

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Reaktivasi JKN – PBI

2.1.1 Kerentanan yang Dirasakan

Persepsi kerentanan yang dialami seseorang dapat mempengaruhi keikutsertaan pada program JKN. Dalam penelitian yang dilakukan Prakoso (2020) menyatakan masyarakat yang memiliki penilaian mengenai kerentanan yang tinggi terhadap suatu penyakit meningkatkan kemungkinan seseorang tersebut untuk mengikuti program JKN. Sehingga semakin tinggi risiko sakit yang dirasakan, semakin besar motivasi untuk melakukan reaktivasi JKN. Jika individu merasa sehat dan kebal, motivasi reaktivasi akan rendah. Intervensi promosi kesehatan harus menekankan bahwa kebutuhan JKN dapat muncul mendadak tanpa memandang usia (Prakoso, 2020).

Aspek pengukuran dalam penelitian ini didasari pada jawaban responden terhadap butir pernyataan kuesioner mengenai komponen *perceived severity* (keparahan yang dirasakan). Menurut Sugiyono (2020) skala likert adalah skala yang dikembangkan oleh likert untuk dapat mengetahui derajat kepastian dalam suatu penelitian, dengan format (Sugiyono, 2020):

1. Sangat tidak setuju (STS), skor = 1
2. Tidak setuju (TS), skor = 2
3. Netral (N), skor = 3
4. Setuju (S), skor = 4
5. Sangat setuju (SS), skor = 5

Perceived susceptibility (kerentanan yang dirasakan) di kelompokkan menjadi dua kategori, yaitu :

1. Rendah : jika skor < nilai *median / mean*
2. Tinggi : jika skor $\geq$ nilai *median / mean*

2.1.2 Keparahan yang Dirasakan

Keparahan yang dirasakan mengacu pada penilaian individu tentang seberapa parah suatu penyakit. Ini mencakup evaluasi terhadap konsekuensi medis seperti kematian atau kecacatan, serta dampak sosial. Dalam konteks Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), konstruk ini merujuk pada persepsi subjektif individu mengenai seberapa parah konsekuensi, baik fisik maupun sosial-ekonomi, yang mungkin diderita jika mereka sakit parah saat kepesertaan JKN nonaktif. Semakin tinggi keyakinan bahwa biaya pengobatan tanpa JKN dapat menyebabkan kebangkrutan, semakin besar dorongan untuk mereaktivasi JKN.. Hal ini dikuatkan oleh penelitian Jaksa (2023) persepsi keparahan memiliki hubungan signifikan dengan keikutsertaan program JKN (Jaksa et al., 2023).

Aspek pengukuran dalam penelitian ini didasari pada jawaban responden terhadap butir pernyataan kuesioner mengenai komponen *perceived severity* (keparahan yang dirasakan). Aspek pengukuran dalam penelitian ini didasari pada jawaban responden terhadap butir pernyataan kuesioner mengenai komponen *perceived barriers* (hambatan yang dirasakan). Menurut Sugiyono (2020) skala likert adalah skala yang dikembangkan oleh likert untuk dapat mengetahui derajat kepastian dalam suatu penelitian. Dalam skala likert terdapat pilihan skala dengan format (Sugiyono, 2020):

1. Sangat tidak setuju (STS), skor = 1
2. Tidak setuju (TS), skor = 2
3. Netral (N), skor = 3
4. Setuju (S), skor = 4
5. Sangat setuju (SS), skor = 5

Perceived severity (keparahan yang dirasakan) di kelompokkan menjadi dua kategori, yaitu :

1. Rendah : jika skor < nilai *median / mean*
2. Tinggi : jika skor $\geq$ nilai *median / mean*

2.1.3 Manfaat yang Dirasakan

Manfaat yang dirasakan apabila melakukan perilaku sehat. Manfaat ini adalah persepsi individu tentang keuntungan dan dari mengikuti atau melakukan reaktivasi program JKN. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Prakoso (2020) dimana pada penelitian tersebut menyatakan masyarakat yang memiliki persepsi manfaat program JKN yang tinggi dapat memungkinkan meningkatkan partisipasi kepesertaan JKN dibandingkan masyarakat yang memiliki persepsi manfaat JKN yang rendah. Hal itu sejalan dengan keputusan reaktivasi JKN -PBI sehingga keputusan reaktivasi akan diambil jika individu yakin bahwa manfaat (perlindungan finansial, akses layanan optimal) lebih besar daripada hambatannya (Prakoso, 2020).

Aspek pengukuran dalam penelitian ini didasari pada jawaban responden terhadap butir pernyataan kuesioner mengenai komponen *perceived severity* (keparahan yang dirasakan). Skala Pengukuran kinerja pegawai peneliti

menggunakan skala likert. Menurut Sugiyono (2020) skala likert adalah skala yang dikembangkan oleh likert untuk dapat mengetahui derajat kepastian dalam suatu penelitian. Dalam skala likert terdapat pilihan skala dengan format (Sugiyono, 2020):

1. Sangat tidak setuju (STS), skor = 1
2. Tidak setuju (TS), skor = 2
3. Netral (N), skor = 3
4. Setuju (S), skor = 4
5. Sangat setuju (SS), skor = 5

Perceived benefit (manfaat yang dirasakan) di kelompokkan menjadi dua kategori, yaitu :

1. Rendah : jika $<$ nilai *median / mean*
2. Tinggi : jika skor $\geq$ nilai *median / mean*

2.1.4 Hambatan yang Dirasakan

Rendahnya angka reaktivasi kepesertaan Peserta Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) didorong oleh dua faktor utama administratif, kegagalan dalam pemenuhan dan pemutakhiran Nomor Induk Kependudukan (NIK) syarat utama penetapan status PBI JK menjadi akar masalah, terutama karena kurangnya sosialisasi. Beban ini diperparah oleh kerumitan administrasi dokumen persyaratan sehingga menghabiskan waktu terbuang di kantor Dinas Sosial (Dinsos) untuk mengurus perbaikan data (Irawati et al., 2024). Selain itu aspek geografis sering kali menjadi tantangan utama, diukur dari faktor seperti jarak, lamanya perjalanan,

dan biaya transportasi, yang dapat menghalangi upaya seseorang untuk menjangkau lokasi reaktivasi administrasi maupun fasilitas kesehatan (Azeril et al., 2025).

Aspek pengukuran dalam penelitian ini didasari pada jawaban responden terhadap butir pernyataan kuesioner mengenai komponen *perceived barriers* (hambatan yang dirasakan). Menurut Sugiyono (2020) skala likert adalah skala yang dikembangkan oleh likert untuk dapat mengetahui derajat kepastian dalam suatu penelitian. Dalam skala likert terdapat pilihan skala dengan format (Sugiyono, 2020):

1. Sangat tidak setuju (STS), skor = 1
2. Tidak setuju (TS), skor = 2
3. Netral (N), skor = 3
4. Setuju (S), skor = 4
5. Sangat setuju (SS), skor = 5

Perceived barriers (hambatan yang dirasakan) di kelompokkan menjadi dua kategori, yaitu :

1. Rendah : jika skor < nilai *median / mean*
2. Tinggi : jika skor $\geq$ nilai *median / mean*

2.1.5 Isyarat Bertindak

Dalam konteks perilaku kesehatan, isyarat untuk bertindak adalah sinyal yang mendorong seseorang untuk melakukan tindakan pencegahan atau pengobatan. Sinyal ini bisa berupa pesan dari media, nasihat dari keluarga, atau faktor-faktor

sosial demografis seperti pendidikan, lingkungan, dan budaya. *Cues to Action* merupakan faktor internal maupun eksternal yang merangsang individu untuk mau berperilaku sehat (Becker & Janz, 1984). Isyarat ini menjadi pemicu tindakan reaktivasi, meliputi:

- a) Pesan komunikasi massa dan regulasi : Adanya aturan atau regulasi yang mengatur terkait reaktivasi JKN -PBI mengenai pentingnya reaktivasi JKN-PBI. Isyarat ini memberikan dasar hukum dan urgensi dari tindakan yang harus diambil seperti adanya surat pemberitahuan reaktivasi peserta PBI-JK (Nasrudin, 2025).
- b) Pengalaman Orang Terdekat: Melihat pengalaman orang terdekat yang sakit dan menghadapi kesulitan biaya akibat kartu JKN non-aktif menjadi acuan yang sangat kuat, memicu kesadaran akan risiko finansial yang mengancam jika reaktivasi diabaikan/ Pada penelitian sebelumnya menyatakan bahwa keluarga yang sangat peduli dan memperhatikan kondisi anggota keluarganya sehingga cenderung untuk mendukung keikutsertaan dalam JKN. Adanya dukungan baik secara moril dan materiil menunjukkan bahwa keluarga responden sangat peduli dan memperhatikan kondisi anggota keluarganya sehingga cenderung untuk mendukung keikutsertaan dalam JKN. (Cahyadi & Ismainar, 2024).

Aspek pengukuran dalam penelitian ini didasari pada jawaban responden terhadap butir pernyataan kuesioner mengenai komponen *cues to action* (isyarat bertindak). Skala Pengukuran kinerja pegawai peneliti menggunakan skala likert. Menurut Sugiyono (2020) skala likert adalah skala yang dikembangkan oleh likert

untuk dapat mengetahui derajat kepastian dalam suatu penelitian. Dalam skala likert terdapat pilihan skala dengan format (Sugiyono, 2020):

1. Sangat tidak setuju (STS), skor = 1
2. Tidak setuju (TS), skor = 2
3. Netral (N), skor = 3
4. Setuju (S), skor = 4
5. Sangat setuju (SS), skor = 5

Cues to action (isyarat bertindak) di kelompokkan menjadi dua kategori, yaitu :

1. Rendah : jika $<$ nilai *median / mean*
2. Tinggi : jika skor $\geq$ nilai *median / mean*

2.1.6 Keyakinan Diri

Keyakinan ini merujuk pada keyakinan individu tentang kemampuan mereka untuk melakukan suatu tindakan atau mencapai suatu tujuan. Individu yang memiliki *self-efficacy* yang tinggi akan lebih percaya diri untuk melakukan suatu tindakan. Kepercayaan diri memiliki pengaruh yang kuat terhadap kepesertaan JKN, terutama dalam hal kemampuan diri seseorang untuk berhasil mengikuti dan melalui proses reaktivasi JKN. Berdasarkan penelitian Ulfah (2022) menemukan bahwa faktor-faktor seperti kurangnya literasi asuransi kesehatan, kualitas layanan kesehatan yang tidak memadai, dan prosedur administrasi yang rumit (semuanya adalah aspek pengalaman) memengaruhi rendahnya pendaftaran JKN (Ulfah et al., 2022).

Aspek pengukuran dalam penelitian ini didasari pada jawaban responden terhadap butir pernyataan kuesioner mengenai komponen *cues to action* (isyarat bertindak). Skala Pengukuran kinerja pegawai peneliti menggunakan skala likert. Menurut Sugiyono (2020) skala likert adalah skala yang dikembangkan oleh likert untuk dapat mengetahui derajat kepastian dalam suatu penelitian. Dalam skala likert terdapat pilihan skala dengan format (Sugiyono, 2020):

1. Sangat tidak setuju (STS), skor = 1
2. Tidak setuju (TS), skor = 2
3. Netral (N), skor = 3
4. Setuju (S), skor = 4
5. Sangat setuju (SS), skor = 5

Self-efficacy (keyakinan diri) di kelompokkan menjadi dua kategori, yaitu :

1. Rendah : jika skor < nilai *median / mean*
2. Tinggi : jika skor $\geq$ nilai *median / mean*

2.2 Proses Reaktivasi

2.2.1 Definisi Reaktivasi

Secara etimologi, kata Reaktivasi berasal dari kata dasar aktif yang mendapatkan awalan re (kembali) dan akhiran asi (proses). Oleh karena itu, Reaktivasi secara umum didefinisikan sebagai proses atau upaya untuk mengaktifkan kembali, memfungsikan kembali, atau mengembalikan suatu sistem, status, akun, atau entitas kondisi operasional setelah mengalami periode inaktivitas, penangguhan, atau penghentian sementara. Konsep ini berfokus pada mekanisme

pemulihan yang bertujuan menjaga keberlanjutan fungsi yang terhenti hal termasuk dalam reaktivasi JKN PBI yang mana pencoretan ini menjadikan kepesertaan JKN mengalami inaktivitas, penangguhan, atau penghentian sementara (KBBI, 2025).

Maka reaktivasi kepesertaan JKN-PBI adalah suatu proses atau upaya administratif yang bertujuan untuk mengaktifkan kembali status kepesertaan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi segmen Penerima Bantuan Iuran (PBI), yang sebelumnya telah dinonaktifkan (dicoret) dari daftar penerima bantuan oleh Kementerian Sosial. Proses ini secara fundamental dilakukan untuk memulihkan hak peserta agar kembali memperoleh manfaat sesuai kebutuhan dasar kesehatan, dan para penerima JKN PBI merupakan peserta yang memang membutuhkan dan merupakan masyarakat kurang mampu yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan, sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan (Pratikno, 2024).

2.2.2 Tujuan Reaktivasi

Tujuan dari adanya reaktivasi JKN-PBI untuk memulihkan hak konstitusional peserta agar dapat kembali mengakses layanan kesehatan yang sempat terputus. Melalui proses ini, peserta yang telah dinonaktifkan dipastikan berhak lagi memperoleh manfaat sesuai dengan Kebutuhan Dasar Kesehatan (KDK). Hal ini merupakan implementasi dari Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024, dimana setiap peserta tanpa terkecuali berhak mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dan fasilitas Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Dengan demikian, reaktivasi bukan sekadar prosedur administratif, melainkan upaya negara untuk memastikan bahwa

standar pelayanan kesehatan terpenuhi bagi masyarakat yang membutuhkan (Pratikno, 2024).

Aspek administrasi data, memiliki peran krusial untuk mewujudkan tujuan dari adanya reaktivasi peserta PBI adalah untuk memastikan bahwa alokasi iuran yang dibayarkan pemerintah tetap sasaran dan dapat dikelola dengan baik, akuntabel, dan berkelanjutan, sebagaimana ditegaskan dalam Peraturan Menteri Sosial Nomor 3 Tahun 2021 tentang pengelolaan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS). Dengan demikian, proses verifikasi data ulang yang menjadi inti reaktivasi bertujuan untuk memastikan bahwasanya hanya individu yang terbukti layak miskin atau rentan miskin dengan kategori deski 1-5 berdasarkan hasil verifikasi data sehingga kepesertaan JKN PBI dapat diaktifkan kembali (Rismaharani, 2021).

2.2.3 Langkah – langkah Reaktivasi

Proses reaktivasi terletak pada pembaruan data dan verifikasi kelayakan. Reaktivasi hanya dapat dilakukan setelah individu tersebut memastikan bahwa datanya telah diverifikasi dan divalidasi ulang untuk membuktikan kelayakan sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI). Landasan Regulasi Data Proses pengelolaan data yang menjadi acuan reaktivasi diatur dalam Peraturan Menteri Sosial Nomor 3 Tahun 2021 tentang Pengelolaan DTKS. Reaktivasi terjadi karena adanya dinamika DTKS (Pencoretan, Penambahan, Perubahan). Individu yang dicoret harus mengajukan verifikasi data ke instansi terkait yaitu Dinas Sosial terkait agar datanya dapat diperbarui dan diajukan kembali ke dalam DTKS. Berikut langkah – langkahnya (Nasrudin, 2025) :

1. Hubungi BPJS Kesehatan: Langkah awal adalah menghubungi BPJS Kesehatan Care Center 165 atau Chat Assistant JKN (CHIKA) untuk mengetahui status kepesertaan Anda.
2. Laporkan ke Dinas Sosial (Dinsos): Jika status nonaktif, peserta wajib melaporkan ke Dinas Sosial setempat dengan membawa dokumen kependudukan (Kartu JKN-KIS, Kartu Keluarga, KTP-Elektronik dan Surat Keterangan Medis yang memuat diagnosis (Surat Rujukan, Keterangan Kontrol dll).
3. Pengecekan persyaratan : Pengecekan baik dokumen persyaratan dan termasuk pengecekan kriteria penerima JKN-PBI dari mulai kriteria masyarakat kategori desil 1-5, keterangan NIK dan KK valid (DTSEN) tidak terindikasi judol (PPATK) namun bagi kategori desil 6-10 bisa mengajukan dengan syarat & ketentuan (Dinsos, 2025).
4. Proses Reaktivasi: BPJS Kesehatan akan memproses reaktivasi berdasarkan rekomendasi dari Dinsos lama proses reaktivasi 1 hingga 7 hari kerja.
5. Status Aktif Kembali: Setelah aktif, kartu JKN dapat digunakan kembali di fasilitas kesehatan pertama atau rumah sakit.

2.2.4 Pengukuran Proses Reaktivasi

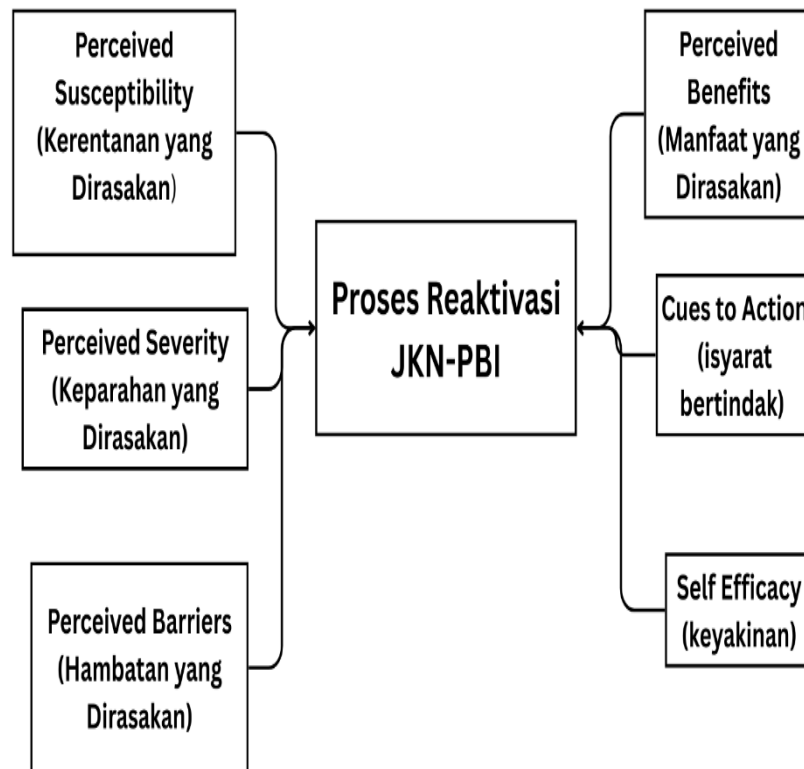
Pengukuran variabel reaktivasi dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang berisi sejumlah pernyataan untuk mengukur pengetahuan dan tindakan responden mengenai prosedur pengaktifan kembali kartu JKN-PBI. Indikator ini mencakup pemahaman mengenai tujuan reaktivasi serta langkah-langkah reaktivasi (pengecekan status melalui kanal BPJS, pelaporan ke Dinas Sosial, penggunaan sistem DTSEN, dan pemenuhan syarat dokumen). Aspek pengukuran dalam

penelitian ini didasari pada jawaban responden terhadap pernyataan dalam kuesioner dengan pilihan jawaban "Ya" atau "Tidak". Kategori hasil dibagi menjadi dua tingkatan berdasarkan nilai rata-rata (*mean*) sebagai berikut (Sugiyono, 2020):

1. Rendah : jika skor $\geq median / mean$
2. Tinggi : jika skor $< median / mean$

Kategori ini digunakan agar hasil penelitian dapat menunjukkan tingkat pemahaman responden dalam memahami prosedur reaktivasi kepesertaan JKN-PBI sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

2.3 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

(Sumber : Modifikasi teori *Health Belief Model* dan penelitian Prakaso et.al (2020) Jaksa et.al (2023) Irawati et al., (2019), Romy et al., (2025), Ulfah et.al (2020))

2.4 Konsep Teori *Health Belief Model* (HBM)

2.4.1 Definisi *Health Belief Model*

Health Belief Model (HBM) adalah model psikologis yang dikembangkan untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan individu. Model ini berfokus pada keyakinan dan persepsi individu tentang risiko kesehatan, manfaat tindakan pencegahan, dan hambatan yang mungkin mereka hadapi (Nurmawi, 2025). *Health Belief Model* (HBM) merupakan teori penting dalam perilaku kesehatan yang pertama kali dikemukakan oleh Resenstock pada tahun 1966, dan kemudian disempurnakan oleh Becker tahun 1970 dan 1980. Teori ini adalah model kognitif yang dapat digunakan untuk panduan promosi kesehatan, yang kemudian berhasil diperluas untuk mengidentifikasi penggunaan layanan kesehatan dan kepatuhan medis (Glanz, 2008).

2.4.2 Komponen *Health Belief Model*

Model Health Belief Model (HBM) berkembang pesat pada tahun 1950-an dalam berbagai program kesehatan masyarakat, meskipun dengan tingkat keberhasilan yang bervariasi. Ketika individu memutuskan untuk bertindak melawan penyakit, ada empat variabel utama yang berperan, ditambah dua variabel tambahan yang baru-baru ini diidentifikasi. Variabel-variabel tersebut meliputi persepsi kerentanan terhadap penyakit, persepsi keseriusan penyakit, persepsi manfaat dari tindakan, persepsi hambatan terhadap tindakan, dan faktor-faktor yang memotivasi tindakan tersebut (Rosenstock, 1988) dalam buku (Nurmawi, 2025) Komponen tersebut adalah :

- 1) *Perceived Susceptibility*: keyakinan seseorang tentang kerentanan yang dirasakan berkaitan dengan suatu masalah kesehatan.
- 2) *Perceived Severity*: keyakinan tentang tingkat keparahan yang dirasakan, bahwa suatu masalah kesehatan itu serius dan dapat menimbulkan konsekuensi yang parah.
- 3) *Perceived Benefits* : keyakinan tentang manfaat dan hasil positif yang dirasakan ketika mengambil tindakan untuk meningkatkan kesehatan seseorang.
- 4) *Perceived Barriers* : keyakinan bahwa ada hambatan dalam mengambil tindakan untuk meningkatkan kesehatan seseorang.

Selain 4 komponen inti dari teori HBM dalam perkembangannya ada 2 komponen tambahan dari (Bandura, 1977) yaitu :

- 1) *Cues to Action* : *Cues to Action* (isyarat bertindak) ialah rangsangan yang mendorong seseorang untuk mengambil tindakan untuk meningkatkan kesehatan
- 2) *Self Efficacy* : *Self-efficacy* (keyakinan diri) merujuk pada keyakinan individu tentang kemampuan mereka untuk melakukan suatu tindakan atau mencapai suatu tujuan.

2.5 Konsep Jaminan Kesehatan Nasional

2.5.1 Definisi Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah suatu program yang diselenggarakan pemerintah Indonesia untuk memberikan perlindungan kesehatan bagi seluruh masyarakat, agar memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan

perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Pemerintah Indonesia telah melakukan reformasi besar dalam sistem pembiayaan kesehatan dengan mengimplementasikan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014 melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Masse et al., 2025). Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. (Rumengan, 2024).

Program Jaminan Kesehatan Nasional juga merupakan upaya pemerintah dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Dalam pelaksanaannya, program ini menerapkan konsep asuransi kesehatan sosial yang bersifat universal, di mana keikutsertaan seluruh warga negara Indonesia ditetapkan sebagai kewajiban. Kebijakan ini menjadi langkah strategis yang fundamental untuk menjamin setiap individu memperoleh perlindungan kesehatan yang layak dan menyeluruh (Amelia & Sambo, 2025).

2.5.2 Tujuan Jaminan Kesehatan

Tujuan utama dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah memberikan perlindungan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan secara adil dan merata, sesuai dengan amanat Pasal 34 ayat (2) UUD 1945. Program ini didasarkan pada UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS dan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan. Program ini wajib bagi seluruh warga negara, tanpa terkecuali, dengan tujuan untuk memastikan setiap individu memiliki akses terhadap layanan perawatan dan perlindungan kesehatan yang diperlukan. Kebutuhan dasar

kesehatan mencakup layanan kesehatan esensial, termasuk upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, hingga paliatif (Purwaningsih et al., 2024). Secara lebih khusus JKN bertujuan untuk (Pramono, 2025):

1. Menyediakan perlindungan kesehatan universal memberikan akses pelayanan kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat Indonesia.
2. Mengurangi beban ekonomi akibat penyakit penyakit sering kali menjadi penyebab utama kemiskinan karena biaya pengobatan yang tinggi.
3. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui cakupan pelayanan kesehatan yang luas, JKN diharapkan dapat meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Akses yang lebih baik ke layanan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif mendukung terciptanya masyarakat yang lebih sehat dan produktif.
4. Mendorong keadilan sosial dalam kesehatan dengan subsidi pemerintah untuk kelompok rentan, JKN memastikan tidak ada perbedaan perlakuan dalam akses pelayanan kesehatan.
5. Mendukung stabilitas ekonomi nasional Program JKN membantu mencegah masyarakat jatuh ke dalam kemiskinan akibat biaya kesehatan yang besar.

2.5.3 Prinsip Program JKN

Dalam menjalankan proses kegiatannya program JKN memiliki 9 prinsip yang dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang SJSN pasal 4, yaitu:

1. Kegotong-royongan adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya.
2. Nirlaba adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.
3. Keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.
4. Kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.
5. Akuntabilitas adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
6. Portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
7. Kepesertaan wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.
8. Dana amanat adalah bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial.

9. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional adalah hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

2.5.4 Kriteria Penerima Jaminan Kesehatan Nasional

Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada dasarnya adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk masuk Warga Negara Asing (WNA) yang telah bekerja minimal enam bulan serta telah mendaftarkan diri sebagai peserta. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024, setiap peserta yang terdaftar memperoleh manfaat pelayanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional serta Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Venosia et al., 2022). Dalam pelaksanaannya, JKN dikelola oleh BPJS Kesehatan dengan membagi kepesertaan ke dalam beberapa kategori. Secara garis besar, kriteria penerima JKN meliputi:

1. Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Peserta yang iurannya ditanggung oleh pemerintah, baik pemerintah pusat maupun daerah. PBI diperuntukkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu sesuai data terpadu kesejahteraan sosial (DTKS) yang diverifikasi oleh Kementerian Sosial. Peserta PBI memiliki hak atas seluruh manfaat JKN, termasuk pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL).
2. Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI) Pekerja Penerima Upah (PPU) mencakup pegawai negeri sipil, anggota TNI/Polri, pegawai

BUMN/BUMD, serta pekerja swasta yang menerima gaji dari pemberi kerja. Iuran JKN dibayarkan bersama oleh pemberi kerja dan pekerja sesuai ketentuan yang berlaku.

3. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau peserta mandiri, yaitu pekerja yang tidak menerima gaji tetap, seperti pedagang, petani, nelayan, serta pekerja sektor informal. Iuran ditanggung penuh oleh peserta sesuai dengan kelas perawatan yang dipilih.
4. Bukan Pekerja (BP) mencakup individu yang tidak bekerja tetapi mampu membayar iuran secara mandiri, seperti investor, pensiunan, atau warga negara asing yang memenuhi syarat kepesertaan.

Kriteria penerima program jaminan kesehatan dirancang bersifat universal dan inklusif, mencakup seluruh lapisan masyarakat. Pemanfaatan JKN tidak selalu sesuai dengan target sasaran, ketidakakuratan data sering kali menyebabkan bantuan JKN-PBI tidak tepat sasaran, di mana warga miskin tercoret sementara warga yang lebih mampu justru terdaftar. Oleh karena itu, Kementerian Sosial kini menggunakan Data Tunggal Sosial dan Ekonomi Nasional (DTSEN) sebagai standar tunggal dalam mengukur kriteria penilaian penerima bantuan. Langkah ini bertujuan untuk menyatukan berbagai sumber data yang berbeda agar parameter kemiskinan menjadi seragam, sehingga proses penonaktifan maupun reaktivasi peserta PBI JKN benar-benar didasarkan pada kondisi riil masyarakat di lapangan (Purba et.al, 2025)

2.5.5 Pemanfaatan Kartu JKN

Pemanfaatan kartu JKN dapat dikategorikan tinggi apabila peserta sering menggunakan kartu tersebut untuk mengakses berbagai jenis layanan kesehatan, baik layanan promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Peserta dengan pemanfaatan tinggi biasanya rutin menggunakan kartu JKN, misalnya untuk pemeriksaan pengobatan penyakit ringan maupun rujukan ke rumah sakit ketika diperlukan. Selain itu, pemanfaatan tinggi juga ditandai dengan pemahaman yang baik mengenai prosedur, serta tidak adanya hambatan berarti seperti akses yang jauh atau penolakan layanan. Tingginya pemanfaatan ini menunjukkan bahwa peserta merasakan manfaat langsung dari program JKN dan cenderung merasa puas dengan layanan yang diterima (Venosia et al., 2022).

Sebaliknya, pemanfaatan kartu JKN dapat dikategorikan rendah apabila peserta jarang atau bahkan tidak pernah menggunakan kartu tersebut meskipun telah terdaftar sebagai peserta. Kondisi ini dapat terlihat dari kecenderungan peserta hanya memanfaatkan JKN pada keadaan darurat atau saat sakit berat, sementara untuk kebutuhan kesehatan sehari-hari memilih berobat mandiri, membeli warung, atau menggunakan layanan swasta dengan biaya pribadi. Pemanfaatan rendah juga dapat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan mengenai prosedur penggunaan kartu, terbatasnya fasilitas kesehatan, lamanya waktu tunggu, atau pengalaman buruk dengan tenaga kesehatan yang membuat peserta enggan memanfaatkan layanan. Hal ini mencerminkan adanya hambatan baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas layanan yang menyebabkan peserta tidak memaksimalkan haknya dalam program JKN (Venosia et al., 2022).

