



Tinjauan Terhadap Tingkat Ketidapatuhan Pembayaran Iuran BPJS Kesehatan di Ruang Alexandri Lantai 3 RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin

Rabiatul Adawiah¹, Nurbaiti², Nadzwa Angelina Putri³

^{1,2,3} Politeknik Kesdam VI Banjarmasin, Indonesia

Received : 1 Agustus 2025, Revised : 15 Agustus 2025, Published : 19 Agustus 2025

Corresponding Author

Nama Penulis: Nurbaiti

E-mail: nurbaitimkm3@gmail.com

Abstrak

Program BPJS Kesehatan memberikan pelayanan kesehatan individu yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif, dengan kelengkapan obat dan alat kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan medis pasien. Sistem pelayanan ini dijalankan melalui mekanisme rujukan yang berjenjang. Tren peningkatan jumlah peserta dari tahun ke tahun mencerminkan besarnya kebutuhan masyarakat terhadap Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Untuk menjamin keberlanjutan penyelenggaraan program, diperlukan keterlibatan aktif seluruh pihak terkait, salah satunya melalui kepatuhan membayar iuran secara konsisten. Namun, pertumbuhan jumlah peserta belum diikuti dengan peningkatan disiplin pembayaran iuran. Kepatuhan dalam konteks ini berarti kesediaan memenuhi ketentuan yang berlaku, termasuk melunasi kewajiban pembayaran iuran BPJS Kesehatan. Iuran dapat dibayarkan oleh peserta sendiri, pemberi kerja, atau pemerintah. Bagi kelompok non-Penerima Bantuan Iuran (non-PBI), tarif ditetapkan sebesar 5% dari upah bulanan, di mana 4% menjadi tanggungan pemberi kerja dan 1% ditanggung peserta. Peserta mandiri membayar sesuai kelas perawatan, yaitu Rp42.000 untuk kelas III, Rp100.000 untuk kelas II, dan Rp150.000 untuk kelas I, yang berlaku sejak 1 Januari 2021. Penelitian ini mengadopsi metode kualitatif untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang memengaruhi keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis, dengan menggunakan kerangka analisis 5M (Man, Machine, Method, Material, dan Money). Pendekatan ini memungkinkan peneliti menggali makna fenomena secara komprehensif dalam konteks alami. Hasil kajian memperlihatkan bahwa rendahnya kepatuhan pembayaran iuran lebih banyak dipengaruhi oleh kondisi finansial dan jenis pekerjaan, dibandingkan penilaian terhadap mutu layanan atau sarana kesehatan yang disediakan.

Kata Kunci - ketidapatuhan, peserta BPJS kesehatan, iuran

Abstract

The BPJS Health programme provides individual health services covering promotive, preventive, curative, and rehabilitative aspects, with a complete range of medicines and medical equipment tailored to patients' medical needs. This service system is implemented through a tiered referral mechanism. The trend of increasing participant numbers year over year reflects the significant demand from the public for National Health Insurance (JKN). To ensure the sustainability of the programme, active involvement from all relevant parties is required, including consistent compliance with premium payments. However, the growth in participant numbers has not been accompanied by an increase in payment discipline. Compliance in this context means willingness to meet applicable regulations, including fulfilling the obligation to pay BPJS Health premiums. Premiums can be paid by participants themselves, employers, or the government. For non-Premium Assistance Recipients (non-PBI),

the rate is set at 5% of monthly wages, with 4% borne by the employer and 1% by the participant. Self-employed participants pay according to their care class: Rp42,000 for Class III, Rp100,000 for Class II, and Rp150,000 for Class I, effective from 1 January 2021. This study adopted a qualitative method to explore the factors that influence delays in the return of medical records, using the 5M analysis framework (Man, Machine, Method, Material, and Money). This approach allows researchers to comprehensively explore the meaning of phenomena in their natural context. The results of the study show that low compliance with payment of contributions is more influenced by financial conditions and type of work than by assessments of the quality of services or health facilities provided.

Keywords - noncompliance, BPJS health participants, contributions

How to Cite : Adawiah, R., Nurbaiti, N., & Putri, N. A. (2025). Tinjauan Terhadap Tingkat Ketidapatuhan Pembayaran Iuran BPJS Kesehatan di Ruang Alexandri Lantai 3 RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. *Jurnal Penelitian Multidisiplin Bangsa*, 2(3), 632–638. <https://doi.org/10.59837/jpnmb.v2i3.544>

Copyright ©2025 Rabiatul Adawiah, Nurbaiti Nurbaiti, Nadzwa Angelina Putri

PENDAHULUAN

Kesehatan diakui sebagai hak dasar setiap individu dalam Konstitusi Republik Indonesia Tahun 1945. Pasal 28H ayat (1) menegaskan bahwa setiap warga negara berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak, menempatkannya sebagai bagian integral dari hak asasi manusia. Untuk menjamin pemenuhan hak tersebut secara merata di seluruh lapisan masyarakat dan mendukung terciptanya kehidupan yang sehat, produktif, serta sejahtera, pemerintah mengembangkan kebijakan strategis melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 dan mulai diimplementasikan secara nasional pada 1 Januari 2014.

Penyelenggaraan JKN berada di bawah kewenangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, sebuah badan hukum publik yang bersifat nirlaba dan bertanggung jawab langsung kepada Presiden. Mekanisme kepesertaan BPJS Kesehatan diklasifikasikan menjadi dua kategori besar. Pertama, kelompok Penerima Bantuan Iuran (PBI), yang mencakup masyarakat dengan keterbatasan finansial, seperti fakir miskin dan individu tidak mampu. Kedua, kategori Non-Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI), yang mencakup beragam kelompok, antara lain pekerja penerima upah—meliputi Pegawai Negeri Sipil (PNS), anggota Tentara Nasional Indonesia (TNI), Kepolisian Republik Indonesia (Polri), pejabat negara, serta pegawai sektor swasta. Selain itu, pekerja bukan penerima upah seperti wirausaha atau pekerja mandiri, serta kategori non-pekerja yang meliputi investor, pemberi kerja, dan penerima pensiun, juga tergolong dalam kelompok ini (Putri, 2014).

Sebagai badan pelaksana, BPJS Kesehatan bertugas menyelenggarakan program JKN yang dirancang untuk menjamin kebutuhan dasar pelayanan kesehatan bagi setiap peserta melalui skema pembayaran iuran rutin, baik yang ditanggung sendiri maupun oleh pemerintah. Layanan yang disediakan bersifat individual dan mencakup upaya promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan penyakit), kuratif (pengobatan), hingga rehabilitatif (pemulihan), termasuk penyediaan obat-obatan dan alat medis yang habis pakai sesuai kebutuhan.

Pelayanan kesehatan dalam Program BPJS Kesehatan dilaksanakan melalui sistem rujukan berjenjang, di mana peserta terlebih dahulu mendapatkan pemeriksaan di fasilitas kesehatan tingkat pertama sebelum dapat diarahkan ke fasilitas pada tingkat lanjutan. Tren peningkatan jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mencerminkan tingginya kebutuhan masyarakat terhadap program ini. Keberlanjutan pelaksanaannya menjadi tanggung jawab kolektif, salah satunya melalui disiplin pembayaran iuran secara berkesinambungan.

Kendati terjadi penambahan peserta dari waktu ke waktu, tingkat kedisiplinan dalam memenuhi kewajiban finansial tersebut belum sebanding dengan jumlah kepesertaan. Kepatuhan diartikan sebagai sejauh mana peserta melaksanakan kewajiban membayar iuran sesuai regulasi yang berlaku. Iuran dapat bersumber dari peserta sendiri, pemberi kerja, maupun pemerintah. Untuk kelompok Non-Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI), besarnya ditetapkan sebesar 5% dari

This work is licensed under Creative Commons Attribution License 4.0 CC-BY International license



penghasilan bulanan, dengan porsi 4% menjadi tanggungan pemberi kerja dan 1% dibayar oleh peserta. Sementara itu, bagi peserta mandiri, tarif iuran per Januari 2021 ditentukan menurut kelas layanan, yakni Rp42.000 untuk kelas III, Rp100.000 untuk kelas II, dan Rp150.000 untuk kelas I (BPJS Kesehatan, 2021).

TINJAUAN PUSTAKA

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu instrumen kebijakan pemerintah yang bertujuan membangun masyarakat Indonesia yang sehat secara menyeluruh. Melalui partisipasi dalam program ini, diharapkan setiap individu dapat mengakses layanan kesehatan yang layak serta mendapatkan pengobatan yang selaras dengan kemampuan finansialnya. Kepesertaan JKN dibagi ke dalam beberapa kategori yang disesuaikan dengan kondisi ekonomi dan status sosial peserta (Tukiyo et al., 2020).

Mulai 1 Januari 2021, pemerintah menetapkan kebijakan baru terkait penyesuaian tarif iuran, khususnya untuk peserta Kelas III dari kelompok Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU). Berdasarkan kebijakan tersebut, iuran bulanan untuk kelas ini dipatok sebesar Rp35.000 per orang, dengan tambahan subsidi dari pemerintah sebesar Rp7.000. Dengan adanya subsidi tersebut, total kontribusi yang harus dibayarkan guna memperoleh hak atas layanan rawat inap kelas III menjadi Rp42.000 setiap bulan. Kebijakan penyesuaian ini merupakan konsekuensi dari pengurangan besaran subsidi sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020. Adapun tarif iuran bagi peserta kelas II dan kelas I tetap dipertahankan pada angka Rp100.000 dan Rp150.000 per bulan.

Bagi peserta yang bekerja sebagai penerima upah di lingkungan instansi pemerintah – termasuk Pegawai Negeri Sipil (PNS), personel TNI dan Polri, pejabat negara, serta pegawai pemerintah non-PNS – besaran iuran ditentukan sebesar 5% dari penghasilan bulanan. Dari jumlah tersebut, 4% menjadi tanggungan instansi atau pemberi kerja, sedangkan 1% dibayar oleh peserta. Mekanisme pembagian kontribusi yang sama juga diterapkan pada pekerja di Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha Milik Daerah (BUMD), maupun perusahaan swasta, yaitu 4% oleh pemberi kerja dan 1% oleh pekerja.

Per 1 Juli 2016, penerapan denda akibat keterlambatan pembayaran iuran tidak lagi dilakukan secara otomatis. Meskipun demikian, sanksi finansial akan berlaku apabila peserta, dalam kurun waktu 45 hari sejak status kepesertaannya aktif kembali, memperoleh layanan rawat inap. Berdasarkan ketentuan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020, besaran denda ditetapkan sebesar 5% dari biaya awal yang tercantum pada diagnosa rawat inap, kemudian dikalikan dengan jumlah bulan tunggakan pembayaran iuran.

METODE

Penelitian ini mengadopsi pendekatan kualitatif sebagai metode utamanya. Pendekatan tersebut dipilih untuk mengeksplorasi secara mendalam berbagai faktor yang memengaruhi keterlambatan dalam pengembalian berkas rekam medis, yang dianalisis melalui lima aspek utama yaitu Manusia, Mesin, Metode, Material, dan Uang (5M). Sebagaimana dijelaskan oleh Sugiyono (2018), penelitian kualitatif bertujuan untuk memahami fenomena sosial dalam konteks tertentu secara holistik. Dalam konteks penelitian ini, peneliti berperan secara langsung sebagai instrumen utama dalam pelaksanaan proses pengumpulan data. Proses tersebut dilakukan dengan menerapkan teknik triangulasi, yakni penggabungan berbagai sumber data dan metode guna meningkatkan validitas temuan penelitian. Data dianalisis secara induktif, dengan fokus pada pencarian makna yang mendalam daripada menarik kesimpulan yang bersifat umum atau generalisasi.

PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Status Kepesertaan Dalam Program BPJS Kesehatan, Ketika ditanya mengenai status kepesertaan, seluruh responden menyatakan bahwa mereka merupakan peserta aktif dalam program BPJS Kesehatan. Ibu SP menjelaskan bahwa ia terdaftar sebagai peserta mandiri. Bapak AS menyebut dirinya sebagai peserta kelas 2 dari layanan BPJS ASKES. Ibu NS dan Bapak T mengonfirmasi kepesertaan mereka sebagai peserta mandiri kelas 3, sementara Bapak D juga menyatakan hal serupa. Dari data ini, dapat disimpulkan bahwa seluruh partisipan penelitian tergolong sebagai pengguna layanan BPJS Kesehatan.
2. Persepsi Terhadap Kualitas Pelayanan BPJS Kesehatan, Mayoritas responden menyampaikan tanggapan positif terhadap mutu pelayanan yang mereka terima melalui BPJS Kesehatan. Ibu SP menyatakan bahwa pelayanan yang diberikan sangat memuaskan. Hal senada juga diutarakan oleh Bapak AS yang menilai layanan BPJS di wilayah Banjarmasin sudah cukup baik. Responden lain seperti Ibu NS, Bapak T, dan Bapak D juga menyampaikan pendapat serupa, menilai layanan yang mereka dapatkan sudah baik. Berdasarkan temuan yang diperoleh, secara umum dapat disimpulkan bahwa persepsi responden terhadap layanan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan tergolong positif, terutama pada unit pelayanan di Ruang Alexandri, Lantai 3, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. H. Moch. Ansari Saleh, Kota Banjarmasin.
3. Kelebihan Layanan BPJS Kesehatan Menurut Peserta, Terkait keunggulan layanan, para responden menyebutkan berbagai aspek positif. Ibu SP menyoroti kemudahan dalam mengakses layanan medis kapan pun dibutuhkan, serta fasilitas kesehatan yang dinilai memadai. Bapak AS menyatakan bahwa proses pelayanan tidak berbelit-belit. Bapak T dan Bapak D menilai keberadaan aplikasi Mobile JKN sebagai inovasi yang memudahkan pengurusan administrasi seperti pindah faskes dan akses layanan via WhatsApp. Secara umum, seluruh peserta menilai layanan BPJS memberikan kemudahan, terutama bagi peserta mandiri yang mengandalkan teknologi digital dalam mengakses layanan.
4. Kekurangan Layanan BPJS Kesehatan dari Perspektif Peserta, Sebagian besar responden tidak menemukan kekurangan yang berarti dalam layanan BPJS Kesehatan. Ibu SP, Bapak AS, dan Ibu NS menyatakan bahwa mereka tidak mengalami kendala selama menggunakan layanan tersebut. Namun, dua responden, yaitu Bapak T dan Bapak D, menyoroti kelemahan dalam sistem yaitu penonaktifan kepesertaan apabila peserta terlambat atau tidak membayar iuran. Artinya, meski secara umum persepsi peserta cukup positif, ada kekhawatiran terkait sanksi administratif terhadap ketidakpatuhan pembayaran iuran.
5. Tingkat Pemahaman Peserta terhadap Bentuk Pelayanan BPJS Kesehatan, dalam hal pemahaman mengenai bentuk pelayanan BPJS Kesehatan, para responden menunjukkan tingkat pengetahuan yang bervariasi. Ibu SP menilai bahwa layanan yang diberikan cepat dan responsif terhadap kebutuhan pasien. Bapak AS mengakui bahwa ada layanan pengobatan yang ditanggung BPJS, namun ada pula yang tidak termasuk dalam cakupan. Ibu NS menyatakan dirinya kurang tahu, tetapi ia mendengar dari orang lain bahwa tidak semua jenis pengobatan dicover oleh BPJS. Sementara itu, Bapak T dan Bapak D mengaitkan bentuk layanan BPJS dengan kegiatan Posyandu.

Berdasarkan wawancara ini, dapat disimpulkan bahwa meskipun semua responden mengenal layanan BPJS, masih terdapat keterbatasan pemahaman terhadap cakupan dan batasan layanannya.

B. PEMBAHASAN

Setelah dilakukan pengolahan dan penyajian data, hasil penelitian ini dibahas berdasarkan beberapa variabel, dimulai dari faktor predisposisi hingga faktor pendorong sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*)

Faktor predisposisi merujuk pada karakteristik internal individu yang memengaruhi perilaku mereka, seperti latar belakang demografi, pengetahuan, sikap, nilai, struktur sosial, hingga kepercayaan.

- a. Pekerjaan, menurut Notoatmodjo (2012), pekerjaan dipahami sebagai serangkaian aktivitas atau tugas tertentu yang menghasilkan pendapatan bagi individu. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013) menambahkan bahwa pekerjaan merupakan aktivitas yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan hidup, di mana individu yang aktif bekerja umumnya memiliki jangkauan akses informasi yang lebih luas. Berdasarkan temuan penelitian di RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin, terdapat hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dengan tingkat kepatuhan peserta dalam membayar iuran BPJS Kesehatan. Hasil ini konsisten dengan pandangan Kertayasa (2010), yang mengemukakan bahwa peserta asuransi kesehatan dengan penghasilan tetap cenderung lebih disiplin dalam melaksanakan kewajiban pembayaran iuran secara berkala. Sebaliknya, individu yang tidak memiliki pekerjaan atau penghasilan tetap sering kali mengalami ketidakteraturan pembayaran, umumnya disebabkan oleh keterbatasan sumber daya finansial untuk mengalokasikan biaya kesehatan.
 - b. Pendapatan, Sodikin dan Riyono (2014:37) memaknai pendapatan sebagai peningkatan manfaat ekonomi dalam periode pelaporan tertentu, baik yang berasal dari penambahan aset maupun penurunan kewajiban, sehingga mengakibatkan kenaikan ekuitas tanpa adanya kontribusi dari pemilik modal. Pandangan ini dilengkapi oleh Fini Fajrini dan rekan (2018), yang menemukan bahwa besarnya pendapatan memiliki hubungan positif dengan kesadaran individu untuk mengikuti program asuransi dan memenuhi kewajiban perpajakan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rendahnya tingkat pendapatan menjadi salah satu determinan utama ketidapatuhan dalam pembayaran iuran BPJS Kesehatan. Temuan tersebut selaras dengan pernyataan dalam Buku Saku BPJS Kesehatan (2014), yang menjelaskan bahwa penghasilan bulanan yang terbatas membuat masyarakat lebih memprioritaskan pemenuhan kebutuhan pokok, sehingga kewajiban membayar iuran dipandang sebagai beban tambahan. Sebaliknya, peserta dengan pendapatan yang memadai lebih mampu melunasi iuran secara teratur. Kecenderungan ini diperkuat oleh studi Mirna dan kolega (2021) di Kelurahan Tamalanrea Jaya, Kota Makassar, yang melaporkan bahwa seluruh informan mengalami ketidapatuhan dalam pembayaran iuran mandiri BPJS akibat keterbatasan penghasilan. Konsistensi temuan juga terlihat pada penelitian Fini Fajrini (2018) di Kelurahan Cempaka Putih, di mana 54% responden berpenghasilan rendah menunjukkan ketidapatuhan, sementara pada kelompok berpenghasilan cukup hanya tercatat 46% yang tidak patuh
2. Faktor Pendorong (*Reinforcing Factor*)

Faktor pendorong dipahami sebagai unsur eksternal yang memengaruhi pengambilan keputusan individu melalui interaksi sosial, seperti dukungan maupun perilaku tenaga kesehatan, tokoh masyarakat, atau kelompok referensi tertentu (Notoatmodjo, 2010:164). Dalam konteks penelitian ini, persepsi peserta terhadap pelayanan BPJS Kesehatan di RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin belum sepenuhnya mencerminkan kerangka teori perilaku kesehatan yang dikemukakan Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010:164). Teori tersebut menegaskan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga komponen pokok, yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong.

Sejalan dengan penjelasan dalam Buku Saku BPJS Kesehatan (2014), pandangan masyarakat terhadap kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan mitra BPJS Kesehatan berperan besar dalam menentukan kepatuhan peserta membayar iuran secara konsisten. Pengalaman awal yang kurang memuaskan berpotensi menumbuhkan persepsi negatif, yang pada gilirannya dapat mengurangi minat untuk tetap berpartisipasi dan menunaikan kewajiban pembayaran. Sebaliknya, pengalaman pelayanan yang positif akan memperkuat komitmen peserta untuk terus aktif dalam program dan menjaga keteraturan pembayaran.

Temuan penelitian ini memiliki kesamaan dengan studi Mirna et al. (2021) di Kelurahan Tamalanrea Jaya, Kota Makassar, yang mengidentifikasi pendapatan rendah sebagai faktor utama

rendahnya kepatuhan peserta BPJS mandiri, tanpa melibatkan variabel persepsi, pengetahuan, atau motivasi sebagai penyebab dominan. Sebaliknya, hasil studi ini lebih selaras dengan penelitian Syahrul (2021) di Kelurahan Baru, Kabupaten Tolitoli, Sulawesi Tengah, yang menyimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara ketidapatuhan pembayaran iuran dengan persepsi peserta, jumlah anggota keluarga, lokasi pembayaran, maupun tingkat pengetahuan.

KESIMPULAN

Berdasarkan temuan penelitian berjudul “Gambaran Ketidapatuhan Pembayaran Iuran BPJS Kesehatan di Ruang Alexandri Lantai 3 RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin”, dapat diinterpretasikan bahwa ketidapatuhan peserta dalam memenuhi kewajiban pembayaran iuran BPJS Kesehatan tidak disebabkan oleh rendahnya tingkat kepuasan terhadap mutu pelayanan maupun kelengkapan fasilitas kesehatan. Sebaliknya, faktor yang paling berpengaruh adalah tingkat pendapatan dan status pekerjaan. Dengan kata lain, keterbatasan kondisi ekonomi serta ketiadaan penghasilan tetap menjadi hambatan utama bagi peserta untuk melakukan pembayaran iuran secara konsisten.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahyani. (2018). *Faktor-faktor yang mempengaruhi niat ketidapatuhan dalam membayar iuran premi peserta mandiri BPJS Kesehatan di wilayah Kantor Cabang Boyolali*. Diakses 07 Oktober 2022, pukul 10.20 WIB.
- Anggiani, S. W. (2016). *Kualitas pelayanan bagi peserta BPJS Kesehatan dan non BPJS Kesehatan*. Diakses 08 Oktober 2022, pukul 17.00 WIB.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2014 tentang Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran Peserta Perorangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional Kesehatan*. Jakarta Pusat.
- BPJS Kesehatan. (2018). *Panduan layanan bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS)*. Jakarta Pusat.
- BPJS Kesehatan. (2022). *Panduan layanan bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS)*. Jakarta Pusat.
- Chohari, S. Kep, AAK, AAIJ. (2022). *Penyampaian data peserta JKN Kabupaten Tabalong untuk CSR*. BPJS Kesehatan Kantor Cabang Barabai.
- Fajrini, F. (2018). *Studi ketidapatuhan membayar iuran BPJS Kesehatan peserta non PBI bukan penerima upah di Kelurahan Cempaka Putih tahun 2018*.
- Hasan, N., & Batara, A. S. (2020). Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan membayar iuran BPJS pada peserta mandiri di Puskesmas Tamamaung. *Windows of Public Health Journal*, 1(4), 382–393.
- Humas. (2022). *Ketentuan pembayaran*. BPJS Kesehatan.
- Mekarisce, A. A., Noerjoedianto, D., & Solida, A. (2022). Hubungan sosio demografi dan pendapatan dengan kepatuhan membayar iuran PBP—pekerja mandiri di BPJS Kesehatan KC Jambi. *Riset Informasi Kesehatan*, 11(1), 13–21.
- Mirna. (2021). *Studi ketidapatuhan pembayaran iuran BPJS Kesehatan Mandiri di Kelurahan Tamalanrea Jaya Kota Makassar*. Diakses 08 Oktober 2022, pukul 10.00 WIB.
- Murniasih, Suparman, R., & Mamlukah, E. F. (2022). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pembayaran iuran BPJS Kesehatan pada peserta mandiri di Puskesmas Kertasemaya Kabupaten Indramayu tahun 2022. *Journal Public Health Innovation*, 3(1), 41–51.
- Notoatmodjo, S. (2010a). *Ilmu perilaku kesehatan*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010b). *Metodologi penelitian kesehatan*. Rineka Cipta.

- Pahlefi, P., Herlina, N., & Manik, H. (2021). Asas penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kota Jambi. *Wajah Hukum*, 5(1), 195.
- Publik Informasi. (2023). *Jumlah peserta BPJS Mandiri yang menunggak per kabupaten/kota di wilayah kerja BPJS Kota Jambi tahun 2023*. BPJS Kesehatan Kota Jambi.
- Putri, E. A. (2014). *Paham JKN Jaminan Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Risdayanti, & Batara, A. S. (2021). Faktor yang berhubungan dengan penunggakan pembayaran iuran BPJS Kesehatan mandiri di Kelurahan Bunga Eja Beru Kecamatan Tallo Kota Makassar. *Windows of Public Health Journal*, 2(3), 1306–1317.
- Saryono. (2011). *Metodologi penelitian kesehatan: Penuntun praktis bagi pemula*. Nuha Medica.
- Simbareja, I., & Dewiyani, A. I. C. (2020). Korelasi tingkat pendapatan dengan tingkat kepatuhan peserta JKN mandiri dalam membayar iuran JKN di Kelurahan Pacitan. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, 9(2), 109–116.
- Sri Handayani, Meta Novita, & Ika Yulia Darma, E. (2022). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan membayar iuran BPJS Kesehatan mandiri pada pasien rawat jalan di Puskesmas Lubuk Basung, Kabupaten Agam. *Jurnal Kesehatan Media Sainika*, 13(1).
- Sugiyono. (2009). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Alfabeta.
- Syahrul. (2021). *Analisis faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan membayar iuran BPJS Kesehatan peserta mandiri PBPU di Kelurahan Baru Kabupaten Tolitoli Sulawesi Tengah*.
- Wulandari, A., Syah, N. A., & Ernawati, T. (2020). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan peserta mandiri dalam pembayaran iuran program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Solok. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 9(1), 7–14.
- Yunita, S., & Fahira, R. (2021). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan peserta mandiri membayar iuran BPJS di Kelurahan Cipocok Jaya. *Journal Joubahs*, 1(2), 191–201.