wawancara mendalam pada 7 Mei 2026 yang menjelaskan bahwa rumah tangga dengan anggota keluarga yang berpenyakit kronis biasanya akan mengeluarkan biaya perjalanan untuk melakukan rawat jalan selama menempuh proses pengobatan. Apabila fasilitas kesehatan yang dituju jauh dari rumah pasien terkait, tentu mereka akan mengeluarkan biaya tambahan akomodasi selama perjalanan. Perhitungan kerugian ekonomi dari absennya keluarga pendamping pasien dari pekerjaannya selama proses pengobatan pasien justru belum diakomodir dalam sistem verifikasi DTSEN terkini. Padahal, banyak pasien kronis atau keluarga dengan pasien kronis dapat jatuh miskin akibat menanggung biaya tinggi dalam akses pelayanan kesehatan bahkan, termasuk harus meminjam uang ke orang di sekitarnya demi memenuhi tagihan pelayanan kesehatan (Prabarini *et al.*, 2024).

Lebih jauh lagi, Fattah *et al.*, (2023) mencatat bahwa meski insiden pengeluaran kesehatan katastropik menurun seiring perluasan kepesertaan JKN, rumah tangga termiskin tetap paling rentan terhadap pengeluaran atas biaya kesehatan yang tiba-tiba, termasuk akibat kondisi birokrasi pelayanan kesehatan dan urusan administratif. Temuan ini relevan dengan kondisi yang terjadi awal tahun ini, di mana peserta desil 1-5 yang terdampak dan para pasien kronis

harus mengeluarkan biaya yang tidak terduga untuk mengurus dokumen sanggah reaktivasi kepesertaan PBI termasuk beralih ke kepesertaan mandiri secara “sementara” agar tetap dapat mengakses layanan kesehatan.

Beban finansial turut memberatkan keluarga yang kepesertaannya dianggap pantas beralih ke mandiri karena kesalahan verifikasi status kesejahteraan rumah tangga. Sebagaimana kasus yang terungkap dalam “Policy Talks” TII pada 27 Maret 2026, terdapat seorang ibu yang dicabut status PBI-nya karena anaknya telah bekerja. Padahal, ibunya tidak ingin memberatkan tanggungan iuran dan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan pendapatan anaknya. Kasus ini menggambarkan bahwa fenomena *sandwich generation* masih tidak tertangkap oleh indikator desil pada DTSEN terkini. Kesimpulannya, desain kebijakan pemutakhiran data kepesertaan PBI BPJS Kesehatan saat ini masih luput memperhitungkan faktor geografis peserta; biaya transportasi untuk datang ke pelayanan kesehatan, serta mengurus dokumen reaktivasi; kebutuhan pendamping pasien, dan pentingnya pemisahan aset keluarga dalam menentukan status kesejahteraan rumah tangga yang lebih valid.

Secara garis besar, aspirasi peserta terdampak yang harus menjadi acuan perbaikan tata kelola pembaruan status kepesertaan PBI BPJS Kesehatan mencakup: (1) kejelasan informasi terkait alasan dan status pembaruan kepesertaan; (2) perlindungan hak akses/kontinuitas pelayanan kesehatan selama masa transisi kepesertaan; (3) proteksi atas biaya sosial yang harus pasien dan pendamping tanggung untuk reaktivasi, serta (4) kemudahan dan fleksibilitas alur reaktivasi, terutama bagi pasien dalam kondisi darurat.

Dampak bagi Aktor yang Terlibat

BPJS Kesehatan

Penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan secara massal di awal tahun 2026 yang belum mengecualikan pasien kronis dan katastrofik menempatkan BPJS Kesehatan dalam posisi negatif di mata publik. Secara jangka panjang, hal ini berisiko menurunkan kepercayaan publik untuk bergabung sebagai peserta JKN. Hal ini kontraproduktif dengan visi kehadiran JKN yang ingin memperluas akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Oleh karena itu, ke depannya, BPJS Kesehatan wajib membenahi sistem koordinasi dan komunikasinya untuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan yang BPJS Kesehatan dampingi mendapatkan kejelasan informasi terkait protokol reaktivasi kepesertaan secara otomatis bagi pasien darurat sebagaimana yang diharapkan oleh informan dalam proses penulisan kajian ini (Wawancara Pengurus RT 04/RW 001, Kelurahan Cipinang, Kecamatan Pulogadung, Jakarta Timur pada 6 Mei 2026; Wawancara Tony Richard Samosir, Ketua Umum KPCDI pada 7 Mei 2026; Wawancara Timboel Siregar pada 20 Mei 2026).

Pendampingan dari BPJS Kesehatan juga penting dilakukan secara responsif dan preventif, terutama dengan memberdayakan aktor-aktor di kelurahan sebagai garda penyalur informasi terdepan bagi masyarakat umum sebelum penonaktifan. Transparansi kemajuan koordinasi antara BPJS Kesehatan dengan Kementerian Kesehatan turut menjadi komponen wajib yang

dijelaskan kepada masyarakat, khususnya terkait verifikasi data kepesertaan yang akan dinonaktifkan sebagai bentuk akuntabilitas perlindungan hak pasien rentan dalam mengakses pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

Aparat Desa/Kelurahan dan RT/RW

Di tingkat akar rumput, aparat kelurahan/desa, puskesmas, dan pengurus RT/RW berhadapan langsung dengan lonjakan pertanyaan dan keberatan warga tanpa didukung informasi yang memadai. Kesulitan utama yang mereka hadapi adalah lambatnya penyampaian informasi dari pusat; tantangan mengedukasi peserta yang belum konsisten memanfaatkan kanal informasi BPJS Kesehatan, baik melalui aplikasi maupun pesan melalui telepon, serta ketiadaan kewenangan formal untuk melakukan advokasi atau verifikasi data status kepesertaan terbaru.

Berbagai tantangan tersebut turut disampaikan oleh Perwakilan Pengurus RT 04/RW 001, Kelurahan Cipinang, Kecamatan Pulogadung, Jakarta Timur saat wawancara mendalam pada 7 Mei 2026. Ia mengharapkan adanya alur pembekalan yang jelas dari BPJS Kesehatan bagi pengurus di tingkat kelurahan agar dapat berkontribusi untuk memberikan informasi pasca penonaktifan PBI BPJS Kesehatan yang valid ke masyarakat termasuk meningkatkan kompetensi pengurus kelurahan terkait tata kelola data kepesertaan BPJS Kesehatan masyarakat di kelurahan terkait berbasis prinsip perlindungan data pribadi. Penting bagi BPJS Kesehatan untuk turut ikut memantau proses transisi kepesertaan di lapangan bersama Dinas Sosial dan Dukcapil agar verifikasi data kepesertaan pun dijalankan secara transparan dan objektif. Hal ini penting karena selama ini keterlibatan BPJS Kesehatan untuk menginformasikan panduan terbaru terkait penonaktifan PBI BPJS Kesehatan masih minim ke level kelurahan.

Adanya tantangan dan harapan aktor di kelurahan tersebut menegaskan adanya kekacauan proses transisi kepesertaan PBI BPJS Kesehatan akibat buruknya koordinasi antarlembaga yang bertanggung jawab, yakni Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, Badan Pusat Statistik, dan BPJS Kesehatan. Lemahnya koordinasi di tingkat pusat pada akhirnya membebankan aparat desa/kelurahan dan fasilitas kesehatan dalam proses sosialisasi kepada masyarakat akar rumput dan reaktivasi kepesertaan. Beban tersebut semakin terduplikasi karena saat ini aktor di kelurahan masih minim mendapatkan pedoman dan pembekalan dari aktor yang berwenang.

Untuk memperbaiki situasi ini, aparat desa/kelurahan, kader, termasuk tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan primer, seperti Puskesmas idealnya dilibatkan secara formal dalam proses sosialisasi pembaruan kepesertaan untuk menjamin kepastian hukum keberlanjutan pelayanan kesehatan, di bawah koordinasi BPJS Kesehatan dan Kementerian Sosial. Artinya, aktor di kelurahan dan fasilitas kesehatan seharusnya bukan hanya dijadikan sebagai penyalur informasi pasca kepesertaan PBI BPJS Kesehatan sudah dinonaktifkan, melainkan harus diberdayakan sebagai agen verifikasi status kepesertaan PBI untuk menjamin ketepatan data jauh sebelum penonaktifan terjadi. Dengan demikian, risiko kesalahan pengecualian dan simpang siur informasi di lapangan dapat dicegah secara sistemik.

Bagi Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan, baik Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) maupun Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) menanggung dampak paling langsung dalam dimensi tenaga kesehatan; pembiayaan; dan keberlanjutan rantai pasok peralatan medis, teknologi, dan infrastruktur. Anggota Komisi IX Dewan Perwakilan Rakyat (DPR), Edy Wuryanto menyatakan bahwa banyak fasilitas kesehatan ragu melayani pasien dengan status nonaktif karena berpotensi menimbulkan *dispute claim* (potensi perbedaan pendapat antara fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan) karena ketidakjelasan skema pembiayaan layanan kesehatan yang ingin diakses pasien nonaktif dan klaim tertunda dalam sistem JKN (Liputan 6, 14 Februari 2026).

Hal tersebut juga disampaikan oleh Tony Richard Samosir, Ketua Umum KPCDI dalam wawancara mendalam pada 7 Mei 2026, di mana saat ini Indonesia belum memiliki rujukan regulasi dan standar yang dapat melindungi fasilitas kesehatan terkait kepastian akses sumber pembiayaan bagi pasien nonaktif yang datang ke pelayanan kesehatan. Padahal, kepastian hukum bagi fasilitas kesehatan menjadi hal mutlak agar terjadi kejelasan protokol untuk menjamin keberlanjutan pelayanan kesehatan bagi pasien nonaktif yang datang ke pelayanan.

Tanpa regulasi yang menjadi landasan kepastian hukum, fasilitas kesehatan akan ditempatkan pada kondisi yang dilematis. Mereka harus tetap menerima pasien karena mereka membutuhkan, namun fasilitas kesehatan yang belum dibantu akses pembiayaannya oleh pemerintah daerah dalam menanggung biaya layanan pasien nonaktif akan “bingung” untuk mencari sumber pembiayaan bagi pasien. Artinya, masih terdapat ketimpangan dalam kejelasan skema pembiayaan dari pemerintah yang dapat dijadikan sponsor bagi fasilitas kesehatan untuk menindaklanjuti klaim layanan kesehatan rutin yang ingin diakses oleh pasien nonaktif.

Dampak ini bersifat berantai. Pertama, penundaan klaim akibat status kepesertaan nonaktif dapat memicu keterlambatan rantai pasok obat-obatan, terutama untuk terapi kronis yang membutuhkan ketersediaan stok rutin. Kedua, fasilitas kesehatan yang tetap melayani pasien dengan status nonaktif menanggung risiko finansial berupa klaim yang ditolak atau tertunda, kondisi yang secara langsung mengancam keberlangsungan operasional fasilitas kesehatan, terutama di tingkat primer. Ketiga, putusnya pengobatan pasien kronis dapat memicu komplikasi yang pada akhirnya menghasilkan klaim rawat inap darurat yang jauh lebih mahal sebagai *trade-off* pembiayaan asuransi kesehatan bagi pasien kronis yang terdampak penonaktifan.

Hal lainnya yang perlu dikritisi, yaitu tidak semua fasilitas kesehatan memiliki tenaga kesehatan yang memadai untuk menjalankan peran edukasi kepesertaan bagi masyarakat. Berdasarkan informasi peserta diskusi “Policy Talks” yang diadakan TII pada 27 Maret 2026, tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan primer, yaitu Puskesmas mengalami penambahan beban

kerja administrasi karena harus menginput data kepesertaan pasien nonaktif pada dua aplikasi berbeda. Adanya ketimpangan kapasitas ini, terutama antara fasilitas kesehatan kota besar dan daerah terpencil dapat menciptakan beban ganda, yakni tenaga kesehatan harus membantu pasien yang harus mengajukan sanggah/alternatif pembiayaan pelayanan dari dana pemerintah daerah bersamaan dengan menjalankan tugas pelayanan medis yang menjadi tugas pokok, dan fungsi utama mereka. Untuk merangkum seluruh dampak pasca penonaktifan PBI BPJS Kesehatan di atas, penulis menggunakan kerangka kajian kebijakan ini, yakni merujuk komponen *Health Systems Building Blocks* (WHO, 2022) untuk melihat komponen pembangunan sistem kesehatan yang terpengaruh pasca penonaktifan kepesertaan PBI JKN 2026.

Tabel 3. Matriks Dampak Penonaktifan PBI JKN 2026 per Aktor Berdasarkan Komponen *Health Systems Building Blocks* (WHO, 2022)

Aktor Terdampak	Aspek WHO <i>Health Systems Building Blocks</i>	Dampak
Peserta PBI (desil 1–5, pasien kronis, dan katastropik)	Penyediaan Layanan (<i>Service Delivery</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Putusnya keberlanjutan pelayanan kesehatan bagi 120.000 pasien katastropik; risiko komplikasi dan kematian pada pasien gagal ginjal yang menunda dialisis • Memperburuk kondisi pasien jangka panjang • Kesenjangan akses informasi bagi pasien dengan kerentanan ganda (disabilitas, warga di daerah terpencil, pasien lansia, pasien kronis, pasien tanpa pendamping) yang tidak terinformasi mengenai prosedur reaktivasi dan notifikasi penonaktifan
	Pembiayaan (<i>Financing</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Pengeluaran atas biaya kesehatan mendadak pada peserta desil 1–5 yang tidak terduga; rumah tangga dengan kategori miskin paling rentan terhadap pengeluaran katastropik (Fattah <i>et al.</i>, 2023) • Adanya biaya sosial untuk menempuh prosedur reaktivasi akibat hilangnya hari produktif kerja dan keperluan akomodasi jika fasilitas kesehatan dan Dinas Sosial untuk proses sanggah jauh dari tempat tinggal pasien
	Sistem Informasi (<i>Health Information</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Peserta baru mengetahui status nonaktif saat datang ke fasilitas kesehatan, bukan melalui notifikasi proaktif. Hal ini menunjukkan adanya asimetri informasi terkait notifikasi penonaktifan kepesertaan dan dominasi pembebanan kewajiban akses notifikasi bagi pasien • Risiko kelompok <i>sandwich generation</i> tidak tertangkap indikator kesejahteraan sosial-ekonomi • Kanal Mobile JKN dan PANDAWA belum optimal di daerah tanpa sinyal/<i>smartphone</i>

<p>Aktor yang terlibat (BPJS Kesehatan, Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, Aparat Desa/Kelurahan, RT/RW)</p>	<p>Kepemimpinan dan Tata Kelola (<i>Governance</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinasi lintas K/L belum sinergis, tidak terinformasinya protokol mitigasi bersama antara Kementerian Sosial, Badan Pusat Statistik, Kementerian Kesehatan, dan BPJS Kesehatan ke level terbawah untuk melindungi pasien rentan dari risiko kesalahan pengecualian • RT/RW menghadapi kebingungan tindak lanjut administrasi reaktivasi tanpa panduan resmi • Kepercayaan publik terhadap sistem JKN tergerus pasca krisis
	<p>Sistem Informasi (<i>Health Information</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aparat desa/kelurahan dan fasilitas kesehatan kesulitan menyalurkan informasi pembaruan kepesertaan karena lambatnya transmisi atau notifikasi yang memberdayakan dari pusat karena informasi baru sampai pasca penonaktifan • Tantangan mengedukasi peserta yang belum konsisten memanfaatkan kanal BPJS Kesehatan (melalui aplikasi ataupun pesan melalui <i>smartphone</i>) • Minimnya pelibatan formal aparat desa/kelurahan dan tenaga kesehatan dalam sosialisasi pembaruan kepesertaan
	<p>Komunitas/ Masyarakat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RT/RW menanggung beban informasi tanpa infrastruktur, pendampingan kapasitas, kewenangan, dan dasar hukum yang memadai • Dilema perlindungan data pribadi dalam pelibatan RT/RW sebagai penyalur informasi kepesertaan • Potensi disinformasi dan kepanikan komunitas akibat absennya komunikasi resmi, transparan, dan responsif
<p>Fasilitas Kesehatan</p>	<p>Pembiayaan (<i>Financing</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pending claim</i> dan <i>dispute claim</i> akibat status nonaktif; fasilitas kesehatan menanggung risiko finansial tanpa kepastian pembayaran • Keterlambatan rantai pasok obat kronis akibat <i>pending klaim</i>
	<p>Tenaga Kerja Kesehatan (<i>Health Workforce</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tenaga kesehatan merangkap peran membantu pasien mengajukan sanggah/reaktivasi selain menjalankan tugas kompetensi klinis inti mereka (tambahan beban administratif) • Ketimpangan kapasitas edukatif antar fasilitas kesehatan di daerah terpencil dengan perkotaan • Tanpa protokol jelas, fasilitas kesehatan menghadapi dilema jika melayani pasien nonaktif (risiko klaim ditolak) atau risiko etis dan hukum)
	<p>Peralatan Medis, Teknologi, dan Infrastruktur (<i>Medical Supplies,</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada protokol standar bagi fasilitas kesehatan terkait penanganan pasien dengan status nonaktif selama masa transisi kepesertaan • Kementerian Kesehatan menganjurkan fasilitas kesehatan tetap melayani pasien kronis nonaktif, tetapi tanpa

	<i>Technology, and Infrastructure)</i>	kejelasan jaminan pembiayaan agar rantai pasok kebutuhan medis tidak putus bagi pasien yang membutuhkan <ul style="list-style-type: none"> • Putusnya rantai pasok berpotensi meningkatkan beban klaim jangka menengah akibat risiko komplikasi
--	--	--

Sumber: diolah oleh penulis menggunakan kerangka WHO Health Systems Building Blocks (2022).

Strategi Peningkatan Kualitas Tata Kelola Kepesertaan PBI BPJS Kesehatan

Berdasarkan temuan pada dua pertanyaan kajian sebelumnya, strategi peningkatan kualitas tata kelola kepesertaan PBI BPJS Kesehatan dirumuskan menggunakan seluruh komponen *Health Systems Building Blocks* (WHO, 2022) sebagai kerangka analisis kajian kebijakan ini. Rekomendasi disusun dalam dua tataran: (1) normatif-kebijakan, yang ditujukan kepada pembuat kebijakan (Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, DPR RI); dan (2) praktis-operasional, yang ditujukan kepada pelaksana di lapangan (pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, aparat desa/kelurahan, serta peserta/penerima manfaat).

Tabel 4. Strategi Peningkatan Tata Kelola Kepesertaan PBI BPJS Kesehatan Berdasarkan *Health Systems Building Blocks* (WHO, 2022)

Komponen <i>Health System Building Blocks</i> (WHO, 2022)	Aktor Terdampak dan Identifikasi Masalah	Rekomendasi Normatif dan Praktis
Kepemimpinan dan Tata Kelola (<i>Leadership and Governance</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Kementerian Sosial: tidak ada perlindungan bagi pasien kronis dengan prosedur eksklusi data pasien kronis dalam SK penonaktifan PBI • Kementerian Kesehatan: belum optimalnya koordinasi dan responsivitas verifikasi status medis dalam <i>database</i> peserta nonaktif • BPJS Kesehatan: menerima data setelah SK penonaktifan ditetapkan, sebelum verifikasi lebih lanjut dengan Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial • DPR: tidak adanya mekanisme pengawasan sinergi lintas K/L yang seharusnya aktif sebelum krisis 	<ul style="list-style-type: none"> • [Normatif] Mewajibkan eksklusi atau kunci data pasien kronis sebelum penonaktifan sampai dilakukan verifikasi ke kelurahan dan rumah tangga di setiap periode pemutakhiran data kepesertaan • [Normatif] Terbitkan Surat Keputusan Bersama (SKB) Tiga Menteri (Kemensos–Kemenkes–BPJS Kesehatan) yang memuat protokol koordinasi lintas K/L dengan kewenangan intervensi Kemenkes yang eksplisit dalam verifikasi data termasuk memastikan status penyakit kronis dan biaya pengeluaran rumah tangga terkait kesehatan turut diperhitungkan sebagai indikator kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat yang lebih valid • [Praktis] Bentuk satuan tugas lintas K/L permanen untuk pemantauan

		dampak pembaruan data kepesertaan secara berkala agar proses reaktivasi secara cepat dapat dilakukan dan tersalurkannya proteksi sosial bagi pasien yang mengalami kerugian finansial
Pembiayaan (Financing)	<ul style="list-style-type: none"> • Peserta: pengeluaran biaya mendadak dan biaya sosial reaktivasi • Fasilitas kesehatan: <i>pending claim</i> dan <i>dispute claim</i> mengancam keberlangsungan operasional dan dilema etis pemberian layanan bagi pasien nonaktif • BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan: tidak ada jaminan pembayaran klaim layanan kesehatan selama masa transisi 	<ul style="list-style-type: none"> • [Normatif] Formalisasi periode transisi minimal 3 bulan sebelum eksekusi penonaktifan, bukan reaktif sesudahnya • [Normatif] Tetapkan jaminan pembayaran klaim fasilitas kesehatan untuk layanan yang diberikan kepada pasien nonaktif selama periode transisi sebagai klausul baku dalam setiap SK penonaktifan • Mekanisme aktivasi kepesertaan langsung di fasilitas kesehatan bagi pasien darurat, tanpa harus melalui Dinas Sosial terlebih dahulu, mengacu mekanisme 2025 yang pernah berhasil
Tenaga Kerja Kesehatan (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> • Tenaga kesehatan: merangkap peran asesmen kepesertaan dan administrasi di luar tugas pelayanan • Fasilitas kesehatan daerah terpencil: tidak memiliki sumber daya khusus administrasi dan edukasi terkait JKN • Aparat desa/kelurahan: terlibat tanpa pembekalan dan minim panduan resmi yang satu komando/terstandar 	<ul style="list-style-type: none"> • [Normatif] Pisahkan peran edukasi kepesertaan dari tugas klinis tenaga kesehatan dengan mengalokasikan petugas administrasi JKN khusus di FKTP melalui regulasi penempatan SDM dan menyediakan pojok BPJS Kesehatan di tiap kelurahan • [Praktis] Terbitkan protokol bagi fasilitas kesehatan untuk menangani pasien nonaktif, klaim diproses sebagai piutang dengan kepastian pembayaran dari BPJS Kesehatan ataupun kemitraan pemerintah dengan swasta serta filantropi melalui pendanaan kreatif • [Praktis] Libatkan aparat desa/kelurahan secara formal dalam sosialisasi pembaruan kepesertaan dengan modul pelatihan terstandar dari Dinas Sosial
Sistem Informasi (Health Information)	<ul style="list-style-type: none"> • Peserta: tidak ada notifikasi proaktif sebelum penonaktifan 	<ul style="list-style-type: none"> • [Normatif] Wajibkan notifikasi H-30 sebelum penonaktifan via SMS dan <i>push notification</i> Mobile JKN

	<ul style="list-style-type: none"> • BPJS Kesehatan: Mobile JKN belum memiliki <i>push notification</i> aktif saat penonaktifan berlangsung • Warga di daerah terpencil: tidak dapat mengakses kanal digital karena keterbatasan infrastruktur 	<p>kepada seluruh peserta yang akan terdampak</p> <ul style="list-style-type: none"> • [Praktis] Jadikan PANDAWA/WhatsApp sebagai kanal otomatis bagi peserta untuk mengakses informasi penonaktifan, termasuk mengoptimalkan <i>chatbot Chat Assistant</i> JKN (CHIKA) untuk respons otomatis pengecekan status kepesertaan • [Praktis] Percepat peluncuran sistem notifikasi berbasis RT/RW dengan panduan resmi, dasar hukum perlindungan data pribadi yang jelas, dan modul pelatihan dari Dinas Sosial dan BPJS Kesehatan • [Praktis] Pemerintah memastikan adanya transparansi linimasa/periode pembaruan kepesertaan secara rutin ke masyarakat agar mereka dapat melakukan antisipasi dan mengetahui tindakan yang harus dilakukan selama periode jeda transisi kepesertaan • [Praktis] Tantangan akses jaringan dalam pemberian notifikasi juga dapat diatasi dengan mengoptimalkan fitur SMS agar informasi penonaktifan dapat sampai kepada peserta secara <i>offline</i>
<p>Penyediaan Layanan (Service Delivery)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peserta kronis/katastropik: putusnya akses pengobatan • Fasilitas kesehatan: tidak ada protokol standar untuk pasien nonaktif selama transisi • Sistem pendataan sosial-ekonomi (BPS dan Kementerian Sosial): tidak ada <i>flagging</i> otomatis pasien berkebutuhan medis tinggi sebelum penonaktifan 	<ul style="list-style-type: none"> • [Normatif] Integrasikan <i>flagging</i> otomatis pasien kronis/katastropik dan keluarga dengan biaya pengeluaran terkait kesehatan tinggi dalam sistem DTSEN karena kelompok ini tidak boleh masuk <i>batch</i> penonaktifan tanpa verifikasi status medis terlebih dahulu • [Praktis] Konsolidasi rutin bulanan antara BPJS Kesehatan–Kementerian Sosial–Kementerian Kesehatan–Pengurus Kelurahan-komunitas pasien (seperti KPCDI) untuk memantau kesinambungan layanan pasca pembaruan data

<p>Komunitas/ Masyarakat (Community Engagement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RT/RW: penambahan beban administrasi tanpa infrastruktur, kewenangan formal, dan dasar hukum memadai • Peserta: rendahnya literasi kepesertaan JKN dan konsistensi pengecekan status • Komunitas rentan: penyandang disabilitas, warga di daerah terpencil, dan lansia tidak terjangkau kanal digital 	<ul style="list-style-type: none"> • [Normatif] Formalisasi RT/RW sebagai agen yang diberdayakan dalam proses verifikasi data sosial-ekonomi atas dukungan Dinas Sosial melalui pelatihan terstruktur dan pembekalan dasar hukum terkait perlindungan data pribadi • [Praktis] Kampanye proaktif cek status kepesertaan berkala melalui Tokoh Agama/Tokoh Masyarakat (Toga/Toma), kader, dan komunitas kelurahan, sehingga tidak mengandalkan inisiatif peserta semata • [Praktis] Libatkan komunitas pasien (KPCDI, komunitas kanker, dll.) dan pihak swasta di bidang telekomunikasi sebagai mitra sosialisasi dan penerima informasi prioritas terkait pembaruan data kepesertaan PBI BPJS Kesehatan untuk menjangkau kelompok pasien dengan kebutuhan medis tinggi
<p>Peralatan Medis, Teknologi, dan Infrastruktur (Medical Supplies, Technology, and Infrastructure)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitas kesehatan: Tidak ada protokol standar bagi fasilitas kesehatan terkait penanganan pasien dengan status nonaktif selama masa transisi kepesertaan 	<ul style="list-style-type: none"> • [Normatif] Menjamin adanya regulasi yang memberikan kepastian hukum bagi fasilitas kesehatan terkait akses sumber pembiayaan bagi pasien nonaktif termasuk kesiapan protokol perlindungan akses pelayanan kesehatan bagi pasien kronis terdampak penonaktifan agar tidak terjadi <i>dispute</i> dan penolakan pasien di fasilitas kesehatan • [Praktis] Libatkan perusahaan asuransi swasta, jaringan masyarakat sipil, dan filantropi untuk berpartisipasi dalam menyediakan edukasi “paket asuransi/pembiayaan” kesehatan bagi peserta nonaktif

Sumber: Disusun berdasarkan analisis WHO Health Systems Building Blocks (2022); “Policy Talks” The Indonesian Institute (2026); wawancara dengan informan, serta berbagai rujukan ilmiah yang tercantum dalam Daftar Pustaka.

Kesimpulannya, untuk mencegah terulangnya kasus penonaktifan PBI BPJS Kesehatan yang merugikan pasien kronis, katastropik, dan masyarakat ekonomi terbawah, pihak Kementerian Sosial dan Kementerian Kesehatan harus memperkuat koordinasi terkait verifikasi data kepesertaan agar kelompok rentan dikecualikan dari penonaktifan. Apabila harus dinonaktifkan karena sudah tidak memenuhi kriteria PBI, kelompok rentan harus mendapatkan kesempatan jeda transisi kepesertaan agar tetap dapat mengakses pelayanan kesehatan. Kepastian hukum pun harus segera diluncurkan oleh Kementerian Kesehatan untuk memastikan setiap fasilitas kesehatan tidak mengalami “kebingungan” terkait protokol pelayanan pasien nonaktif karena belum hadirnya regulasi spesifik yang menjelaskan tata cara klaim biaya kesehatan bagi pasien nonaktif. Hal ini penting agar pelayanan kesehatan tidak terputus dan menimbulkan kerugian secara ekonomi, sosial, dan psikologis bagi peserta yang dinonaktifkan. Dari segi kesehatan fiskal negara, prosedur perlindungan kelompok rentan dari penonaktifan PBI BPJS Kesehatan secara mendadak wajib diprioritaskan pemerintah agar tidak justru menimbulkan potensi komplikasi penyakit yang dapat meningkatkan beban anggaran BPJS Kesehatan.

Oleh karena itu, untuk mewujudkan pembangunan resiliensi sistem kesehatan di Indonesia yang adil, inklusif, dan setara, kesinambungan akses pelayanan kesehatan harus menjadi fundamental yang dipenuhi dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional. Prosedur pemutakhiran data sosial-ekonomi yang mengakibatkan pasien rentan terdampak penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan hingga tidak bisa mengakses pelayanan kesehatan harus menjadi pembelajaran dan pengingat agar situasi ini tidak kembali terulang di periode pemutakhiran data berikutnya. Dengan demikian, pemutakhiran data terkait sosial-ekonomi memang penting, tetapi desain implementasinya harus dilakukan secara hati-hati, adil, inklusif, memastikan adanya kepastian hukum bagi fasilitas kesehatan, memegang prinsip kemanusiaan, nondiskriminatif, mengedepankan kolaborasi pemerintah dengan berbagai pihak terkait, dan merealisasikan amanat keberlanjutan pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, tanpa terkecuali.

Rekomendasi

Berdasarkan analisis secara keseluruhan, dalam rangka mengoptimalkan tata kelola pemutakhiran kepesertaan PBI BPJS Kesehatan berdasarkan pemanfaatan DTSEN, berikut beberapa rekomendasi yang perlu dilakukan oleh pemerintah dan lintas sektor yang berwenang agar tidak merugikan kelompok rentan di periode pemutakhiran kepesertaan selanjutnya:

- 1. Eksklusi Pasien Kronis, Katastropik, Tidak Mampu, dan Rumah Tangga dengan Anggota Keluarga Sakit Hingga Dilakukan Verifikasi Sebelum Penonaktifan**

Penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan pada periode berikutnya harus dijalankan ketika skema validasi ulang ketepatan data sosial-ekonomi masyarakat sudah matang dan optimal oleh Kementerian Sosial berkolaborasi dengan Badan Pusat Statistik, Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dukcapil, dan pengurus di level kelurahan. Contohnya, pada pemeringkatan desil DTSEN oleh BPS, tiap BPS di tingkat subnasional wajib memastikan **data sosial-ekonomi yang sudah dientri harus diverifikasi berlapis; memperhitungkan status penyakit; dan biaya pengeluaran**

rumah tangga terkait kesehatan melalui forum Musyawarah Masyarakat Desa/Musyawarah Masyarakat Kelurahan (MMD/MMK). Verifikasi ini harus melibatkan diskusi dengan masyarakat akar rumput, pemerintah desa/kelurahan, Dukcapil, perwakilan BPJS Kesehatan, Dinas Sosial, termasuk tenaga kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat yang memegang data hasil pemeriksaan medis. Mekanisme verifikasi berlapis yang partisipatif ini diharapkan dapat mengurangi potensi *error* pemeringkatan desil untuk mencegah adanya masyarakat dengan ekonomi rentan, keluarga dengan pasien kronis, dan individu dengan status penyakit kronis serta katastrofik turut terdampak penonaktifan PBI BPJS Kesehatan akibat pendataan yang tidak tepat.

2. Penyelenggaraan Forum Lintas Sektor Sebelum Pemutakhiran Kepesertaan PBI BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan selaku aktor pelaksana distribusi kepesertaan JKN wajib menjadi komando koordinasi dengan aktor lainnya yang terlibat jelang penonaktifan kepesertaan PBI, seperti Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, BPS, Dukcapil, dan Kementerian Dalam Negeri untuk memastikan adanya forum lintas sektoral sebelum periode pemutakhiran DTSEN sebagai basis penentuan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan untuk:

- a. Melakukan verifikasi berlapis guna memastikan adanya sinkronisasi data status penyakit yang dijadikan pertimbangan penonaktifan PBI secara bertahap bagi pasien kronis dan katastrofik;
- b. Memberikan jeda transisi bagi peserta yang memang terverifikasi “tidak mampu” untuk memperbarui status kepesertaan BPJS Kesehatan ke kategori mandiri atau beralih ke skema asuransi kesehatan lainnya yang dibutuhkan;
- c. Memastikan data keluarga yang dijadikan acuan pemeringkatan sudah tepat, sehingga status kesejahteraan ekonomi keluarga tidak mengalami *error*, seperti adanya kasus peserta PBI dinonaktifkan karena dianggap “sudah mampu” akibat pendapatan yang diperoleh anak tertanggung dan belum melakukan pengajuan pisah dokumen kartu keluarga, sehingga kepemilikan aset masih dihitung sebagai satu rumah tangga.

3. Investasi pada Penyediaan Kanal Informasi Terkait Penonaktifan yang Aksesibel

Tindak responsif dari BPJS Kesehatan di tingkat nasional dan subnasional sangat dibutuhkan dalam proses penyiapan “kanal informasi” yang siap dalam menginformasikan notifikasi pembaruan status kepesertaan PBI BPJS Kesehatan yang dapat diakses oleh publik tanpa harus terhambat jarak, waktu, dan biaya. Misalnya:

- a. Melanjutkan strategi pemberdayaan aktor di level daerah, yaitu pengurus di RT/RW, kelurahan, dan desa untuk memverifikasi validitas data yang digunakan sebagai acuan pembaruan status kepesertaan PBI BPJS Kesehatan dan penyalur informasi terkait penonaktifan. Pojok BPJS Kesehatan juga idealnya dapat diakses pada tiap kelurahan tidak hanya tersedia di fasilitas kesehatan yang belum tentu aksesibel bagi tiap penduduk;

- b. Menyediakan pedoman komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) yang detail terkait tata cara sanggah status kepesertaan bagi fasilitas kesehatan, kader, pendamping pasien (*caregiver*), dan masyarakat sipil berkolaborasi dengan Dinas Sosial setempat;
- c. Menyosialisasikan cara pemanfaatan aplikasi Mobile JKN versi *lite* untuk memantau status kepesertaan tanpa menghabiskan memori piranti pengguna hingga mengembangkan notifikasi penonaktifan yang dapat sampai ke kontak pasien/pendampingnya tanpa terhalang kesediaan sinyal (sistem informasi yang tidak harus digunakan dengan jaringan internet). Pengembangan aplikasi dan sistem notifikasi ini dapat dilakukan dengan menjaring perusahaan telekomunikasi dalam prosesnya;
- d. Memastikan adanya pendampingan dan akses informasi bagi peserta PBI yang sudah dikategorikan “mampu” dalam mengurus berkas pengalihan status kepesertaan JKN ke mandiri ataupun berkolaborasi dengan penyedia asuransi kesehatan lainnya (swasta dan filantropi). Upaya ini dapat dilakukan pada periode transisi kepesertaan untuk memberikan informasi cara mendaftar asuransi atau paket pembiayaan alternatif dan mendukung manfaat penggunaan asuransi kesehatan yang terdiversifikasi (tidak hanya BPJS Kesehatan).

4. Memastikan Ketersediaan Rantai Pelayanan Kesehatan Secara Berkelanjutan

Selama periode transisi kepesertaan PBI BPJS Kesehatan berdasarkan DTSEN terbaru, BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan wajib mendesain mekanisme penjaminan ketersediaan rantai pasok obat medis, farmasi, alat kesehatan, dan tindakan medis terstandar bagi pasien kronis, katastrofik, dan rentan yang terdampak penonaktifan untuk memastikan keberlanjutan pelayanan kesehatan, mencegah dilema fasilitas kesehatan dalam menangani pasien nonaktif, dan mencegah disrupsi pelayanan kesehatan. **Selain itu, Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, dan BPJS Kesehatan wajib menyediakan mekanisme proteksi sosial, seperti pemberian kompensasi yang adil dan layak bagi pasien kronis, katastrofik, dan rentan yang kehilangan pendapatan harian** akibat mengurus dokumen sanggah termasuk rugi secara medis dan finansial saat mendapatkan pengobatan yang terhambat agar sesuai dengan amanat regulasi terkait JKN di Indonesia. Idealnya pun, pemerintah harus menyediakan “sistem reaktivasi otomatis” bagi pasien rentan, katastrofik, kronis, maupun lansia tanpa memerlukan prosedur sanggah berlapis yang berisiko menghambat keberlanjutan pelayanan kesehatan bagi mereka yang membutuhkan.

5. Penyediaan Proteksi Sosial Bagi Pasien Rentan yang Terdampak Penonaktifan

Untuk memastikan kerangka mitigasi disrupsi pelayanan kesehatan dan distribusi proteksi sosial bagi pasien terdampak tepat sasaran, Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, dan BPJS Kesehatan wajib melibatkan komunitas pasien yang terdampak, termasuk aktor di akar rumput untuk memastikan kompensasi dan dukungan yang dibutuhkan pasien dalam mendapatkan hak pelayanan kesehatan dapat berkelanjutan, bersifat kontekstual, dan menyelesaikan akar masalah. Komunitas terdampak, seperti pasien dan masyarakat ekonomi ke bawah dapat dilibatkan untuk menyusun Daftar Inventarisasi Masalah (DIM) sejak level kelurahan melalui MMD/MMK. Hal ini penting agar kasus penonaktifan kepesertaan PBI BPJS Kesehatan yang menghambat akses layanan kesehatan bagi yang terdampak di awal tahun 2026 tidak terulang di periode pemutakhiran data berikutnya dan dapat ditangani secara preventif dan responsif.

6. Menyediakan Kepastian Protokol Pembiayaan Akses Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta PBI BPJS Kesehatan yang Dinonaktifkan

Kementerian Kesehatan bersama Kementerian Keuangan perlu memastikan adanya kejelasan regulasi yang memberikan kepastian hukum bagi fasilitas kesehatan terkait akses sumber pembiayaan bagi pasien nonaktif yang datang ke layanan, agar tidak terjadi *dispute* dan penolakan pasien di fasilitas kesehatan. Aktor terkait dapat memperluas kolaborasi dengan perusahaan asuransi swasta, jaringan masyarakat sipil, dan filantropi untuk berpartisipasi dalam menyediakan edukasi “paket asuransi/pembiayaan” kesehatan alternatif bagi peserta nonaktif.

Daftar Pustaka

Buku & Jurnal

- Afrizal, R. F., Hasya, N., Harda, F. P., Alfathin, W. A., & Latifah, V. N. (2025). “Determinants of Catastrophic Health Expenditure of Households in Indonesia”. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 10(1). <https://doi.org/10.7454/eki.v10i1.1136>
- Allam, S., & Chan, H. (2025). “Healthcare Continuity in Crisis: Addressing Gaps in Longitudinal Care Through Inferential Statistics”. *Cureus*, 17(7), e88127. <https://doi.org/10.7759/cureus.88127>
- Bolongaita, S., Lee, Y., Johansson, K. A., Haaland, Ø. A., Tolla, M. T., Lee, J., & Verguet, S. (2023). “Financial Hardship Associated with Catastrophic Out - Of - Pocket Spending Tied to Primary Care Services in Low - and Lower - Middle - Income Countries: Findings From A Modeling Study”. *BMC Medicine*, 21(356), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02957-w>
- Burch, P., Walter, A., Stewart, S., & Bower, P. (2024). “Patient Reported Measures of Continuity of Care and Health Outcomes: A Systematic Review”. *BMC Primary Care*, 25(309), 1–10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12875-024-02545-8>
- Fattah, R. A., Sambodo, N. P., Thabrany, H., Efendi, F., Mbata, G., Supriyatna, N., Hilmawan, R., & Maharani, A. (2023). “Incidence of Catastrophic Health Spending in Indonesia: Insights From A Household Panel Study 2018–2019”. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 179. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01990-2>
- Guo, P., Qin, Y., Wang, R., Li, J., Liu, J., Wang, K., Li, Y., Kang, Z., Hao, Y., Liu, H., Sun, H., Cui, Y., Shan, L., & Wu, Q. (2023). “Perspectives and Evaluation on the Effect of Financial Burden Relief of Medical Insurance for People With Catastrophic Diseases and Its Influencing Factors”. *Frontiers in Public Health*, 11(1123023), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1123023>
- Hamilton, A., & Finley, E. (2020). “Qualitative Methods in Implementation Research: An Introduction”. *Psychiatry Research*, 280. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112516>
- Khatri, R. B., Endalamaw, A., Erku, D., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2025). “Contribution of Health System Governance in Delivering Primary Health Care Services for Universal Health Coverage: A Scoping Review”. *Journal Plos One*. 1–21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318244>
- Kidd, S., & Bailey-athias, D. (2023). “Exclusion By Design: An Assessment Of The Effectiveness Of The Proxy Means Test Poverty Targeting Mechanisi”. *Bjorn Gelders INTERNATIONAL LABOUR OFFICE* (Issue 56). ILO.
- Klingberg, S., Stalmeijer, R. E., & Varpio, L. (2024). “Using Framework Analysis Methods For Qualitative Research”. *Medical* <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2259073>
- Prabarini, L. P., Galleryzki, A. R., & Sekarini. (2024). “Gambaran Sosial Ekonomi Pada Keluarga dengan Penyakit Kronis”. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 9(4).

- Richardson, S., Lawrence, K., Schoenthaler, A. M., & Mann, D. (2022). "A Framework for Digital Health Equity". *Digital Medicine*, 5(119). <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00663-0>
- Riza, Y., Budiarto, W., Haksama, S., Yudhastuti, R., Wibowo, A., & Notobroto, H. B. (2023). "Health Services for Catastrophic Patients Through the National Health Insurance Program: Literature Review". *Journal of Public Health in Africa*, 14(2559). <https://doi.org/10.4081/jphia.2023.2559>
- Sujarwoto, S., Holipah, H., & Maharani, A. (2026). "Hidden Inequities in Universal Health Coverage: Determinants of Health Insurance Underutilization in Indonesia". *BMC Public Health Article in Press*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-026-26841-3>
- Nkolo Tolo Francis, D., Tatiana, M., Biouele, M. A., Christian, R., Ingrid, O., & Eric, N. E. (2025). "Delays in Medical Care: A Systematic Review of Determinants, Consequences and Interventions". *SAS Journal of Medicine*, 11(6), 616–625. <https://doi.org/https://doi.org/10.36347/sasjm.2025.v11i06.005>
- World Health Organization (WHO). (2022). "Health Systems Resilience Toolkit: a WHO Global Public Health Good to Support Building and Strengthening of Sustainable Health Systems Resilience in Countries with Various Contexts". <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048751>

Laporan/Peraturan

- Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2025 Tentang Data Tunggal Sosial Dan Ekonomi Nasional (2025).
- Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 3/HUK/2026 Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Bulan Januari Tahun 2026 (2026).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (2014).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan (2024).
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (2015).
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan (2024).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan. (2014).

Internet/Media Online

- Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi. (2026). "Mensos Jelaskan Alasan Penonaktifan 13,5 Juta PBI JKN, Reaktivasi Dibuka". Diakses dari [Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi - Mensos Jelaskan Alasan Penonaktifan 13,5 Juta PBI JKN, Reaktivasi Dibuka](#), pada 6 Maret 2026, pukul 10.05 WIB.

- Kementerian Sosial. (2026). “Mensos Gus Ipul: Pemutakhiran DTSEN Kunci Akurasi Bansos dan Program Pemberdayaan”. Diakses dari [Mensos Gus Ipul: Pemutakhiran DTSEN Kunci Akurasi Bansos dan Program Pemberdayaan](#), pada 5 Maret 2026, pukul 10.15 WIB.
- Kementerian Sosial. (2026). “Para Menteri, BPJS, BPS Duduk Bersama Bahas Transisi PBI”. Diakses dari [Para Menteri, BPJS, BPS Duduk Bersama Bahas Transisi PBI](#), pada 6 Maret 2026, pukul 09.39 WIB.
- Kementerian Sosial. (2026). “Pengalihan Penerima BPJS PBI-JK, Gus Ipul: Agar Lebih Tepat Sasaran”. Diakses dari [Pengalihan Penerima BPJS PBI-JK, Gus Ipul: Agar Lebih Tepat Sasaran](#), pada 6 Maret 2026, pukul 09.45 WIB.
- Komunitas Pasien Cuci Darah Indonesia. (2026). “Pasien Cuci Darah Sempat Terdampak, Pemutakhiran Data BPJS PBI Diminta Objektif”. Diakses dari [Pasien Cuci Darah Sempat Terdampak, Pemutakhiran Data BPJS PBI Diminta Objektif | KBR.ID - Terpercaya, membuka perspektif](#), pada 6 Maret 2026, pukul 09.50 WIB.
- Tempo. (2026). “Purbaya: Penonaktifan 11 Juta Peserta BPJS Bikin Rugi”. Diakses dari [Purbaya: Penonaktifan 11 Juta Peserta BPJS Bikin Rugi | tempo.co](#), pada 12 Februari 2026, pukul 09.31 WIB.
- Bachtiar, A. (2026). “OPINI: Penonaktifan 11,17 Juta Peserta PBI: Antara Pembenahan Data dan Hak Kesehatan Warga”. Diakses dari <https://fkm.ui.ac.id/opini-penonaktifan-1117-juta-peserta-pbi-antara-pembenahan-data-dan-hak-kesehatan-warga/>, pada 2 Mei 2026, pukul 14.30 WIB.

Wawancara

- Pengurus RT 04/RW 001, Kelurahan Cipinang, Kecamatan Pulogadung, Jakarta Timur. Wawancara pada 06 Mei 2026.
- Tony Richard Samosir, Ketua Umum Komunitas Pasien Cuci Darah Indonesia. Wawancara pada 07 Mei 2026.
- Timboel Siregar, Ketua BPJS Watch. Wawancara pada 20 Mei 2026.

Diskusi Publik

- Dr. Donni Hendrawan, M.P.H, AAAK. [Deputi Direksi Bidang Kebijakan dan Data Kepesertaan BPJS Kesehatan]. (27 Maret 2026). Paparan dalam diskusi daring “Policy Talks” The Indonesian Institute tentang “PBI BPJS Kesehatan Dinonaktifkan: Apa Dampaknya Untuk Kita?”.

Profil Penulis

Made Natasya Restu Dewi Pratiwi – Peneliti Bidang Sosial

Made Natasya Restu Dewi Pratiwi (Natasya) adalah Peneliti Bidang Sosial The Indonesian Institute, Center for Public Policy Research. Natasya lulus dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) tahun 2024 dengan menyelesaikan konsentrasi epidemiologi. Fokus isu yang digelutinya adalah di bidang kesehatan masyarakat, kesehatan reproduksi, kesetaraan gender, pendidikan, krisis iklim, dan SDGs (*Sustainable Development Goals*). Sebelum bergabung dengan TII, Natasya aktif berkegiatan di bidang advokasi, penelitian, dan pengabdian masyarakat.



Penelitian dan penulisan kajian Natasya pernah didiseminasikan pada program Gerakan Universitas Indonesia Mengajar X (isu pendidikan di tahun 2020), Badan Eksekutif Mahasiswa Ikatan Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (isu perokok anak, COVID-19, BPJS Kesehatan, dan limbah PLTU di tahun 2021), PIK-R Rumah Panda FKM UI (isu pernikahan anak dan kekerasan seksual di tahun 2021), FKM UI Peduli 18 (isu *stunting* di tahun 2022), 2030 Youth Force Indonesia (isu krisis iklim, *Meaningful and Inclusive Youth Participation*, dan pernikahan anak di tahun 2023), magang Pilar Sosial Sekretariat Nasional SDGs Bappenas (pembuatan Laporan Tahunan SDGs di tahun 2023), dan magang Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (pembuatan analisis program eliminasi kanker serviks di tahun 2023).

Natasya terpilih sebagai Junior Research Consultant melalui pendanaan hibah penelitian terkait krisis iklim (2024) yang diberikan oleh Yayasan Humanis Indonesia, Teens Go Green Indonesia, dan Ecoxyztem. Melalui hibah tersebut, Natasya meneliti tentang gambaran dampak krisis iklim terhadap manajemen kebersihan menstruasi pada perempuan usia 10-45 tahun di Pulau Pari.

Profil Lembaga



The Indonesian Institute, Center for Public Policy Research (TII) adalah lembaga penelitian kebijakan publik yang resmi didirikan sejak 21 Oktober 2004 oleh sekelompok aktivis dan intelektual muda yang dinamis. TII merupakan lembaga yang independen, nonpartisan, dan nirlaba yang sumber dana utamanya berasal dari hibah dan sumbangan dari yayasan-yayasan, perusahaan-perusahaan, dan perorangan.

TII bertujuan untuk menjadi pusat penelitian utama di Indonesia untuk masalah-masalah kebijakan publik dan berkomitmen untuk memberikan sumbangan kepada debat-debat kebijakan publik dan memperbaiki kualitas pembuatan dan hasil-hasil kebijakan publik lewat penerapan tata kelola pemerintahan yang baik dan partisipasi masyarakat dalam proses kebijakan di Indonesia.

Visi TII adalah terwujudnya kebijakan publik yang menjunjung tinggi kebebasan, hak asasi manusia, serta melibatkan partisipasi beragam pemangku kepentingan dan menerapkan prinsip-prinsip tata kelola pemerintahan yang baik dan demokratis.

Misi TII adalah untuk melaksanakan penelitian yang dapat diandalkan, independen, dan nonpartisan, serta menyalurkan hasil-hasil penelitian kepada para pembuat kebijakan, kalangan bisnis, dan masyarakat sipil dalam rangka memperbaiki kualitas kebijakan publik di Indonesia.

TII juga mempunyai misi untuk mendidik masyarakat dalam masalah-masalah kebijakan yang mempengaruhi hajat hidup mereka. Dengan kata lain, TII memiliki posisi mendukung proses demokratisasi dan reformasi kebijakan publik, serta mengambil bagian penting dan aktif dalam proses itu.

Ruang lingkup penelitian dan kajian kebijakan publik yang dilakukan oleh TII meliputi bidang ekonomi, sosial, politik, dan hukum. Kegiatan utama yang dilakukan dalam rangka mencapai visi dan misi TII antara lain adalah penelitian, survei, fasilitasi dan advokasi melalui pelatihan dan kelompok kerja (*working group*), diskusi publik, pendidikan publik, penulisan editorial mingguan (Wacana), penerbitan kajian bulanan (Update Indonesia dalam bahasa Indonesia dan The Indonesian Update, dalam Bahasa Inggris), forum diskusi bulanan (The Indonesian Forum), kajian kebijakan tengah tahun (Policy Assessment), diskusi daring berkala (Policy Talks dan Initiative!), *podcast* Ngobrol Kebijakan (Ngobi), konten kreatif di media sosial, serta laporan tahunan (Indonesia Report).

**Jl. HOS Cokroaminoto No. 92
Menteng – Jakarta Pusat 10310
021-315 8032
contact@theindonesianinstitute.com
www.theindonesianinstitute.com**