E-ISSN: 3025-0994
Halaman 275-287
Volume 4 Nomor 4 Tahun 2026

Risiko Perubahan Status PBI JKN dan Kesinambungan Perlindungan Kesehatan di Kabupaten Cirebon

Tina Oktariani

Badan Perencanaan Pembangunan Riset dan Inovasi Daerah Kabupaten Cirebon
e-mail: tina@gmail.com

Abstrak

Perubahan status kepesertaan Penerima Bantuan Iuran dalam Jaminan Kesehatan Nasional dapat menciptakan jeda administratif antara cakupan kepesertaan dan perlindungan kesehatan efektif bagi masyarakat miskin. Penelitian ini bertujuan menganalisis struktur risiko perubahan status kepesertaan di Kabupaten Cirebon, membandingkan alternatif kebijakan, dan mengidentifikasi alternatif dengan kesesuaian analitis tertinggi untuk menjaga kesinambungan perlindungan kesehatan. Penelitian menggunakan desain analisis kebijakan berbasis studi dokumen dan data sekunder yang bersumber dari regulasi, dokumen pemerintah daerah, data statistik, dan literatur empiris. Diagnosis masalah menggunakan struktur isu, masalah, akar masalah, dan penilaian Urgency, Seriousness, and Growth. Tiga alternatif selanjutnya dinilai melalui Model Logika, analisis efektivitas biaya awal, analisis Risiko Pembangunan, dan analisis Penentuan Kebijakan. Hasil diagnosis menunjukkan rantai risiko berupa perubahan klasifikasi kesejahteraan dalam Data Tunggal Sosial dan Ekonomi Nasional, ketidaksesuaian identitas kependudukan, dan proses reaktivasi lintas institusi. Alternatif respons cepat reaktivasi memperoleh nilai Model Logika 9,50, indeks efektivitas biaya awal 9,20, indeks risiko 63, dan nilai Penentuan Kebijakan 9,25. Temuan menunjukkan bahwa pengelolaan reaktivasi berbasis kasus memiliki kesesuaian analitis tertinggi di antara alternatif yang dinilai. Implikasi kebijakannya mencakup pencatatan kasus yang tertelusur, penanggung jawab kasus, standar waktu internal, koordinasi lintas institusi, dan pemantauan. Hasil penelitian merupakan penilaian awal karena data biaya aktual, volume kasus, waktu respons, dan pembobotan pemangku kepentingan belum tersedia.

Kata Kunci: Beban Administratif; Jaminan Kesehatan Nasional; Kesinambungan Perlindungan; Reaktivasi Bantuan Iuran; Analisis Kebijakan

Abstract

Changes in contribution-assistance membership status within Indonesia's National Health Insurance can create an administrative gap between nominal coverage and effective health protection for poor households. This study aimed to analyze the risk structure of membership-status changes in Cirebon Regency, compare policy alternatives, and identify the alternative with the strongest analytical fit for maintaining continuity of health protection. The study used

a policy-analysis design based on document review and secondary evidence from regulations, local government documents, statistical data, and relevant empirical literature. Problem diagnosis applied an issue, problem, and root-cause framework and Urgency, Seriousness, and Growth assessment. Three alternatives were then assessed using a logic model, preliminary cost-effectiveness analysis, development-risk analysis, and policy-determination analysis. The diagnosis identified welfare-classification changes in the national socioeconomic database, population-identity discrepancies, and cross-institutional reactivation procedures as the central risk chain. The rapid-response reactivation alternative obtained a logic-model score of 9.50, a preliminary cost-effectiveness index of 9.20, a risk index of 63, and a policy-determination score of 9.25. The findings indicate that case-based reactivation management has the strongest analytical fit among the assessed alternatives. Its policy implication is the development of traceable case registration, designated case responsibility, internal service-time standards, cross-institutional coordination, and monitoring. The results remain an initial policy assessment because actual cost, case-volume, response-time, and stakeholder-weighting data were unavailable.

Keywords : Administrative Burden; Health Protection Continuity; National Health Insurance; PBI Reactivation; Policy Analysis

LATAR BELAKANG

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan instrumen perlindungan kesehatan dan finansial bagi penduduk Indonesia. Bagi masyarakat miskin, keberlanjutan status kepesertaan memiliki arti penting karena kerentanan ekonomi dapat memperbesar konsekuensi pengeluaran kesehatan. Literatur yang digunakan dalam policy paper menunjukkan bahwa kepesertaan JKN berkaitan dengan perlindungan finansial dan pemanfaatan pelayanan, sedangkan konsep coverage continuity dan insurance churn mengarahkan perhatian pada kesinambungan status perlindungan, bukan sekadar pencatatan kepesertaan (Sparrow, Suryahadi, and Widyanti 2013; Erlangga, Ali, and Bloor 2019; Maulana et al. 2022; Shubeck et al. 2025).

Skala kepesertaan di Kabupaten Cirebon memperlihatkan pentingnya persoalan tersebut. Pada 2025 terdapat 2.452.563 penduduk dan 2.451.841 peserta JKN. Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBN mencapai 1.228.816 jiwa dan PBI APBD 393.258 jiwa. Dokumen RPJMD mencatat cakupan JKN sebesar 99,60 persen, sedangkan keaktifan peserta sekitar 73 persen (Pemerintah Kabupaten Cirebon 2025a; 2025b). Pada 2026, jumlah peserta PBI JKN tercatat sekitar 930.687 jiwa, sementara sumber berita yang digunakan policy paper mencatat penonaktifan lebih dari 160.000 peserta pada awal 2026 (Marzuki 2026; Mahardika 2026). Perbedaan antara cakupan administratif dan status aktif memperlihatkan ruang analisis pada kesinambungan perlindungan.

Perubahan konteks data sosial-ekonomi memperkuat dimensi administratif persoalan. Policy paper menempatkan Data Tunggal Sosial dan Ekonomi Nasional (DTSEN) dan Permensos Nomor 3 Tahun 2026 sebagai konteks regulatif utama. Perubahan klasifikasi kesejahteraan hasil pemadanan DTSEN dapat berkaitan dengan posisi seseorang dalam

daftar PBI, sedangkan ketidaksesuaian identitas kependudukan dapat memengaruhi validitas data peserta. Ketika masyarakat masih membutuhkan perlindungan, proses reaktivasi melibatkan tahapan pengajuan, pemeriksaan, pengesahan, dan penetapan lintas institusi (Kementerian Sosial RI 2026).

Konsekuensi persoalan tersebut bersifat administratif, sosial, kelembagaan, dan pelayanan. Keterlambatan informasi status dapat memperpanjang respons administratif; ketidaksesuaian Nomor Induk Kependudukan menambah tahapan pemeriksaan; koordinasi lintas institusi membutuhkan pembagian fungsi yang jelas; sedangkan jeda status aktif berpotensi mengganggu kesinambungan perlindungan saat peserta membutuhkan pelayanan. WHO (2024) yang dirujuk dalam policy paper menempatkan integrasi data dan interoperabilitas sebagai tantangan dalam ekosistem administrasi JKN. Perspektif administrative burden menjelaskan bahwa waktu, dokumen, verifikasi, dan interaksi administratif dapat memengaruhi kemampuan individu memperoleh atau mempertahankan manfaat program (Arbogast, Chorniy, and Currie 2024).

Korpus literatur dalam policy paper memperlihatkan empat kelompok pengetahuan. Kajian JKN di Indonesia membahas perlindungan finansial, pemanfaatan pelayanan, penargetan, dan status aktif (Sparrow, Suryahadi, and Widyanti 2013; Erlangga, Ali, and Bloor 2019; Maulana et al. 2022; Ainy and Pujiyanto 2025). Literatur internasional mengenai churn menelaah kehilangan coverage selama proses pembaruan kelayakan (Dague and Myerson 2024; Shubeck et al. 2025). Literatur administrative burden menyoroti konsekuensi proses administratif terhadap enrollment (Arbogast, Chorniy, and Currie 2024). WHO (2024) memberi konteks tata kelola digital dan interoperabilitas JKN. Sintesis tersebut menempatkan kesinambungan perlindungan sebagai hasil yang dipengaruhi oleh status, data, dan proses administratif. Literatur tambahan memperkuat dua aspek yang relevan dengan penelitian ini: variasi status aktif JKN pada tingkat kabupaten dan hubungan antara beban administratif dengan keberlanjutan partisipasi program. Ainy dan Pujiyanto (2025) menganalisis kepesertaan aktif pada 479 kabupaten/kota, sedangkan Yosalli dan As Shidieq (2022) menunjukkan variasi faktor kepesertaan pada tingkat kabupaten. Studi tentang tren disenrollment juga menunjukkan bahwa perubahan kebijakan pemeliharaan eligibility dapat memengaruhi retensi peserta (Dague et al., 2022).

Research gap artikel ini dibatasi secara ketat pada korpus literatur yang digunakan dalam policy paper. Sumber-sumber tersebut telah menjelaskan hubungan kepesertaan dengan perlindungan finansial dan pemanfaatan layanan, churn pada pembaruan coverage, beban administratif, serta interoperabilitas. Dalam korpus tersebut belum tersedia analisis yang secara terpadu menghubungkan perubahan klasifikasi kesejahteraan berbasis DTSEN, validitas identitas kependudukan, proses reaktivasi PBI lintas institusi, dan perbandingan alternatif kebijakan pada locus Kabupaten Cirebon menggunakan empat instrumen analisis kebijakan. Klaim gap ini merupakan gap dalam bahan sumber penelitian, bukan klaim bibliometrik atas seluruh publikasi yang tersedia. Studi tentang continuity menunjukkan bahwa stabilitas kepesertaan berkaitan dengan kebijakan pembaruan dan mekanisme administratif (Ku and Platt 2022; Dague and Myerson 2024). Literatur administrative burden menunjukkan bahwa penyederhanaan aturan dan pengurangan tuntutan kepatuhan dapat mendukung partisipasi program (Herd, DeLeire, Harvey, and Moynihan 2013; Fox, Stazyk, and Feng 2020;

Fox, Feng, and Reynolds 2023; Bækgaard et al. 2021). Nelson et al. (2023) menemukan bahwa kebijakan continuous coverage mengurangi transisi menuju uninsurance pada orang dewasa, sedangkan Lyu dan Wehby (2024) menemukan penurunan interupsi coverage pada penerima Medicaid selama periode kebijakan continuity.

Novelty artikel terletak pada rekonstruksi rantai analitis data–status–validitas identitas–respons administratif–kesinambungan perlindungan pada konteks PBI JKN Kabupaten Cirebon, kemudian menguji tiga titik intervensi melalui kombinasi Model Logika, analisis efektivitas biaya awal, analisis Risiko Pembangunan, dan analisis Penentuan Kebijakan. Kontribusi ilmiahnya berada pada integrasi perspektif coverage continuity, insurance churn, dan administrative burden ke dalam kerangka perbandingan alternatif kebijakan daerah berbasis kasus, dengan batas bahwa hasil analisis bersifat penilaian awal dan belum menggunakan biaya aktual maupun baseline proses.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis struktur risiko perubahan status kepesertaan PBI JKN bagi masyarakat miskin di Kabupaten Cirebon, menjelaskan faktor yang berkaitan dengan perubahan klasifikasi kesejahteraan, validitas identitas, dan proses reaktivasi, serta membandingkan tiga alternatif kebijakan menggunakan empat instrumen analisis. Pertanyaan penelitian dirumuskan sebagai berikut: bagaimana struktur risiko perubahan status PBI JKN memengaruhi kesinambungan perlindungan kesehatan masyarakat miskin di Kabupaten Cirebon, dan alternatif kebijakan mana yang menunjukkan kesesuaian analitis tertinggi berdasarkan Model Logika, efektivitas biaya awal, Risiko Pembangunan, serta Penentuan Kebijakan?

Risiko kehilangan jaminan kesehatan dalam penelitian ini dimaknai sebagai kemungkinan terganggunya kesinambungan perlindungan JKN akibat perubahan status kepesertaan PBI. Status aktif merujuk pada kondisi kepesertaan yang memungkinkan peserta memperoleh manfaat sesuai ketentuan penyelenggaraan program. Coverage continuity mengarahkan perhatian pada keberlanjutan kondisi terlindungi sepanjang periode kebutuhan, sedangkan churn menjelaskan perpindahan status yang dapat menghasilkan jeda antara kondisi terlindungi dan kondisi tanpa perlindungan (Dague and Myerson 2024; Shubeck et al. 2025).

Administrative burden digunakan untuk membaca biaya proses yang muncul dalam bentuk waktu, dokumen, verifikasi, dan interaksi administratif. Arbogast, Chorniy, dan Currie (2024) menunjukkan relevansi beban administratif terhadap enrollment Medicaid dan CHIP. Dalam konteks artikel ini, konsep tersebut dipakai secara analitis untuk membaca proses reaktivasi PBI yang memerlukan validasi identitas, verifikasi kondisi sosial, pengajuan, pemantauan, dan koordinasi lintas institusi. Penggunaan konsep ini tidak dimaksudkan untuk menyamakan desain kelembagaan Medicaid dengan JKN, melainkan untuk memahami karakter beban proses administratif.

Perspektif perlindungan sosial menempatkan jaminan kesehatan sebagai instrumen pengelolaan risiko kesehatan dan finansial. Kajian Askeskin menunjukkan pentingnya penargetan dan dampak jaminan kesehatan sosial bagi kelompok miskin (Sparrow, Suryahadi, and Widyanti 2013). Pada JKN, Maulana et al. (2022) menemukan keterkaitan cakupan dengan pembayaran out-of-pocket pada kelompok rentan, sedangkan Erlangga, Ali, dan Bloor (2019) menelaah dampak asuransi kesehatan publik terhadap pemanfaatan pelayanan.

Kerangka tersebut memberi dasar bahwa keberlanjutan status perlindungan memiliki konsekuensi lebih luas daripada administrasi kepesertaan. Literatur mengenai beban administratif memperjelas bahwa desain implementasi merupakan bagian substantif dari pengalaman perlindungan sosial, karena learning costs, compliance costs, dan psychological costs dapat memengaruhi akses terhadap manfaat (Herd and Moynihan 2025).

Perspektif effective coverage dan coverage continuity menggeser perhatian dari jumlah peserta menuju kemampuan memperoleh perlindungan ketika dibutuhkan. Dalam policy paper, status aktif dibaca bersama cakupan administratif. Perbedaan keduanya penting karena cakupan yang luas belum otomatis menggambarkan kesinambungan perlindungan pada saat terjadi perubahan status. Insurance churn melengkapi perspektif ini dengan menjelaskan bahwa proses pembaruan kelayakan dapat menghasilkan kehilangan coverage pada periode administratif tertentu (Dague and Myerson 2024). Bukti komparatif menunjukkan bahwa continuity berkaitan dengan stabilitas cakupan dan proses pembaruan (Ku and Platt 2022), sedangkan studi terbaru menemukan bahwa continuous Medicaid coverage dapat meningkatkan public coverage dan beberapa indikator akses pelayanan (Lyu and Wehby 2026).

Penelitian terdahulu dalam sumber dapat disintesis ke dalam tiga tema. Tema pertama membahas dampak perlindungan kesehatan publik di Indonesia terhadap pemanfaatan dan perlindungan finansial (Sparrow, Suryahadi, and Widyanti 2013; Erlangga, Ali, and Bloor 2019; Maulana et al. 2022). Tema kedua membahas dinamika status kepesertaan dan kehilangan coverage pada proses pembaruan (Dague and Myerson 2024; Shubeck et al. 2025). Tema ketiga membahas beban administratif dan tata kelola sistem, termasuk enrollment serta interoperabilitas (Arbogast, Chorniy, and Currie 2024; WHO 2024). Ainy dan Pujiyanto (2025) memberi konteks status kepesertaan aktif JKN pada tingkat kabupaten. Kumpulan studi tersebut mendukung pembacaan multidimensi atas perubahan status PBI, walaupun policy paper tidak menyediakan studi empiris terdahulu yang secara khusus menguji mekanisme reaktivasi PBI di Kabupaten Cirebon. Literatur tentang churn memperlihatkan bahwa jeda coverage berpotensi berhubungan dengan perubahan pemanfaatan pelayanan (Roberts and Pollack 2016) dan kehilangan coverage selama renewal (Dague and Myerson 2024). Shubeck, Crawford, and Notowidigdo (2025) memperlihatkan bahwa procedural requirements merupakan salah satu mekanisme penting dalam churn.

Kerangka analisis menghubungkan lima elemen: data sosial-ekonomi, perubahan status kepesertaan, validitas identitas, respons administratif, dan kesinambungan perlindungan. Rantai analitisnya adalah data → perubahan status → validitas identitas → respons administratif → kesinambungan perlindungan. Dari rantai tersebut muncul tiga titik intervensi: rekonsiliasi data, respons kasus, dan perlindungan masa transisi. Rekonsiliasi berorientasi pada deteksi; respons kasus berorientasi pada penyelesaian reaktivasi; perlindungan transisi berorientasi pada akses selama proses perubahan status. Kerangka ini menjadi dasar pembentukan dan perbandingan tiga alternatif kebijakan.

Tabel 1. Kerangka Analisis Konseptual

Konsep/Dimensi	Premis Analitis	Implikasi Analisis
Coverage continuity	Perlindungan perlu berlanjut sepanjang periode kebutuhan	Status aktif dan penyelesaian kasus menjadi outcome penting
Insurance churn	Perubahan kelayakan/status dapat menghasilkan jeda perlindungan	Reaktivasi dibaca sebagai titik kritis setelah perubahan status
Administrative burden	Waktu, dokumen, verifikasi, dan interaksi memengaruhi akses manfaat	Waktu respons, tahapan proses, dan tanggung jawab perlu dianalisis
DTSEN dan identitas	Klasifikasi kesejahteraan dan validitas identitas terkait administrasi PBI	Rekonsiliasi data dan verifikasi identitas menjadi titik intervensi
Koordinasi reaktivasi	Reaktivasi melibatkan beberapa fungsi dan institusi	Case management diuji sebagai mekanisme respons

METODE

Penelitian menggunakan pendekatan analisis kebijakan dengan desain studi dokumen berbasis data sekunder. Locus kajian adalah Kabupaten Cirebon. Unit analisisnya adalah risiko perubahan status kepesertaan PBI JKN dan tiga alternatif intervensi yang dirumuskan dari struktur masalah. Periode empiris utama mengikuti data dan dokumen dalam policy paper, terutama 2025–2026, sedangkan literatur pendukung mencakup sumber yang lebih lama sesuai daftar pustaka dokumen.

Sumber data terdiri atas regulasi penyelenggaraan JKN, PBI, dan DTSEN; dokumen Pemerintah Kabupaten Cirebon; data statistik; publikasi ilmiah; dokumen WHO; serta dua sumber berita yang digunakan policy paper untuk menggambarkan skala penonaktifan pada awal 2026. Data primer berupa wawancara, survei, observasi lapangan, atau diskusi kelompok terarah tidak tersedia dalam policy paper. Policy paper tidak mendokumentasikan protokol pencarian literatur, basis data pencarian, kata kunci, kriteria inklusi-eksklusi, tanggal pencarian, dan proses penilaian kualitas secara formal. Oleh sebab itu, penelitian ini tidak diklaim sebagai systematic literature review.

Teknik pengumpulan data direkonstruksi sebagai telaah dokumen karena bahan sumber berupa regulasi, dokumen pemerintah, statistik, publikasi ilmiah, dan berita. Policy paper tidak mendokumentasikan prosedur sampling dokumen secara formal. Policy paper tidak mendokumentasikan prosedur sampling dokumen secara formal; karena itu telaah ini tidak diklaim sebagai systematic literature review. Pemisahan ini penting agar artikel tidak memberi kesan adanya prosedur pengumpulan data yang tidak dilakukan.

Tahap analisis pertama adalah diagnosis masalah menggunakan struktur isu–tiga masalah–akar masalah Level 1–akar masalah Level 2. Tiga masalah dinilai melalui Urgency, Seriousness, and Growth (USG). Masalah dengan skor tertinggi dikembangkan menjadi tiga akar masalah Level 1 dan sembilan akar masalah Level 2. Tiga akar masalah Level 2 dipilih sebagai basis problem statement. Proses tersebut menghasilkan rantai masalah yang

menghubungkan perubahan klasifikasi kesejahteraan, validitas identitas, dan reaktivasi lintas institusi.

Tahap kedua adalah konstruksi alternatif berdasarkan sintesis teori, regulasi, dan bukti empiris. Tiga alternatif yang dianalisis ialah Sistem Rekonsiliasi dan Pemantauan Status PBI Terpadu, Mekanisme Respons Cepat Reaktivasi PBI Berbasis Kabupaten Cirebon, dan Skema Perlindungan Transisi bagi Masyarakat Miskin dengan Status PBI Berubah. Ketiga alternatif ditempatkan pada titik intervensi berbeda dalam satu rangkaian masalah.

Tahap ketiga menggunakan empat instrumen. Model Logika menilai kekuatan jalur perubahan, hubungan outcome–impact, keterukuran indikator, kejelasan asumsi dan risiko, serta kelayakan implementasi pada skala 1–10. Analisis efektivitas biaya membandingkan kebutuhan sumber daya dengan jumlah peserta prioritas yang memperoleh outcome, namun biaya rupiah aktual belum tersedia sehingga indeksnya merupakan penilaian awal. Analisis Risiko Pembangunan menggunakan skala probabilitas 1–5 dan dampak 1–5 dengan skor risiko berupa hasil perkalian keduanya. Analisis Penentuan Kebijakan menggunakan skala 1–10 dengan bobot pada kesesuaian regulasi, kewenangan daerah, kelembagaan, implementasi, pembiayaan, dan keberlanjutan. Hasil keempat instrumen disintesis untuk melihat konsistensi posisi alternatif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Diagnosis USG menempatkan perubahan status kepesertaan PBI JKN pada masyarakat miskin yang memengaruhi status aktif peserta sebagai masalah utama dengan skor 15. Dua masalah lain adalah perbedaan hasil pemadanan data sosial-ekonomi, kependudukan, dan kepesertaan JKN dengan skor 14, serta gangguan kesinambungan perlindungan setelah perubahan status dengan skor 13. Hasil ini menunjukkan bahwa titik awal persoalan berada pada perubahan status, sedangkan persoalan data dan kesinambungan perlindungan membentuk rangkaian yang terkait.

Pada tingkat akar masalah, diagnosis menghasilkan tiga kelompok: dinamika pemutakhiran dan penetapan data PBI JKN; rekonsiliasi data kependudukan, sosial-ekonomi, dan kepesertaan; serta respons administratif setelah perubahan status. Tiga akar Level 2 yang dipilih ialah perubahan klasifikasi kesejahteraan dalam hasil pemadanan DTSEN, ketidaksesuaian identitas kependudukan, dan proses reaktivasi yang melibatkan pengajuan, pemeriksaan, pengesahan, serta penetapan lintas institusi. Struktur tersebut membentuk urutan data → status → validitas → reaktivasi → kesinambungan perlindungan.

Secara teoretis, temuan diagnosis sejalan dengan konsep churn karena perubahan status dapat menciptakan periode administratif yang memengaruhi continuity. Temuan tersebut memiliki irisan dengan administrative burden karena proses reaktivasi mengandung tahapan verifikasi, dokumen, waktu, dan interaksi. Pada konteks JKN, WHO (2024) memberi dukungan konseptual mengenai relevansi integrasi data dan interoperabilitas. Interpretasi ini tidak membuktikan hubungan kausal pada tingkat individu karena penelitian tidak menggunakan data longitudinal peserta; hasilnya merupakan struktur masalah berbasis dokumen.

Tabel 2. Penilaian USG terhadap Masalah Kebijakan

Masalah	U	S	G	Total	Posisi
Perubahan status PBI JKN yang memengaruhi status aktif	5	5	5	15	I
Perbedaan hasil pemadanan data sosial-ekonomi, kependudukan, dan JKN	5	4	5	14	II
Gangguan kesinambungan perlindungan setelah perubahan status	4	5	4	13	III

Hasil konstruksi konsep menghasilkan tiga alternatif yang tidak bersifat substitusi sempurna karena bekerja pada tahap berbeda. Alternatif pertama berorientasi pada rekonsiliasi DTSEN, data kependudukan, dan data kepesertaan untuk mempercepat deteksi perubahan status. Alternatif kedua berorientasi pada respons administratif setelah perubahan status melalui case management. Alternatif ketiga berorientasi pada perlindungan masa transisi bagi peserta prioritas. Perbedaan titik intervensi ini penting karena skor alternatif perlu dibaca sebagai kesesuaian terhadap problem statement dan kriteria analisis, bukan sebagai bukti efektivitas aktual.

Alternatif rekonsiliasi memiliki kekuatan pada fungsi preventif dan deteksi. Output utamanya berupa daftar kasus dan dashboard, sedangkan outcome awalnya adalah informasi perubahan status yang lebih cepat. Risiko utama terletak pada kualitas data dan interoperabilitas. Alternatif respons cepat menjadikan kasus sebagai unit pengelolaan: setiap kasus dicatat, diverifikasi, diberi penanggung jawab, diajukan sesuai prosedur, dipantau, dan dikomunikasikan hasilnya. Alternatif perlindungan transisi diarahkan pada keberlanjutan akses selama perubahan status, dengan kebutuhan pembiayaan dan dasar kewenangan sebagai prasyarat utama.

Secara akademik, ketiga alternatif memperlihatkan perbedaan antara governance of data, governance of cases, dan transitional protection. Pembagian ini memperluas pembacaan administrative burden karena beban administratif tidak berhenti pada peserta, namun berkaitan dengan desain alur antarlembaga. Pada saat yang sama, perspektif coverage continuity menempatkan hasil akhir pada keberlanjutan perlindungan, sehingga alternatif perlu dinilai dari hubungan antara instrumen administratif dan outcome perlindungan.

Model Logika memberikan nilai 9,50 untuk alternatif respons cepat, 8,45 untuk rekonsiliasi data, dan 7,95 untuk perlindungan transisi. Nilai alternatif respons cepat berasal dari jalur yang dinilai paling langsung antara perubahan status, aktivitas pengelolaan kasus, status proses yang dapat diamati, penyelesaian reaktivasi, dan kesinambungan perlindungan. Rekonsiliasi data memiliki jalur kuat pada deteksi, namun outcome akhirnya masih memerlukan proses administratif lanjutan. Perlindungan transisi memiliki hubungan langsung dengan akses selama masa perubahan, namun asumsi fiskal dan legal menurunkan kelayakan implementasinya dalam penilaian dokumen.

Analisis efektivitas biaya awal menghasilkan indeks 9,20 untuk respons cepat, 8,10 untuk rekonsiliasi data, dan 6,90 untuk perlindungan transisi. Nilai tersebut bukan cost-effectiveness ratio berbasis biaya aktual. Policy paper secara eksplisit menyatakan bahwa RKA, biaya per kasus, jumlah kasus, dan outcome terverifikasi belum tersedia. Formula yang direncanakan adalah total biaya alternatif dibagi jumlah peserta prioritas yang memperoleh outcome. Karena denominator dan biaya aktual belum tersedia, indeks 9,20 harus dipahami sebagai penilaian komparatif awal, bukan estimasi ekonomi kesehatan.

Posisi respons cepat pada dua instrumen tersebut menunjukkan kesesuaian jalur perubahan dan kebutuhan sumber daya yang dinilai relatif lebih terkendali karena menggunakan fungsi kelembagaan yang telah tersedia. Interpretasi ini tetap membutuhkan validasi empiris. Data biaya, jumlah kasus, median waktu respons, proporsi penyelesaian, dan proporsi reaktivasi berhasil diperlukan sebelum klaim efisiensi dapat dibuat secara kuat.

Analisis Risiko Pembangunan menghasilkan indeks 63 untuk respons cepat, 70 untuk rekonsiliasi data, dan 96 untuk perlindungan transisi. Pada respons cepat, risiko tertinggi berada pada koordinasi lintas institusi dengan skor 15, diikuti kualitas data dan ketidaksesuaian identitas masing-masing 12 serta waktu proses 10. Pada rekonsiliasi data, kualitas data dan ketidaksesuaian identitas masing-masing bernilai 16. Pada perlindungan transisi, risiko fiskal mencapai 25 dan risiko legal 20. Pola ini memperlihatkan bahwa karakter risiko berubah mengikuti titik intervensi.

Analisis Penentuan Kebijakan menghasilkan nilai 9,25 untuk respons cepat, 8,25 untuk rekonsiliasi data, dan 6,35 untuk perlindungan transisi. Respons cepat memperoleh nilai tinggi pada kesesuaian regulasi, kewenangan daerah, kelembagaan, implementasi, dan keberlanjutan. Rekonsiliasi data menghadapi kebutuhan pengaturan pertukaran data dan kapasitas sistem. Perlindungan transisi memerlukan pemeriksaan lebih lanjut terhadap ruang kewenangan serta pembiayaan daerah. Temuan ini menegaskan pentingnya memisahkan kelayakan analitis dari efektivitas empiris: instrumen penilaian menunjukkan tingkat kesesuaian, sedangkan outcome aktual belum diobservasi.

Konsistensi hasil empat instrumen menempatkan alternatif respons cepat reaktivasi pada posisi pertama dalam penilaian awal. Temuan utama bukan sekadar peringkat, melainkan kesesuaian antara akar masalah proses reaktivasi lintas institusi dan instrumen pengelolaan kasus. Case management menyediakan struktur pencatatan kasus, klasifikasi, penanggung jawab, verifikasi, pengajuan, pemantauan, dan penutupan kasus. Outcome yang dirumuskan adalah percepatan penyelesaian kasus dan kesinambungan perlindungan.

Tabel 3. Perbandingan Tiga Alternatif Berdasarkan Empat Instrumen Analisis

Alternatif	Model Logika	Efektivitas Biaya Awal	Indeks Risiko	Penentuan Kebijakan
A1 Rekonsiliasi Data	8,45 (II)	8,10 (II)	70 (II)	8,25 (II)
A2 Respons Cepat Reaktivasi	9,50 (I)	9,20 (I)	63 (I)	9,25 (I)
A3 Perlindungan Transisi	7,95 (III)	6,90 (III)	96 (III)	6,35 (III)

Rancangan implementasi dalam policy paper mencakup sepuluh tahap, mulai dari pembentukan tim koordinasi, penyusunan SOP, pengembangan case registry dan dashboard, uji coba, evaluasi pilot, penyempurnaan instrumen, implementasi skala kabupaten, integrasi indikator ke perencanaan, hingga evaluasi tahunan. Secara ilmiah, bagian tersebut lebih tepat dibaca sebagai policy implications yang diturunkan dari hasil analisis, bukan sebagai hasil implementasi. Belum terdapat data uji coba yang membuktikan bahwa mekanisme tersebut telah menurunkan waktu penyelesaian atau meningkatkan proporsi peserta aktif.

Penelitian memiliki keterbatasan yang bersumber langsung dari policy paper. Analisis efektivitas biaya belum menggunakan biaya aktual. Jumlah kasus reaktivasi aktual belum digunakan sebagai denominator efektivitas. Baseline waktu respons dan waktu penyelesaian belum tersedia. Penilaian risiko masih berbasis struktur masalah dan karakteristik alternatif. Pembobotan Penentuan Kebijakan belum melalui stakeholder scoring yang terdokumentasi. Data operasional BPJS Kesehatan, Dinas Sosial, dan Disdukcapil belum digunakan untuk memvalidasi karakteristik kasus. Identitas penilai dan prosedur pemberian skor belum didokumentasikan secara memadai. Keterbatasan ini mengarahkan penelitian lanjutan pada validasi biaya per kasus, analisis waktu proses, pengukuran outcome reaktivasi, uji reliabilitas pembobotan, serta evaluasi pilot sebelum efektivitas mekanisme dinyatakan secara empiris. Keterbatasan lain adalah bahwa artikel tidak melakukan pengujian kausal atas hubungan perubahan status dan kesinambungan perlindungan; hubungan tersebut dibaca melalui sintesis dokumen dan model analisis kebijakan. Hal ini membedakan artikel dari studi kuantitatif seperti Ainy dan Pujiyanto (2025), Ku dan Platt (2022), atau Lyu dan Wehby (2026).

SIMPULAN

Perubahan status PBI JKN di Kabupaten Cirebon membentuk rantai risiko yang menghubungkan perubahan klasifikasi kesejahteraan, validitas identitas kependudukan, proses reaktivasi lintas institusi, dan kesinambungan perlindungan kesehatan. Perbandingan tiga alternatif menunjukkan bahwa mekanisme respons cepat reaktivasi memiliki kesesuaian analitis tertinggi pada empat instrumen: Model Logika 9,50, efektivitas biaya awal 9,20, indeks risiko 63, dan Penentuan Kebijakan 9,25. Kontribusi penelitian terletak pada integrasi coverage continuity, churn, dan administrative burden ke dalam analisis alternatif kebijakan

berbasis kasus. Temuan merupakan penilaian awal dan memerlukan validasi menggunakan biaya aktual, data kasus, waktu proses, serta outcome reaktivasi

DAFTAR PUSTAKA

Ainy, A., & Pujiyanto, P. (2025). Active Membership In Indonesian National Health Insurance: A District Level Analysis. Journal Of Public Health And Pharmacy, 6(1), 77–86. Https://Doi.Org/10.56338/Jphp.V6i1.6036

Arbogast, I., Chorniy, A., & Currie, J. (2024). Administrative Burdens And Child Medicaid And CHIP Enrollments. American Journal Of Health Economics, 10(2), 237–271. Https://Doi.Org/10.1086/728170

Badan Pusat Statistik Kabupaten Cirebon. (2025a). Kabupaten Cirebon Dalam Angka 2025. Cirebon: BPS Kabupaten Cirebon.

Badan Pusat Statistik Kabupaten Cirebon. (2025b). Profil Kemiskinan Di Kabupaten Cirebon Tahun 2025. Cirebon: BPS Kabupaten Cirebon.

Bækgaard, M., Mikkelsen, K. S., Madsen, J. K., & Christensen, J. (2021). Reducing Compliance Demands In Government Benefit Programs Improves The Psychological Well-Being Of Target Group Members. Journal Of Public Administration Research And Theory, 31(4), 806–821. Https://Doi.Org/10.1093/Jopart/Muab011

Dague, L., & Myerson, R. (2024). Loss Of Medicaid Coverage During The Renewal Process. JAMA Health Forum, 5(5), E240839. Https://Doi.Org/10.1001/Jamahealthforum.2024.0839

Dague, L., Badaracco, N., Deleire, T., Sydnor, J., Tilhou, A. S., & Friedsam, D. (2022). Trends In Medicaid Enrollment And Disenrollment During The Early Phase Of The COVID-19 Pandemic In Wisconsin. JAMA Health Forum, 3(2), E214752. Https://Doi.Org/10.1001/Jamahealthforum.2021.4752

Erlangga, D., Ali, S., & Bloor, K. (2019). The Impact Of Public Health Insurance On Healthcare Utilisation In Indonesia: Evidence From Panel Data. International Journal Of Public Health, 64, 603–613. Https://Doi.Org/10.1007/S00038-019-01215-2

Fox, A. M., Stazyk, E. C., & Feng, W. (2020). Administrative Easing: Rule Reduction And Medicaid Enrollment. Public Administration Review, 80(1), 104–117. Https://Doi.Org/10.1111/Puar.13131

Fox, A., Feng, W., & Reynolds, M. (2023). The Effect Of Administrative Burden On State Safety-Net Participation: Evidence From Food Assistance, Cash Assistance, And Medicaid. Public Administration Review, 83(2), 367–384. Https://Doi.Org/10.1111/Puar.13497

Herd, P., & Moynihan, D. (2025). Administrative Burdens In The Social Safety Net. Journal Of Economic Perspectives, 39(1), 129–150. Https://Doi.Org/10.1257/Jep.20231394

Herd, P., Deleire, T., Harvey, H., & Moynihan, D. P. (2013). Shifting Administrative Burden To The State: The Case Of Medicaid Take-Up. Public Administration Review, 73(S1), S69–S81. Https://Doi.Org/10.1111/Puar.12114

Herd, P., Giannella, E. R., Barofsky, J., Farrell, L., & Moynihan, D. (2025). Interventions To Automate Medicaid Renewals Reduce Procedural Denials And Increase Coverage. Health Affairs, 44(11), 1336–1343. Https://Doi.Org/10.1377/Hlthaff.2025.00316

Kementerian Sosial Republik Indonesia. (2025). Peraturan Menteri Sosial Nomor 3 Tahun 2025 Tentang Pemutakhiran Dan Penggunaan Data Tunggal Sosial Dan Ekonomi Nasional.

Kementerian Sosial Republik Indonesia. (2026). Peraturan Menteri Sosial Nomor 3 Tahun 2026 Tentang Persyaratan Dan Tata Cara Perubahan Data Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. Https://Peraturan.Bpk.Go.Id/Details/344537/Permensos-No-3-Tahun-2026

Ku, L., & Platt, I. (2022). Duration And Continuity Of Medicaid Enrollment Before The COVID-19 Pandemic. JAMA Health Forum, 3(12), E224732. Https://Doi.Org/10.1001/Jamahealthforum.2022.4732

Lyu, W., & Wehby, G. L. (2024). Effects Of The Families First Coronavirus Response Act On Coverage Continuity And Access For Medicaid Beneficiaries. Inquiry, 61, 469580241282052. Https://Doi.Org/10.1177/00469580241282052

Lyu, W., & Wehby, G. L. (2026). Effects Of Continuous Medicaid Coverage In 2020–2023 On Children's Health Insurance Coverage, Access To Care, Health Services Use By Type, And Health Status. Health Services Research, 61(1), E70034. Https://Doi.Org/10.1111/1475-6773.70034

Mahardika, D. (2026). Ratusan Ribu Warga Cirebon Dicoret Dari BPJS PBI. Detikjabar, 29 January. Https://Www.Detik.Com/Jabar/Cirebon-Raya/D-8331037/Ratusan-Ribu-Warga-Cirebon-Dicoret-Dari-Bpjs-Pbi

Marzuki, I. (2026). DTSEN Berlaku, 160 Ribu Warga Kabupaten Cirebon Kehilangan BPJS PBI. Kabar Cirebon, 12 January. Https://Kabarcirebon.Pikiran-Rakyat.Com/Ciayumajakuning/Pr-2939927400/Dtsen-Berlaku-160-Ribu-Warga-Kabupaten-Cirebon-Kehilangan-Bpjs-Pbi

Maulana, N., Soewondo, P., Adani, N., Limasalle, P., & Pattnaik, A. (2022). How Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Coverage Influences Out-Of-Pocket (OOP) Payments By Vulnerable Populations In Indonesia. PLOS Global Public Health, 2(7), E0000203. Https://Doi.Org/10.1371/Journal.Pgph.0000203

Nelson, D. B., Goldman, A. L., Zhang, F., & Yu, H. (2023). Continuous Medicaid Coverage During The COVID-19 Public Health Emergency Reduced Churning, But Did Not Eliminate It. Health Affairs Scholar, 1(5), Qxad055. Https://Doi.Org/10.1093/Haschl/Qxad055

Pemerintah Kabupaten Cirebon. (2025a). BUKU I Penetapan RKPD Kabupaten Cirebon Tahun 2025. Cirebon: Pemerintah Kabupaten Cirebon.

Pemerintah Kabupaten Cirebon. (2025b). RPJMD Kabupaten Cirebon Tahun 2025–2029. Cirebon: Pemerintah Kabupaten Cirebon.

Pemerintah Republik Indonesia. (2004). Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Pemerintah Republik Indonesia. (2011). Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Pemerintah Republik Indonesia. (2012). Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Pemerintah Republik Indonesia. (2015). Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

Pemerintah Republik Indonesia. (2018). Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.

Pemerintah Republik Indonesia. (2024). Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018.

Pemerintah Republik Indonesia. (2025). Instruksi Presiden Nomor 4 Tahun 2025 Tentang Data Tunggal Sosial Dan Ekonomi Nasional.

Roberts, E. T., & Pollack, C. E. (2016). Does Churning In Medicaid Affect Health Care Use? Medical Care, 54(5), 483–489. Https://Doi.Org/10.1097/MLR.0000000000000509

Shubeck, S. P., Crawford, E., & Notowidigdo, M. J. (2025). Insurance Churn And The COVID-19 Pandemic. JAMA Health Forum, 6(6), E251467. Https://Doi.Org/10.1001/Jamahealthforum.2025.1467

Sparrow, R., Suryahadi, A., & Widyanti, W. (2013). Social Health Insurance For The Poor: Targeting And Impact Of Indonesia's Askeskin Programme. Social Science & Medicine, 96, 264–271. Https://Doi.Org/10.1016/J.Socscimed.2012.09.043

World Health Organization. (2024). Does Indonesia's National Health Insurance Scheme Mobile Phone Application, Mobile JKN, Support Health Financing? World Health Organization. Https://Www.Who.Int/Publications/I/Item/9789240100893

Yosalli, & As Shidieq, F. H. (2022). Faktor Yang Mempengaruhi Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional Di Kabupaten. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 23(04), 133–139. Https://Doi.Org/10.22146/Jmpk.V23i04.4257