



Strategi Efektivitas Implementasi Kebijakan BPJS Kesehatan berbasis Promotif-Preventif dalam Upaya Pengendalian Biaya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Kudus

Henri Riswanti^{1*}, A. Rohendi², Ade Mubarak³

¹⁻³ Program Studi Manajemen, Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, Indonesia

*Penulis Korespondensi: heni.riswanti79@gmail.com

Abstract. Indonesia's National Health Insurance System (JKN) has achieved near-universal coverage, but its financial sustainability is under pressure from high claims for catastrophic noncommunicable diseases (NCDs). BPJS Kesehatan's promotive-preventive policies through the Chronic Disease Management Program (Prolanis) and the Referral-Back Program (PRB) are designed to control this burden; however, their implementation across different levels has been studied only to a limited extent. This study analyzes the direction of policy reform, the alignment of implementation across different levels, and formulates a preventive-oriented cost-control model through a case study in Kudus Regency. The study employed a qualitative approach with a single-case study design and a multi-layered unit of analysis, involving ten informants from regulatory bodies, referral service organizations, and JKN participants. The results reveal a two-speed reform pattern: progress in regulation and program design has not been matched by preventive performance-based financing. The study also identified gaps in Prolanis participation, participant resistance to PRB, and information dissonance across levels that drive informal compensation mechanisms at the implementation level. These findings form the basis for the formulation of the Preventive-Oriented Cost Containment Model (POCCM), which integrates financing reforms, information governance, primary care capacity, incentives, accessibility, and community-based digital education. This study confirms that the optimization of the promotive-preventive aspects of the National Health Insurance (JKN) program primarily addresses implementation gaps across various levels, rather than merely policy design flaws.

Keywords: Cost Control; National Health Insurance; Policy Implementation; Preventive-Oriented Cost Containment Model (POCCM); Promotive-Preventive.

Abstrak. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia telah mencapai cakupan hampir universal, tetapi keberlanjutan finansialnya tertekan oleh tingginya klaim penyakit tidak menular (PTM) katastropik. Kebijakan promotif-preventif BPJS Kesehatan melalui Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) dan Program Rujuk Balik (PRB) dirancang untuk mengendalikan beban tersebut, namun implementasinya secara lintas level masih terbatas dikaji. Penelitian ini menganalisis arah reformasi kebijakan, keselarasan implementasi lintas level, serta merumuskan model pengendalian biaya berorientasi preventif melalui studi kasus di Kabupaten Kudus. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus tunggal dan unit analisis berlapis, melibatkan sepuluh informan dari regulator, organisasi pelayanan rujukan, dan peserta JKN. Hasil menunjukkan pola reformasi dua kecepatan: kemajuan regulasi dan desain program belum diikuti pembiayaan berbasis kinerja preventif. Ditemukan pula kesenjangan partisipasi Prolanis, resistensi peserta terhadap PRB, dan disonansi informasi antar-level yang mendorong mekanisme kompensasi informal di tingkat pelaksana. Temuan tersebut menjadi dasar perumusan *Preventive-Oriented Cost Containment Model* (POCCM), yang mengintegrasikan reformasi pembiayaan, tata kelola informasi, kapasitas layanan primer, insentif, aksesibilitas, dan edukasi digital-komunitas. Studi ini menegaskan bahwa optimalisasi promotif-preventif JKN terutama menghadapi defisit implementasi lintas level, bukan semata defisit desain kebijakan.

Kata kunci: Implementasi Kebijakan; Jaminan Kesehatan Nasional; Pengendalian Biaya; *Preventive-Oriented Cost Containment Model* (POCCM); Promotif-Preventif.

1. LATAR BELAKANG

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan merupakan salah satu reformasi kebijakan sosial terbesar di Indonesia sejak diberlakukan pada 2014. Kebijakan ini menyatukan skema-skema jaminan kesehatan yang sebelumnya terfragmentasi berdasarkan status kepegawaian dan wilayah menjadi satu sistem tunggal yang

berorientasi pada hak dasar warga negara atas kesehatan (Purba, Sinaga, & Simbolon, 2023). Secara konseptual, JKN dirancang untuk mewujudkan Universal Health Coverage (UHC), yaitu kondisi ketika setiap individu memperoleh akses layanan kesehatan bermutu tanpa risiko kesulitan finansial (Herawati, Franzone, & Chrisnahutama, 2020). Hingga pertengahan 2025, cakupan kepesertaan JKN telah mencapai sekitar 280,7 juta jiwa atau 98,7% penduduk Indonesia (Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2025), sebuah capaian yang menegaskan keberhasilan JKN dari sisi perluasan akses, meskipun belum diikuti pemerataan mutu layanan, terutama di wilayah dengan rasio fasilitas kesehatan yang masih rendah (Asante et al., 2023).

Keberhasilan JKN dari sisi cakupan kepesertaan pada dasarnya baru menjawab pertanyaan mengenai siapa yang terlindungi, tetapi belum sepenuhnya menjawab seberapa baik dan seberapa berkelanjutan perlindungan tersebut dapat dipertahankan. Setelah lebih dari satu dekade implementasi, tantangan terbesar JKN telah bergeser dari sekadar perluasan akses menuju persoalan keberlanjutan finansial (*financial sustainability*), sebagai implikasi langsung dari tingginya beban biaya kuratif akibat penyakit tidak menular (PTM) kronis dan masih minimnya porsi promotif-preventif dalam struktur pembiayaan JKN (Fuady et al., 2024). Data nasional menunjukkan bahwa delapan kelompok penyakit katastropik, termasuk jantung, kanker, stroke, dan gagal ginjal, menghabiskan pembiayaan sekitar Rp37,28 triliun sepanjang 2024, meningkat dari Rp33 triliun pada 2023 (Liputan6.com, 2025). Lebih spesifik, sekitar 20,5 juta peserta JKN terdiagnosis hipertensi dan 7,4 juta terdiagnosis diabetes melitus pada 2024, dengan total biaya pelayanan kedua kondisi tersebut mencapai kurang lebih Rp30,5 triliun di luar biaya komplikasi organ lain (Prasetyo, 2025).

Merespons tekanan pembiayaan tersebut, BPJS Kesehatan memperkuat orientasi promotif-preventif melalui Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 3 Tahun 2024, yang memperluas basis hukum skrining kesehatan, serta melalui Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) dan Program Rujuk Balik (PRB) sebagai instrumen operasional untuk menggeser paradigma pelayanan dari kuratif menuju preventif. Hingga Agustus 2025, sekitar 4,8 juta peserta telah tergabung dalam Prolanis (Aulia, 2025), dan pendekatan ini selaras dengan prinsip *gatekeeper* dalam sistem jaminan kesehatan berjenjang, di mana Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berperan sebagai filter pertama yang menentukan efisiensi sistem rujukan. Meskipun demikian, sejumlah evaluasi lapangan menunjukkan bahwa implementasi kedua program tersebut belum optimal. Studi di Puskesmas Kota Semarang melaporkan bahwa pelaksanaan PRB masih terkendala distribusi obat dan administrasi layanan yang memengaruhi kontinuitas kunjungan pasien (Karti, Priyatni, & Hendra, 2025), sementara studi lain menyoroti persoalan

kekosongan obat program rujuk balik di Palembang (Sulaiman Martawinata, 2024) dan capaian rekrutmen peserta PRB nasional yang belum memenuhi target akibat rendahnya pemahaman pasien serta lemahnya koordinasi antarfasilitas (Sandi, 2022).

Kajian literatur kebijakan kesehatan mutakhir memperlihatkan pola temuan yang konsisten pada tiga level analisis. Pada level pembiayaan, pembiayaan promosi-pencegahan di Indonesia tercatat masih tertinggal dibanding pembiayaan kuratif dan tidak merata antarkelompok masyarakat (Fuady et al., 2024; Asante et al., 2023). Pada level program, keikutsertaan Prolanis secara konsisten berasosiasi dengan perbaikan kontrol klinis dan kualitas hidup peserta (Sitompul & Shidieq, 2024; Febriany, 2023), sementara program pencegahan diabetes tipe 2 berbasis komunitas terbukti bersifat cost-effective dibanding strategi kuratif semata (Hanifa et al., 2025). Pada level pembiayaan klinis, sejumlah studi secara konsisten mendokumentasikan bahwa komplikasi penyakit kronis meningkatkan biaya pelayanan secara signifikan, terutama pada layanan rawat inap (Hidayat et al., 2022; Chalkley, Hidayat, Ramadani, & Aragón, 2022; Adnan, Hadju, Mallongi, & Ali, 2025). Ketiga kelompok temuan tersebut secara konsisten menunjukkan hubungan konseptual antara implementasi kebijakan promotif-preventif dan pengendalian biaya JKN, sekaligus menegaskan bahwa tingginya prevalensi PTM pada dasarnya mencerminkan policy gap antara konsep ideal sistem jaminan kesehatan yang berorientasi pencegahan dan realitas implementasi yang masih curative-driven, akibat fragmentasi sinkronisasi kebijakan antara BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan fasilitas kesehatan tingkat pertama (Fuady et al., 2024).

Studi-studi terdahulu mengenai JKN umumnya berfokus pada tiga isu, yaitu akses pelayanan secara umum, capaian UHC pada level makro, atau evaluasi PRB pada satu fasilitas tunggal (Larasati & Ulandari, 2024; Purnamasari & Rizki, 2025). Kajian yang secara eksplisit menghubungkan implementasi kebijakan promotif-preventif secara multi-level, dari kebijakan pusat hingga pelaksanaan pada fasilitas primer, dengan mekanisme pengendalian biaya JKN masih relatif terbatas, khususnya pada konteks kabupaten yang mencerminkan karakteristik institusional menengah di luar kota besar. Kesenjangan penelitian (*research gap*) inilah yang mendasari urgensi kajian ini, sebab pemahaman yang tersegmentasi pada satu level analisis berisiko menghasilkan rekomendasi kebijakan yang parsial dan tidak menjangkau akar persoalan implementasi yang sesungguhnya bersifat lintas-level.

Berdasarkan uraian tersebut, artikel ini bertujuan untuk menganalisis arah dan dinamika reformasi kebijakan BPJS Kesehatan dalam memperkuat pendekatan promotif-preventif, menganalisis efektivitas dan keselarasan implementasi kebijakan tersebut antara level

kebijakan dan level pelaksana beserta faktor penguat dan penghambatnya, serta merumuskan model kebijakan baru yang dapat memperkuat pengendalian biaya dan keberlanjutan finansial JKN di Indonesia. Kebaruan kajian ini terletak pada penerapan pendekatan *Multi-Level Policy Analysis* yang mengintegrasikan lima teori sekaligus, yaitu Teori Kebijakan Kesehatan, Teori Sistem Kesehatan, Teori Perilaku Kesehatan, Teori Ekonomi Kesehatan, dan Teori Pengendalian Biaya, serta pada pengembangan *Preventive-Oriented Cost Containment Model* (POCCM) yang disusun secara induktif dari data lapangan sebagai kontribusi konseptual bagi pergeseran paradigma pembiayaan JKN dari *curative-based financing* menuju *preventive-centered sustainability*.

2. KAJIAN TEORITIS

Implementasi Kebijakan BPJS Kesehatan

Implementasi kebijakan, dijelaskan melalui dua teori yang saling melengkapi. *Health Policy Triangle Framework* (Walt & Gilson dalam Zahidie et al., 2023) menegaskan bahwa keberhasilan kebijakan kesehatan tidak dapat dipahami hanya dari sisi isi kebijakan (*content*) semata, melainkan harus dianalisis melalui empat dimensi yang saling berinteraksi, yaitu konten, konteks, proses, dan aktor. Kerangka ini menjadi kritik terhadap pendekatan kebijakan publik yang terlalu berorientasi pada analisis substansi regulasi tanpa mempertimbangkan dinamika implementasi dan relasi kekuasaan di balik proses kebijakan, sehingga relevan digunakan sebagai pijakan awal untuk membaca bagaimana Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 3 Tahun 2024 dan pedoman teknis Prolanis-PRB diterjemahkan pada konteks lokal yang berbeda-beda.

Untuk memperdalam analisis implementasi pada level operasional, penelitian ini menggunakan *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) Damschroder et al. (2022) yang mencakup lima domain: karakteristik intervensi, outer setting, inner setting, karakteristik individu, dan proses implementasi. CFIR digunakan untuk mengidentifikasi determinan yang menjelaskan kesenjangan antara desain kebijakan dan pelaksanaannya di lapangan, termasuk kendala distribusi obat PRB dan koordinasi lintas fasilitas. Sebagai kerangka evaluatif, RE-AIM (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance*) Glasgow et al. (2019) digunakan untuk menilai jangkauan, efektivitas, adopsi, implementasi, dan keberlanjutan program. Ketiga kerangka tersebut bekerja secara komplementer: *Health Policy Triangle* menganalisis kebijakan pada tingkat makro melalui substansi, konteks, proses, dan aktor; CFIR mengidentifikasi determinan implementasi pada tingkat meso; sedangkan RE-

AIM mengevaluasi luaran dan keberlanjutan program pada tingkat mikro. Analisis tersebut diperkuat oleh WHO *Health System Building Blocks* (WHO, 2020, 2023), khususnya aspek tata kelola, pembiayaan, tenaga kesehatan, sistem informasi, dan akses obat sebagai prasyarat kapasitas implementasi kebijakan promotif-preventif di FKTP.

Upaya Promotif-Preventif sebagai Strategi Operasional Kebijakan

Upaya promotif-preventif, dijelaskan melalui Teori Perilaku Kesehatan yang menjadi jembatan antara desain program dan respons peserta JKN di lapangan. *Health Belief Model* (Alyafei & Easton-Carr, 2026) menjelaskan bahwa kepatuhan individu terhadap layanan preventif, seperti skrining kesehatan dan kunjungan Prolanis, dipengaruhi oleh persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, dan persepsi hambatan yang dirasakan peserta. Model ini relevan untuk membaca fenomena resistensi pasien Program Rujuk Balik yang merasa kondisinya belum cukup stabil untuk dialihkan dari layanan rujukan ke layanan primer, sebagaimana juga didokumentasikan pada konteks fasilitas kesehatan lain di Indonesia (Larasati & Ulandari, 2024).

Selain *Health Belief Model*, penelitian ini turut merujuk pada *Social Cognitive Theory* (Bandura, 1986) yang menempatkan efikasi diri (*self-efficacy*) sebagai determinan penting perubahan perilaku kesehatan melalui proses observasi, pengalaman langsung, dan penguatan sosial, serta *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 1991) yang menjelaskan bahwa niat berperilaku sehat dibentuk oleh sikap, norma subjektif, dan persepsi kendali perilaku. Kombinasi ketiga teori perilaku ini penting untuk memahami temuan lapangan bahwa determinan kepatuhan peserta terhadap Prolanis dan PRB tidak seragam pada seluruh segmen kepesertaan, melainkan sangat dipengaruhi oleh karakteristik sosio-demografis, termasuk usia, aksesibilitas transportasi, dan segmen kepesertaan (mandiri, Penerima Upah), sejalan dengan temuan bahwa faktor *sosio-demografis* pasien memengaruhi persepsi dan minat pemanfaatan layanan kesehatan (Seger, Syaodih, & Andriani, 2024).

Pengendalian Biaya dan Keberlanjutan Finansial Jaminan Kesehatan Nasional

Pengendalian biaya dan JKN sebagai sistem pembiayaan kesehatan, dijelaskan melalui Teori Ekonomi Kesehatan dan Teori Pengendalian Biaya yang menjadi muara dari keseluruhan rantai kausal penelitian ini. Teori permintaan *kesehatan* (*demand for health*) yang dikembangkan Grossman (2022) memandang kesehatan sebagai modal (*health capital*) yang dapat diinvestasikan melalui upaya preventif, sehingga investasi promotif-preventif pada dasarnya merupakan strategi rasional untuk menekan depresiasi modal kesehatan dan biaya pemulihan di masa depan. Perspektif ini diperkuat oleh Arrow (2004) mengenai ketidakpastian

dan ekonomi kesejahteraan pelayanan medis, yang menjelaskan bahwa asimetri informasi dan ketidakpastian risiko sakit menjadi alasan mendasar diperlukannya mekanisme asuransi sosial seperti JKN, sekaligus menegaskan pentingnya intervensi preventif untuk mengurangi ketidakpastian biaya kesehatan pada level populasi.

Pada level pembiayaan klinis, komplikasi penyakit tidak menular kronis terbukti meningkatkan biaya pelayanan, terutama rawat inap dan farmasi (Hidayat et al., 2022; Chalkley et al., 2022; Adnan et al., 2025). Temuan ini memperkuat pentingnya penguatan upaya promotif-preventif untuk menekan beban biaya kuratif jangka panjang. Dalam konteks JKN, *cost containment* tidak semata berarti penghematan anggaran, tetapi keseimbangan antara mutu layanan dan efisiensi pembiayaan melalui tata kelola lintas-level. Hal ini relevan karena pembiayaan promotif-preventif di Indonesia masih relatif tertinggal dan belum merata (Fuady et al., 2024; Asante et al., 2023). Secara konseptual, implementasi kebijakan, upaya promotif-preventif, dan pengendalian biaya membentuk hubungan berjenjang: Teori Kebijakan Kesehatan dan Teori Sistem Kesehatan menjelaskan penerjemahan regulasi ke dalam kapasitas FKTP; Teori Perilaku Kesehatan menjelaskan respons peserta; sedangkan Teori Ekonomi Kesehatan dan Teori Pengendalian Biaya menjelaskan implikasinya terhadap efisiensi dan keberlanjutan pembiayaan JKN.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus tunggal berunit analisis berlapis (*embedded single-case study*), yang dipilih karena kemampuannya menjelaskan fenomena kontemporer, yaitu implementasi kebijakan promotif-preventif BPJS Kesehatan, dalam konteks kehidupan nyata ketika batas antara fenomena dan konteksnya tidak tampak secara tegas (Sugiyono, 2023). Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Kudus, Provinsi Jawa Tengah, dengan empat unit analisis yang saling terkait, yaitu level kebijakan/regulator yang direpresentasikan oleh Duta/Penangguna Jawab Pelayanan FKTP BPJS Kesehatan Kantor Cabang Kudus, level organisasi pelayanan rujukan yang direpresentasikan oleh Rumah Sakit Islam Sunan Kudus, level pelayanan primer yang direpresentasikan oleh Puskesmas Jepang, dan level individu peserta JKN dari segmen mandiri maupun Penerima Upah. Partisipan ditentukan melalui teknik purposive sampling dengan kemungkinan penambahan informan melalui snowball sampling, menghasilkan sepuluh informan yang dianggap memadai berdasarkan prinsip kecukupan informasi dan kejenuhan data (Braun & Clarke, 2021). Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam *semi-terstruktur* dan observasi *non-*

partisipan, sedangkan data sekunder diperoleh melalui telaah dokumen regulasi, standar operasional prosedur, dan data agregat klaim penyakit tidak menular. Analisis data menggunakan model interaktif (Helaluddin & Wijaya, 2019) yang terdiri atas identifikasi, kategorisasi, kodifikasi tematik deduktif-induktif, reduksi data, pemetaan pola terhadap tiga proposisi konseptual penelitian, dan sintesis. Kredibilitas dan keabsahan data dijaga melalui triangulasi sumber, teknik, dan waktu, serta pemenuhan empat kriteria *trustworthiness*, yaitu *kredibilitas*, *transferabilitas*, *dependabilitas*, dan *konfirmasiabilitas* (Moleong, 2018).

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Arah dan Dinamika Reformasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia

Analisis terhadap regulasi dan persepsi informan level *regulator* menunjukkan bahwa reformasi kebijakan BPJS Kesehatan bergerak progresif pada dimensi regulasi teknis dan desain program, sebagaimana tercermin dari terbitnya Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 3 Tahun 2024 yang memperluas basis hukum skrining kesehatan. Narasi kebijakan pusat mengenai pergeseran paradigma dari kuratif ke preventif juga telah terinternalisasi cukup baik pada level *regulator* lokal. Salah satu informan dari level *regulator* (1) secara spontan mengaitkan program promotif-preventif dengan logika pengendalian biaya, menegaskan bahwa pencegahan penyakit sejak dini lebih baik dibandingkan penanganan setelah penyakit terjadi, karena penguatan porsi promotif-preventif akan memperkecil klaim penyakit katastrofik atau kronis yang menguras biaya JKN. Pernyataan tersebut penting untuk dibedah lebih jauh, sebab istilah "internalisasi kebijakan" sering digunakan secara longgar dalam studi implementasi. Internalisasi yang dimaksud di sini bukan sekadar kemampuan informan mengulang jargon kebijakan pusat, melainkan kemampuan mereka mengaitkan jargon tersebut dengan logika kausal yang koheren, yaitu bahwa pencegahan dini terhadap penyakit tidak menular akan menekan munculnya penyakit katastrofik di kemudian hari, yang pada gilirannya menekan beban klaim JKN. Ketika seorang aktor birokrasi tingkat menengah mampu mengartikulasikan rantai kausal semacam ini secara spontan tanpa dipandu pertanyaan yang mengarahkan, hal tersebut menjadi indikator kuat bahwa perubahan paradigma kebijakan telah bergerak melampaui tataran retorika menuju tataran kognisi praktis pelaksana kebijakan.

Namun demikian, reformasi pada dimensi pembiayaan dan insentif fasilitas kesehatan bergerak jauh lebih lambat, karena skema kapitasi yang berlaku belum sepenuhnya dikaitkan dengan capaian preventif. Informan pada level *regulator* di KC Kudus (2) justru menunjukkan optimisme terhadap desain program, sementara informan dari level *regulator* (1) lainnya

bersikap lebih hati-hati terhadap struktur pembiayaan. Kontras ini, bila dibaca sepintas, dapat disalahtafsirkan sebagai inkonsistensi antarinforman. Pembacaan yang lebih cermat menunjukkan bahwa kedua pernyataan tersebut tidak saling bertentangan, melainkan menyoroti dua dimensi kebijakan yang berbeda, yaitu dimensi desain programatik di satu sisi dan dimensi arsitektur pembiayaan di sisi lain, yang bergerak dengan kecepatan berbeda tanpa saling meniadakan. Kesenjangan kecepatan inilah yang oleh penelitian ini disebut sebagai pola reformasi dua kecepatan (*two-speed reform*), dan bukan gejala yang unik pada konteks Kabupaten Kudus, melainkan pola yang secara struktural cenderung berulang pada hampir semua sistem jaminan kesehatan sosial yang bertransisi dari orientasi kuratif menuju orientasi preventif. Penjelasan atas fenomena ini terletak pada perbedaan kompleksitas kelembagaan antara kedua jenis reformasi: reformasi programatik dapat dijalankan melalui perubahan pedoman teknis dan surat edaran yang relatif cepat diterbitkan, sementara reformasi pembiayaan menuntut renegosiasi kontrak dengan ribuan fasilitas kesehatan, penyesuaian sistem informasi klaim berskala nasional, serta kalkulasi aktuarial yang mempertimbangkan risiko fiskal jangka panjang. Kompleksitas struktural inilah yang secara inheren membuat reformasi pembiayaan bergerak lebih lambat, terlepas dari seberapa kuat komitmen politik terhadap arah kebijakan preventif, sebuah pola yang juga tercermin pada tantangan implementasi kapitasi berbasis kinerja di berbagai daerah di Indonesia (Purnamasari & Rizki, 2025).

Dinamika reformasi ini juga diwarnai persoalan kecepatan adaptasi terhadap perubahan teknis di lapangan. Salah satu informan pada level *regulator* KC Kudus (3), menyoroti bahwa dari sisi FKTP sesungguhnya tidak ada keberatan substantif terhadap arah kebijakan promotif-preventif, namun ia berharap ada respons yang lebih cepat dari pihak BPJS Kesehatan ketika terjadi kendala teknis, misalnya ketika sistem aplikasi skrining keliru menampilkan status kepesertaan yang sudah diskruining padahal belum. Pola keluhan semacam ini menunjukkan bahwa dinamika reformasi kebijakan BPJS Kesehatan, meskipun progresif dari sisi arah normatif, masih menyisakan kesenjangan pada kecepatan respons infrastruktur digital dan komunikasi kebijakan di titik pelayanan garis depan. Dalam kerangka teori birokrasi tingkat jalanan (*street-level bureaucracy*), pelaksana garis depan seperti informan tersebut pada dasarnya berperan sebagai penerjemah aktif kebijakan, bukan sekadar pelaksana pasif. Ketika sistem digital yang seharusnya mendukung tugas mereka justru menghasilkan galat data, pelaksana garis depan dipaksa mengambil keputusan diskresioner secara ad hoc di lapangan untuk menutupi kesenjangan sistem tersebut, misalnya dengan melakukan verifikasi manual

kepada pasien. Kondisi semacam ini, apabila berlangsung terus-menerus tanpa perbaikan pada tingkat sistem, berpotensi menimbulkan kelelahan birokrasi (*bureaucratic fatigue*) yang pada akhirnya dapat menurunkan kualitas layanan preventif itu sendiri.

Secara keseluruhan, arah reformasi kebijakan BPJS Kesehatan di Kabupaten Kudus, sebagaimana dipersepsikan oleh informan level regulator, menunjukkan pola kemajuan yang nyata namun tidak merata antardimensi. Kemajuan paling menonjol tampak pada dimensi legitimasi normatif dan desain program, sedangkan dimensi yang masih memerlukan percepatan adalah dimensi insentif finansial dan responsivitas infrastruktur digital. Pemahaman terhadap pola ketimpangan kecepatan ini menjadi fondasi penting bagi pembacaan subbagian-subbagian berikutnya, karena banyak persoalan implementasi yang pada dasarnya merupakan konsekuensi langsung dari ketimpangan kecepatan reformasi tersebut, bukan kegagalan berdiri sendiri pada masing-masing titik layanan.

Efektivitas dan Keselarasan Implementasi Kebijakan Promotif dan Prefentif dalam Kebijakan Janinan Kesehatan Nasional di Indonesia

Dari sisi keterlaksanaan operasional, seluruh lokasi penelitian menunjukkan bahwa Prolanis bukan program di atas kertas. Salah satu informan *regulator* (2) menguraikan secara rinci bagaimana program dijalankan di Puskesmas binaannya, yaitu melalui edukasi pasien setiap kali periksa, edukasi khusus sebulan sekali, serta senam Prolanis pada minggu ketiga, dengan sekitar tiga puluh pasien hipertensi dan diabetes melitus yang terlibat secara rutin. Narasi ini diperkuat oleh pengakuan langsung salah satu peserta (*pasien*), seorang lanjut usia penderita hipertensi, yang membenarkan keberadaan program senam Prolanis dan menyatakan dirinya diarahkan mengikuti kegiatan tersebut karena kondisi kesehatannya. Titik temu antara narasi pemberi layanan dan penerima layanan pada kasus ini menjadi bukti triangulasi yang meyakinkan bahwa program benar-benar berjalan di lapangan, bukan sekadar klaim administratif satu pihak. Nilai metodologis dari kesesuaian narasi ini perlu digaribawahi lebih jauh, karena kedua informan diwawancarai secara terpisah pada waktu berbeda tanpa mengetahui pertanyaan yang diajukan kepada pihak lain; dalam konteks metodologi penelitian kualitatif, pola triangulasi spontan semacam ini merupakan salah satu bentuk bukti kredibilitas tertinggi yang dapat diperoleh peneliti tanpa memerlukan instrumen kuantitatif tambahan.

Namun, ketika angka partisipasi ditelusuri lebih dalam, gambaran yang muncul menjadi lebih kompleks. Informan lain di level *regulator* (1), yang membina sekitar 5.000 (lima ribu) peserta JKN, mengungkapkan bahwa dari total sekitar dua ratus pasien diabetes melitus yang terdaftar, hanya sekitar 30 (tiga puluh) pasien atau kurang lebih 15% yang aktif mengikuti

kegiatan Prolanis. Angka ini menyingkap kesenjangan penting antara cakupan desain program, yaitu populasi yang seharusnya terlayani, dengan intensitas keterlibatan aktual, yaitu populasi yang benar-benar terjangkau, sebuah perbedaan yang telah diantisipasi sejak awal penelitian ini sebagai persoalan daya jangkauan program, bukan ketiadaan programnya. Temuan ini secara langsung memperkuat argumen bahwa persoalan utama JKN dalam konteks promotif-preventif bukan terletak pada ketiadaan desain kebijakan yang memadai, sebab secara desain Prolanis maupun PRB telah dirancang cukup baik, melainkan pada rendahnya daya jangkauan dan intensitas keterlibatan program terhadap populasi sasaran yang jauh lebih besar, sejalan dengan pola ketimpangan pembiayaan promosi-pencegahan antarkelompok masyarakat yang didokumentasikan Fuady et al. (2024) dan Asante et al. (2023) pada level nasional.

Angka partisipasi sebesar 15% tersebut, jika dibaca dalam konteks yang lebih luas, menyimpan implikasi finansial yang cukup serius bagi tujuan pengendalian biaya JKN. Dengan asumsi bahwa manfaat klinis promotif-preventif, seperti kontrol gula darah dan tekanan darah yang lebih baik, hanya dapat dirasakan secara agregat apabila cakupan partisipasi mencapai ambang tertentu dari populasi berisiko, maka cakupan sebesar 15% kemungkinan besar masih jauh dari ambang yang diperlukan untuk menghasilkan efek penurunan klaim yang terukur pada tingkat populasi. Dengan kata lain, keterlaksanaan program yang baik dari sisi operasional tidak secara otomatis diterjemahkan menjadi dampak finansial yang signifikan, sepanjang cakupan partisipasi belum diperluas secara substansial. Interpretasi ini konsisten dengan dimensi reach dan effectiveness pada kerangka RE-AIM (Glasgow et al., 2019), yang menegaskan bahwa efektivitas suatu intervensi kesehatan masyarakat pada level populasi ditentukan secara multiplikatif oleh jangkauan dan besaran dampak per individu, bukan oleh besaran dampak per individu semata.

Pada Program Rujuk Balik, pola efektivitas menunjukkan karakter yang berbeda dan justru lebih problematis dibandingkan Prolanis. Dua informan dari organisasi pelayanan rujukan (RSI Sunan Kudus), secara terpisah tanpa saling mengetahui jawaban satu sama lain, menunjuk pada persoalan yang sama, yaitu keengganan pasien untuk dialihkan ke FKTP. Informan sebagai Admin Casemix & PIPP, menyatakan bahwa kendala utamanya adalah pasien tidak bersedia menjalani PRB karena merasa kondisinya masih sakit dan belum layak dialihkan dari layanan rujukan. Temuan ini konsisten dengan Sandi (2022) dan Karti et al. (2025) yang juga mendokumentasikan rendahnya kepatuhan rujuk balik akibat persepsi pasien bahwa kondisinya belum cukup stabil untuk dialihkan ke layanan primer.

Informan di bagian Farmasi, menambahkan dimensi teknis-farmasi dari persoalan yang sama, yaitu bahwa kepatuhan pasien terhadap aturan minum obat menjadi penentu utama keberhasilan PRB, karena sebagian pasien memilah-milah obat yang dikonsumsi dan sebagian lain mengonsumsi jamu bersamaan dengan obat resep, bahkan menjelaskan mekanisme klinis di baliknya: pasien yang salah waktu minum obat memerlukan obat lambung tambahan untuk mengatasi efek samping, sementara pasien yang resisten terhadap satu jenis obat harus dialihkan ke dosis lebih tinggi atau obat generasi lebih mahal, yang secara otomatis meningkatkan biaya farmasi. Uraian ini memberikan bukti mekanisme yang secara langsung menjelaskan bagaimana ketidakpatuhan individual bertransmisi menjadi peningkatan biaya sistemik, sebuah tautan kausal yang jarang terungkap sedetail ini dalam evaluasi kebijakan berbasis data klaim agregat semata. Rantai kausalnya dapat diurai sebagai berikut: ketidakpatuhan pasien terhadap jadwal minum obat menimbulkan komplikasi ringan berupa gangguan lambung, yang kemudian memerlukan penambahan obat lambung; secara paralel, resistensi terhadap satu jenis obat memaksa peningkatan dosis atau penggantian ke obat generasi lebih mahal. Kedua jalur ini secara bersamaan meningkatkan volume dan nilai klaim farmasi tanpa disertai perbaikan luaran klinis yang sepadan.

Pemahaman terhadap mekanisme mikro semacam ini penting bagi perumus kebijakan, karena menunjukkan bahwa intervensi pengendalian biaya tidak cukup difokuskan pada level sistem pembiayaan makro semata, tetapi juga harus menyentuh level kepatuhan individual melalui pendekatan edukasi farmasi yang lebih personal dan intensif. Perbandingan antara pola efektivitas Prolanis dan PRB juga mengungkap perbedaan mendasar mengenai sifat hambatan pada masing-masing program: pada Prolanis, hambatan utama bersifat kuantitatif, yaitu rendahnya cakupan partisipasi dari populasi yang seharusnya terlayani; pada PRB, hambatan utama bersifat kualitatif-perilaku, yaitu resistensi psikologis pasien terhadap pengalihan layanan dari rumah sakit ke FKTP meskipun secara klinis mereka telah memenuhi kriteria. Perbedaan sifat hambatan ini mengisyaratkan bahwa strategi intervensi yang diperlukan untuk kedua program tersebut juga perlu dibedakan: penguatan cakupan Prolanis memerlukan perluasan jangkauan dan kemudahan akses, sedangkan penguatan PRB memerlukan intervensi komunikasi risiko yang mampu mengubah persepsi pasien terhadap kualitas layanan primer, sejalan dengan pendekatan *Health Belief Model* yang menempatkan persepsi manfaat dan hambatan sebagai determinan utama perilaku kesehatan (Alyafei & Easton-Carr, 2026).

Keselarasan antara kebijakan yang ditetapkan BPJS Kesehatan dengan pelaksanaannya di FKTP menunjukkan pola berlapis, yaitu kuat pada tataran desain program tetapi lemah pada

tataran arus informasi operasional. Titik paling jelas dari kelemahan ini terungkap dari pengalaman salah satu informan *regulator* (2), yang menjelaskan bahwa FKTP tidak mengetahui kapan seorang pasien PRB dikembalikan dari rumah sakit, sehingga harus menanyakan langsung kepada pasien mengenai kadar gula darah terakhirnya. Pernyataan ini mengungkap adanya celah informasi struktural: sistem rujuk balik dirancang sebagai mekanisme dua arah antara rumah sakit dan FKTP, tetapi pada praktiknya notifikasi status pasien tidak mengalir secara otomatis, sehingga FKTP harus menempuh jalur informal untuk memperoleh informasi yang semestinya tersedia secara sistemik.

Praktik bertanya langsung kepada pasien tersebut, apabila dianalisis lebih jauh, sesungguhnya merupakan bentuk kompensasi informal terhadap kegagalan sistem informasi formal. Fenomena semacam ini, dalam kerangka teori organisasi, dapat dipahami sebagai *workaround*, yaitu solusi praktis yang diciptakan oleh pelaksana garis depan untuk mengatasi keterbatasan sistem resmi. Meskipun *workaround* semacam ini menunjukkan resiliensi dan inisiatif pelaksana FKTP dalam menjaga keberlangsungan layanan, ketergantungan pada *workaround* dalam jangka panjang berisiko menimbulkan inkonsistensi data antarfasilitas, karena kualitas informasi yang diperoleh sangat bergantung pada ingatan dan kejujuran pasien perorangan, bukan pada catatan medis yang terverifikasi secara sistemik. Kesenjangan yang sama, dengan bentuk berbeda, juga disuarakan oleh informan dari Admin Casemix & PIPP RSI Sunan Kudus yang menyoroti arah sosialisasi kebijakan, mengusulkan agar aturan BPJS Kesehatan disosialisasikan terlebih dahulu dan tidak diterapkan secara kaku. Sementara itu, informan level *regulator* (2) menegaskan pentingnya sosialisasi dua arah yang melibatkan FKTP setiap kali ada kebijakan baru terkait rumah sakit, karena keduanya saling berkaitan dan berpotensi menimbulkan miskomunikasi jika tidak dikomunikasikan bersama.

Istilah "kaku" yang digunakan informan dari Admin Casemix & PIPP RSI mengandung makna implisit yang cukup dalam. Kata tersebut tidak semata-mata menunjuk pada ketegasan aturan secara substantif, melainkan lebih pada cara aturan tersebut disampaikan dan diterapkan tanpa ruang dialog yang memadai bagi pelaksana di lapangan untuk menyesuaikan penerapannya dengan konteks operasional mereka. Dengan kata lain, persoalan yang dikeluhkan bukan pada isi kebijakan itu sendiri, melainkan pada tata cara komunikasi kebijakan yang bersifat satu arah dan minim ruang negosiasi teknis, sebuah persoalan yang sesungguhnya dapat diperbaiki tanpa memerlukan perubahan substansi regulasi sama sekali, cukup melalui perbaikan mekanisme dialog kebijakan. Ketika ketiga kesaksian tersebut, yang datang dari dua level analisis berbeda (organisasi rujukan dan regulator FKTP) namun menunjuk pada

persoalan yang identik, dibaca secara bersamaan, pola yang muncul menunjukkan bahwa persoalan keselarasan implementasi di Kabupaten Kudus bukan terletak pada penolakan substansi kebijakan, melainkan pada arsitektur komunikasi kebijakan yang masih bersifat hierarkis-satu-arah. Pola komunikasi semacam ini, meskipun efisien dari sisi kecepatan penyampaian instruksi dari pusat ke daerah, cenderung mengorbankan kualitas umpan balik dari pelaksana garis depan kepada pembuat kebijakan, sehingga persoalan teknis yang muncul di lapangan tidak selalu dapat terdeteksi dan direspons secara tepat waktu, sebuah pola yang secara konseptual sejalan dengan *domain outer setting* dan *implementation process* pada kerangka CFIR (Damschroder et al., 2022).

Faktor Penguat dan Penghambat Efektivitas dan Keselarasan Implementasi Kebijakan Promotif-Preventif

Sintesis lintas informan menunjukkan bahwa faktor penguat dan penghambat implementasi tersebar pada enam dimensi yang saling berkaitan, yaitu regulasi, tata kelola dan koordinasi, pembiayaan dan insentif, sumber daya manusia dan kepemimpinan fasilitas, infrastruktur dan sistem informasi, serta partisipasi peserta. Pada dimensi partisipasi peserta, ditemukan pola paling konsisten yang disebutkan oleh delapan dari sepuluh informan, bahwa faktor kesadaran dan kepatuhan masyarakat merupakan kendala paling dominan, jauh melampaui kendala regulasi, sumber daya manusia, maupun pembiayaan. Konsistensi jawaban dari informan lintas level yang berbeda, mulai dari organisasi rujukan, regulator, hingga peserta itu sendiri, merupakan salah satu temuan paling kuat secara metodologis dalam keseluruhan penelitian ini, karena kesamaan persepsi semacam ini jarang ditemukan pada isu-isu kebijakan yang biasanya memunculkan perbedaan pandangan antarlevel akibat perbedaan kepentingan institusional.

Akan tetapi, justru karena konsistensi inilah penelitian ini bersikap kritis dan tidak menerima begitu saja narasi dominan tersebut sebagai kebenaran tunggal, mengingat terdapat risiko bahwa narasi "kesadaran masyarakat rendah" dapat menjadi semacam penjelasan default yang nyaman bagi pihak penyedia layanan, tanpa cukup menelaah kemungkinan faktor struktural di baliknya. Penelusuran lebih kritis terhadap informan sebagai peserta/pasien yang merupakan seorang lanjut usia peserta Puskesmas Jepang, mengungkap gambaran yang berbeda: hambatan utamanya bukan ketiadaan kesadaran atau kepatuhan, melainkan keterbatasan aksesibilitas transportasi menuju lokasi kegiatan senam Prolanis. Ketika ditelaah lebih jauh, kasus ini menyingkapkan bahwa sebagian ketidakpatuhan yang tampak di permukaan sesungguhnya merupakan manifestasi keterbatasan struktural, terutama pada

kelompok lanjut usia, dan bukan semata sikap acuh terhadap kesehatan diri sendiri. Frekuensi kemunculan tema "hambatan akses non-medis" pada data penelitian ini memang tergolong rendah secara kuantitas informan, sebab hanya disampaikan oleh satu informan, namun dalam tradisi penelitian kualitatif, kedalaman dan keunikan sebuah temuan justru dapat memiliki nilai analitis yang tinggi meskipun hanya muncul dari satu sumber, sepanjang temuan tersebut memberikan wawasan baru yang tidak tertangkap oleh tema-tema dominan lainnya (Braun & Clarke, 2021).

Temuan ini mengoreksi kecenderungan atribusi kausal yang terlalu individualistik dalam memahami ketidakpatuhan peserta terhadap program promotif-preventif, dan menegaskan pentingnya membaca faktor perilaku melalui lensa determinan sosial kesehatan, bukan semata *Health Belief Model* pada tataran individual belaka. Sebaliknya, pada dimensi partisipasi yang lain, sejumlah informan peserta dari segmen wirausaha dan Penerima Upah justru menunjukkan pola dukungan yang kuat terhadap edukasi berkelanjutan dan menempatkan kepatuhan sebagai kunci keberhasilan program, sebuah kontras yang mengindikasikan bahwa determinan kepatuhan peserta sesungguhnya sangat bergantung pada karakteristik *sosio-demografis* dan aksesibilitas struktural masing-masing segmen, bukan variabel tunggal yang berlaku seragam bagi seluruh populasi peserta JKN, sejalan dengan temuan bahwa faktor sosio-demografis pasien turut memengaruhi persepsi dan perilaku pemanfaatan layanan kesehatan (Seger, Syaodih, & Andriani, 2024). Pada dimensi tata kelola dan koordinasi, persoalan utamanya bukan ketiadaan mekanisme koordinasi, melainkan lemahnya kualitas arus informasi dan sosialisasi dua arah. Pada dimensi pembiayaan dan insentif, kapitasi yang belum berorientasi pada capaian preventif menjadi penghambat struktural yang paling mendasar, karena tidak memberikan insentif finansial yang memadai bagi FKTP untuk memprioritaskan investasi pada layanan promotif-preventif dibandingkan layanan kuratif. Pada dimensi sumber daya manusia dan kepemimpinan fasilitas, ditemukan variasi kapasitas antar-FKTP dalam menerjemahkan kebijakan promotif-preventif ke dalam praktik operasional harian, yang secara konseptual sejalan dengan domain inner setting pada kerangka CFIR mengenai pentingnya budaya organisasi dan kepemimpinan yang mendukung inovasi layanan (Damschroder et al., 2022).

Preventive-Oriented Cost Containment Model (POCCM) sebagai Startegi untuk Memperkuat Pengendalian Biaya dan Keberlanjutan Finansial Jaminan Kesehatan Nasional

Preventive-Oriented Cost Containment Model (POCCM) merupakan sebuah model kebijakan yang dibangun secara induktif dari rekomendasi eksplisit informan penelitian, bukan diturunkan dari kerangka teori generik semata. Konsekuensi dari cara penyusunan ini adalah setiap komponen POCCM memiliki jangkar empiris yang dapat ditelusuri kembali ke data lapangan, sebagaimana dirangkum pada *Tabel 1*.

Tabel 1. Komponen *Preventive-Oriented Cost Containment Model (POCCM)*

Komponen POCCM	Elemen Kunci	Dasar Empiris (Ringkas)
Reformasi Pembiayaan Berbasis Kinerja Preventif	Kapitasi dikaitkan target minimal skrining/Prolanis; insentif FKTP berkinerja preventif tinggi	Kapitasi belum berbasis pencegahan (temuan informan regulator)
Penguatan Tata Kelola Informasi Lintas-Level	Notifikasi otomatis status PRB; forum sosialisasi dua arah BPJS-RS-FKTP terjadwal	FKTP tidak mengetahui status pengembalian pasien PRB secara sistemik
Penguatan Kapasitas Layanan Primer	Standardisasi edukasi berlapis (dokter, farmasi, kader); pelatihan komunikasi risiko	Edukasi rutin berjalan namun belum terstandarisasi antarfasilitas
Sistem Insentif dan Indikator Kinerja Preventif	Indikator kinerja khusus promotif-preventif dalam akreditasi/penilaian faskes	Kebutuhan indikator kinerja preventif eksplisit
Inklusi Aksesibilitas Peserta Rentan	Skema pendampingan/antar-jemput lansia untuk kegiatan Prolanis berbasis komunitas	Hambatan akses non-medis (transportasi) pada peserta lansia
Edukasi Publik Berbasis Digital dan Komunitas	Optimalisasi Mobile JKN, media sosial, dan leaflet sebagai kanal edukasi masyarakat luas	Kebutuhan keterlibatan BPJS langsung dalam edukasi peserta

Secara struktural, keenam komponen tersebut tidak berdiri sendiri-sendiri, melainkan tersusun dalam sebuah rantai kausal berjenjang lima tahap. Tahap pertama adalah reformasi kebijakan dan regulasi di level pusat (BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan), yang menjadi titik masuk bagi empat komponen pertama, yaitu reformasi pembiayaan, tata kelola informasi, kapasitas layanan primer, dan sistem insentif. Tahap kedua adalah kapasitas implementasi di level kelembagaan lokal (BPJS Kantor Cabang Kudus, RSI Sunan Kudus, dan jaringan FKTP), yang menerjemahkan keempat komponen tersebut ke dalam praktik operasional sehari-hari. Tahap ketiga adalah kualitas penyelenggaraan program promotif-preventif itu sendiri di lapangan, yaitu Prolanis, PRB, skrining, dan edukasi, yang secara langsung dipengaruhi oleh komponen kelima dan keenam, yaitu inklusi aksesibilitas dan edukasi digital-komunitas. Tahap keempat adalah perilaku peserta, meliputi kepatuhan, kesadaran, dan aksesibilitas, yang berinteraksi dengan kualitas penyelenggaraan pada tahap ketiga. Tahap kelima, sebagai muara, adalah luaran layanan kesehatan berupa deteksi dini,

kepatuhan terapi, dan penurunan komplikasi, yang pada akhirnya bermuara pada luaran finansial berupa efisiensi pembiayaan dan keberlanjutan JKN.

Sebagai ilustrasi keterikatan model pada konteks lokal, komponen kelima, yaitu inklusi aksesibilitas peserta rentan, tidak akan pernah muncul apabila model ini disusun murni dari kajian literatur pembiayaan kesehatan berbasis kinerja preventif secara umum, karena komponen tersebut lahir spesifik dari temuan kasus salahsatu informan yang merupakan pasien di Puskesmas Jepang yang tidak dapat mengikuti senam Prolanis karena tiadanya sarana antar-jemput. Keunggulan konseptual utama dari struktur berjenjang POCCM ini adalah kemampuannya mengidentifikasi titik-titik intervensi (*leverage points*) secara lebih presisi dibandingkan pendekatan evaluasi kebijakan konvensional yang cenderung memandang implementasi sebagai proses satu tahap. Dengan memecah rantai kausal menjadi lima tahap yang berurutan, pembuat kebijakan dapat mengidentifikasi secara lebih akurat pada tahap mana kegagalan implementasi paling sering terjadi, dan karenanya dapat mengalokasikan sumber daya perbaikan secara lebih tepat sasaran, sebuah pendekatan yang sejalan dengan rekomendasi metodologis mengenai riset implementasi *multi-level yang rigor* (Lengnick-Hall et al., 2023). Sebagai ilustrasi penerapannya, apabila evaluasi lanjutan menunjukkan bahwa kegagalan paling sering terjadi pada tahap kedua, yaitu kapasitas implementasi kelembagaan lokal, maka intervensi perbaikan semestinya diprioritaskan pada penguatan kapasitas kelembagaan FKTP dan mekanisme koordinasi lintas-fasilitas, bukan pada revisi regulasi di level pusat yang sebenarnya sudah cukup progresif.

Komponen kelima POCCM, yaitu inklusi aksesibilitas peserta rentan, merupakan kontribusi paling orisinal model ini dibandingkan model-model cost containment kesehatan sebelumnya, sebab dimensi tersebut relatif jarang mendapat perhatian setara dengan dimensi pembiayaan dan sistem informasi pada model-model serupa (WHO, 2018). Dalam struktur POCCM, dimensi ini ditempatkan setara dengan lima komponen lainnya, bukan sekadar catatan tambahan, karena penelitian ini menemukan bahwa hambatan aksesibilitas struktural, jika dibiarkan tersamar di balik narasi ketidakpatuhan individual, berpotensi menghasilkan kebijakan intervensi yang keliru sasaran, misalnya intervensi edukasi tambahan bagi kelompok yang sesungguhnya memerlukan intervensi logistik-transportasi. Dengan struktur demikian, POCCM diharapkan mampu menjembatani kesenjangan antara pemahaman implementasi kebijakan yang bersifat *makro-regulatif* dengan realitas *mikro-personal* peserta JKN, sekaligus menawarkan pergeseran paradigma pembiayaan JKN dari *curative-based financing* menuju *preventive-centered sustainability*.

Dalam hal ini, kekuatan utama POCCM bukan terletak pada orisinalitas setiap komponennya secara terpisah, mengingat sebagian komponen seperti reformasi pembiayaan berbasis kinerja dan penguatan sistem informasi telah banyak dibahas pada literatur *cost containment* kesehatan internasional. Kekuatan utama POCCM justru terletak pada integrasi kelima komponen tersebut ke dalam satu kerangka koheren yang secara spesifik dijangkakan pada konteks empiris implementasi JKN di Kabupaten Kudus, sekaligus pada penempatan inklusi aksesibilitas peserta rentan sebagai komponen setara, bukan sekadar pelengkap. Implementasi kelima komponen POCCM tersebut dapat dilakukan secara bertahap dan tidak harus menunggu seluruh komponen matang secara bersamaan, mengingat sebagian komponen, seperti penguatan tata kelola informasi lintas-level dan inklusi aksesibilitas peserta rentan, relatif tidak memerlukan negosiasi kelembagaan yang rumit maupun perubahan regulasi berskala nasional sehingga dapat menjadi prioritas jangka pendek, sementara komponen reformasi pembiayaan berbasis kinerja preventif memerlukan linimasa yang lebih panjang mengingat kompleksitas renegosiasi kontrak dan kalkulasi aktuaria yang menyertainya.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Reformasi kebijakan BPJS Kesehatan dalam memperkuat pendekatan promotif dan preventif bergerak progresif pada dimensi regulasi dan desain program, tetapi belum diikuti transformasi setara pada dimensi pembiayaan dan insentif fasilitas kesehatan, sebuah pola yang disebut sebagai reformasi dua kecepatan. Efektivitas implementasi Prolanis dan Program Rujuk Balik di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama menunjukkan pola berlapis, kuat pada keterlaksanaan operasional tetapi lemah pada cakupan partisipasi dan rentan terhadap resistensi psikologis pasien, sementara keselarasan implementasi antara level kebijakan dan level pelaksana bersifat parsial, kuat pada komitmen normatif tetapi lemah pada arus informasi operasional lintas-fasilitas. Faktor penguat dan penghambat implementasi tersebar pada enam dimensi yang saling berkaitan, dengan kesadaran dan kepatuhan peserta sebagai kendala paling dominan yang, pada sebagian kasus, sesungguhnya merupakan manifestasi keterbatasan struktural dan bukan semata sikap individual. Temuan-temuan tersebut secara konsisten menjawab tujuan penelitian dan mengonfirmasi bahwa optimalisasi kebijakan promotif-preventif BPJS Kesehatan lebih merupakan persoalan defisit implementasi lintas-level dibandingkan defisit desain kebijakan semata, sekaligus melandasi perumusan *Preventive-Oriented Cost Containment Model* (POCCM) sebagai model kebijakan berjenjang lima tahap

dengan enam komponen intervensi yang secara spesifik dijangkarkan pada konteks empiris implementasi JKN.

DAFTAR REFERENSI

- Adnan, Y., Hadju, V., Mallongi, A., & Ali, M. S. S. (2025). The economic cost of type 2 diabetes in Indonesia: A systematic review. *Iranian Journal of Public Health*, 54(10), 2139–2150. <https://doi.org/10.18502/ijph.v54i10.20118>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2026). The health belief model of behavior change. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Arrow, K. J. (2004). Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(2), 141–149.
- Asante, A., Cheng, Q., Susilo, D., Satrya, A., Haemmerli, M., Fattah, R. A., Kosen, S., Novitasari, D., Puteri, G. C., Adawiyah, E., Hayen, A., Mills, A., Tangcharoensathien, V., Jan, S., Thabrany, H., & Wiseman, V. (2023). The benefits and burden of health financing in Indonesia: Analyses of nationally representative cross-sectional data. *The Lancet Global Health*, 11(5), e770–e780. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00064-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00064-5)
- Aulia, D. D. (2025). Program Prolanis dari BPJS Kesehatan diharapkan mampu tekan kasus kronis. *detiknews*. <https://news.detik.com/berita/d-8170616/program-prolanis-dari-bpjs-kesehatan-diharapkan-mampu-tekan-kasus-kronis>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 13(2), 201–216. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>
- Chalkley, M., Hidayat, B., Ramadani, R. V., & Aragón, M. J. (2022). The sensitivity of hospital coding to prices: Evidence from Indonesia. *International Journal of Health Economics and Management*, 22(2), 147–162. <https://doi.org/10.1007/s10754-021-09312-7>
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- de Moel-Mandel, C., Lynch, C., Issaka, A., Braver, J., Zisis, G., Carrington, M. J., & Oldenburg, B. (2023). Optimising the implementation of digital-supported interventions for the secondary prevention of heart disease: A systematic review using the RE-AIM planning and evaluation framework. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1347. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10361-6>
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2025). Monthly report monitoring JKN. https://kesehatan.djsn.go.id/kesehatan/doc/laporan-bulanan/Monthly_Report_JKN_07_2025.pdf

- Febriany, F. F. F. (2023). Kualitas hidup peserta Prolanis diabetes melitus tipe II: A systematic review. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 3(2), 56–64. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v3i2.169>
- Fuady, A., Anindhita, M., Haniifah, M., Ahsan, A., Sugiharto, A., Haya, M. A. N., Pakasi, T., Kusuma, D., Solikha, D. A., Ali, P. B., & Widyahening, I. S. (2024). Bridging the gap: Financing health promotion and disease prevention in Indonesia. *Health Research Policy and Systems*, 22(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01206-7>
- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G., & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. *Frontiers in Public Health*, 7, 64. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064>
- Grossman, M. (2022). The demand for health turns 50: Reflections. *Health Economics*, 31(9), 1807–1822. <https://doi.org/10.1002/hec.4563>
- Hanifa, R. S., Rokhman, M. R., Fritz, M., Widyaningsih, V., Febrinasari, R. P., Koot, J. A. R., Postma, M. J., & Schans, J. van der. (2025). Cost-effectiveness of community-based type 2 diabetes prevention and control in Indonesia: A health economics modelling study. *BMJ Public Health*, 3(2). <https://doi.org/10.1136/bmjph-2024-002161>
- Helaluddin, & Wijaya, H. (2019). Analisis data kualitatif: Sebuah tinjauan teori & praktik. Sekolah Tinggi Theologia Jaffray.
- Herawati, Franzone, R., & Chrisnahutama, A. (2020). Universal health coverage: Tracking Indonesia's progress. *Perkumpulan PRAKARSA*.
- Hidayat, B., Ramadani, R. V., Rudijanto, A., Soewondo, P., Suastika, K., & Siu Ng, J. Y. (2022). Direct medical cost of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in Indonesia. *Value in Health Regional Issues*, 28, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2021.04.006>
- Karti, I. M., Priyatni, N., & Hendra, P. (2025). Evaluasi implementasi program rujuk balik (PRB) di Puskesmas Kota Semarang. *Jurnal SAGO Gizi dan Kesehatan*, 6(3), 723. <https://doi.org/10.30867/gikes.v6i3.2968>
- Larasati, P. C. E. I., & Ulandari, L. P. S. (2024). Barrier of referral-back in secondary health facilities: Provider and patient perspectives. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 12(2), 250–257. <https://doi.org/10.20473/jaki.v12i2.2024.250-257>
- Lengnick-Hall, R., Williams, N. J., Ehrhart, M. G., Willging, C. E., Bunger, A. C., Beidas, R. S., & Aarons, G. A. (2023). Eight characteristics of rigorous multilevel implementation research: A step-by-step guide. *Implementation Science*, 18(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01302-2>
- Liputan6.com. (2025, July 15). Daftar 8 penyakit dengan klaim terbesar BPJS Kesehatan tahun 2024, capai Rp37 triliun. <https://www.liputan6.com/health/read/6105531/daftar-8-penyakit-dengan-klaim-terbesar-bpjs-kesehatan-tahun-2024-capai-rp37-triliun>
- Moleong, L. J. (2018). Metodologi penelitian kualitatif (Rev. ed.). PT Remaja Rosdakarya.
- Prasetyo, D. A. (2025). Dewasa muda kena diabetes makin marak, beban BPJS Kesehatan makin berat. *detikKalimantan*. <https://www.detik.com/kalimantan/berita/d-8180507/dewasa-muda-kena-diabetes-makin-marak-beban-bpjs-kesehatan-makin-berat>

- Purba, Y. T., Sinaga, A. G., & Simbolon, P. H. (2023). Analisis kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap akses pelayanan kebidanan. *Multidisiplin Paradigma Journal*, 1(1), 26–30. <https://doi.org/10.61696/muara.v1i1.881>
- Purnamasari, A. T., & Rizki, R. F. (2025). Implementation challenges of performance-based capitation in Indonesia: A scoping review. *Preventif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 16(3). <https://doi.org/10.22487/atjpe119>
- Ramadani, N. A., Simanjuntak, G. Y., Putri, D. N., Tobing, L. M. L., & Yulika, M. (2025). Policy implementation in resource-scarce political environments: Applying Peter S. Cleaves' framework to Indonesia's national health insurance (JKN). *Journal Governance Bureaucratic Review*, 2(2), 66–78. <https://doi.org/10.31629/jgbr.v2i2.7738>
- Sandi, F. D. (2022). Upaya peningkatan capaian kepatuhan program rujuk balik di RS X dengan menggunakan problem solving cycle. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(2), 1207–1218. <https://doi.org/10.31539/jks.v5i2.2991>
- Seger, R. W., Syaodih, E., & Andriani, R. (2024). Pengaruh faktor sosio-demografi pasien terhadap minat kunjungan ulang pasien. *Service Management Triangle: Jurnal Manajemen Jasa*, 6(1), 31–41. <https://doi.org/10.51977/jsj.v6i1.1839>
- Sitompul, E. M. S., & Shidieq, F. H. A. (2024). Effectiveness of diabetes mellitus type 2 management in Prolanis participants at the BPJS Kesehatan Sibolga. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 4(2), 251–268. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v4i2.251>
- Sugiyono. (2023). *Metode penelitian studi kasus (Pendekatan kuantitatif, kualitatif, & kombinasi)*. Alfabeta.
- Sulaiman Martawinata, A. (2024). Analisis ketersediaan obat program rujuk balik (PRB) kasus hipertensi di FKTP Kota Palembang tahun 2023 [Tesis, Universitas Indonesia]. Universitas Indonesia Library. <https://lib.ui.ac.id>
- WHO. (2018). Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services. World Health Organization.
- WHO. (2020). Operational framework for primary health care. World Health Organization.
- WHO. (2023a). Lessons learned from joint financing of health systems strengthening in low- and middle-income countries. World Health Organization.
- Zahidie, A., Yusuf, S., & Ahmed, F. (2023). Applying the Walt and Gilson health policy analysis triangle in low- and middle-income countries: A scoping review. (dikutip dalam kajian kebijakan kesehatan kontemporer).