

INFOBPJS

KESEHATAN

PERAN FASILITAS KESEHATAN JAGA MUTU DAN AKUNTABILITAS LAYANAN JKN

BUKAN SEKADAR FISIK, BPJS
KESEHATAN JUGA PRIORITASKAN
KESEHATAN MENTAL

MENUNGGAK TURAN HANYA
AKAN MENONAKTIFKAN LAYANAN
SEMENTARA?



BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Layanan Pengaduan Tatap Muka

Untuk layanan ini, sobat bisa melaporkan pengaduan dengan mendatangi tempat-tempat berikut:

- ✓ Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota
- ✓ Mal Pelayanan Publik
- ✓ Mobile Customer Service (BPJS Keliling)
- ✓ Petugas Informasi dan Pengaduan Peserta (PIPP) Rumah Sakit
- ✓ Petugas Informasi dan Pengaduan Peserta (PIPP) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (seperti Puskesmas, klinik pratama, dll)

Layanan Pengaduan Non Tatap Muka

Untuk layanan ini, sobat bisa akses di mana saja dan kapan saja, layanan ini antara lain:

- ✓ Website resmi BPJS Kesehatan di www.bpjs-kesehatan.go.id
- ✓ Mobile JKN, melalui menu "Pengaduan Layanan JKN"
- ✓ Care Center 165
- ✓ Chat Whatsapp Pandawa di 0811 8 165 165
- ✓ Kolom komentar maupun direct message media sosial resmi BPJS Kesehatan, antara lain:
 - ✓ Instagram @bpjskesehatan_ri
 - ✓ Youtube @BPJSKesehatan_RI
 - ✓ Twitter @BPJSKesehatanRI
 - ✓ Facebook @BPJSKesehatanRI
 - ✓ Tiktok @bpjskesehatan_ri



**ADA KENDALA
KETIKA URUS BPJS
LAPOR KEMANA YA?**

BERSANDING

BAHU DEMI LAYANAN JKN YANG BERMUTU DAN BERKELANJUTAN

Dalam kurun waktu satu dekade, kehadiran Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadi pemicu sektor pelayanan kesehatan untuk terus berkembang. Apabila pelayanan kesehatan dianalogikan sebagai komputer, maka komputer itu harus dimodifikasi secara berkala supaya tidak ketinggalan zaman dan mampu mengakomodir kebutuhan penggunaannya. Namun, modifikasi tak hanya dilakukan dengan menambah *hardware* atau perangkat keras saja. *Software* atau perangkat lunaknya pun harus diperbarui. Dalam hal ini, anggapan *hardware*-nya berupa hal-hal yang terlihat secara kasatmata, seperti ketersediaan fasilitas kesehatan, sarana prasarannya, hingga jumlah tenaga kesehatan yang melayani peserta JKN. Sementara, *software*-nya bisa berupa komitmen fasilitas kesehatan dalam melayani peserta dan kualitas layanan yang diberikan.

Meski tak kasatmata, *software* inilah yang seringkali menjadi cerminan pelayanan JKN dan memengaruhi persepsi publik. Sebagai garda terdepan yang bersentuhan langsung dengan peserta JKN, pelayanan yang diberikan fasilitas kesehatan berdampak besar terhadap tingkat kepercayaan masyarakat kepada Program JKN maupun BPJS Kesehatan.

Karena itu, BPJS Kesehatan merangkul seluruh jajaran manajemen fasilitas kesehatan untuk bersama-sama menepati Janji Layanan JKN dengan memberikan pelayanan yang mudah, cepat dan setara. Janji Layanan JKN tersebut menegaskan komitmen fasilitas kesehatan mitra BPJS Kesehatan untuk tidak membatasi hari rawat inap bagi peserta JKN, menerima Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai identitas sah peserta JKN, tidak meminfa *photocopy* berkas saat peserta berobat, tidak meminta biaya tambahan, memastikan ketersediaan obat, dan melayani peserta JKN dengan ramah tanpa diskriminasi.

Untuk meningkatkan kualitas layanan, fasilitas kesehatan juga harus adaptif dengan regulasi yang dinamis. Kepatuhan fasilitas kesehatan menaati regulasi adalah salah satu kunci untuk mencegah tindak kecurangan (*fraud*) di fasilitas

kesehatan. Tak hanya merugikan finansial, *fraud* juga bisa berimbas menurunkan kualitas layanan bagi peserta JKN. Meski langkah pencegahan dan penanganan kecurangan sudah dimaksimalkan, serta berbagai regulasi sudah menegaskan sanksinya, namun *fraud* sulit dihilangkan 100% dalam waktu singkat. Karenanya, semua pihak harus kompak memberantas potensi *fraud* hingga ke akar-akarnya.

Tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia merupakan momentum yang tepat bagi kita untuk melanjutkan transformasi mutu layanan kesehatan. Peningkatan jumlah peserta JKN harus diiringi dengan kemudahan akses layanan kesehatan. Hingga kini, BPJS Kesehatan telah bekerja sama dengan 23.295 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan 3.140 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) di seluruh Indonesia. Secara rutin, BPJS Kesehatan juga melakukan *credentialing* dan *recredentialing* bagi fasilitas kesehatan mitranya. Ini untuk mengetahui sejauh mana kompetensi dokter dan fasilitas kesehatan dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar yang ditentukan.

Pembayaran klaim fasilitas kesehatan pun menjadi *concern* BPJS Kesehatan. Sampai dengan tahun 2023, BPJS Kesehatan membayar klaim ke fasilitas kesehatan sebesar 158,8 triliun untuk pelayanan kesehatan seluruh peserta JKN. Rata-rata pembayaran klaim tahun 2023 adalah 11,5 hari kerja untuk FKTP dan 13,7 hari kalender untuk FKRTL, lebih cepat daripada ketentuan yang berlaku.

Sebagai upaya memperluas layanan kesehatan yang menjangkau hingga pelosok negeri, BPJS Kesehatan juga memberikan pelayanan bagi masyarakat di Daerah Belum Tersedia Fasilitas Kesehatan Memenuhi Syarat (DBTFMS) bagi masyarakat di daerah Tertinggal, Terdepan, dan Terluar (3T). Salah satunya bekerja sama dengan rumah sakit terapan yang lokasinya telah menjangkau di beberapa daerah tertinggal.

Berbagai inovasi maju telah BPJS



Kesehatan kembangkan dalam rangka optimalisasi pelayanan bagi peserta JKN. Seperti telekonsultasi, skrining riwayat kesehatan, antrean *online* di fasilitas kesehatan, simplifikasi layanan, serta *display* informasi jadwal operasi dan ketersediaan tempat tidur di rumah sakit. BPJS Kesehatan juga meluncurkan inovasi bernama *i-Care JKN*. Melalui inovasi ini, baik dokter di fasilitas kesehatan dan peserta JKN dapat mengetahui riwayat pelayanan kesehatan peserta dalam kurun waktu 12 bulan terakhir.

Pelayanan kesehatan bukanlah hal yang bisa dikelola secara stagnan, sebab ekspektasi masyarakat selalu bertambah, bahkan menginginkan sesuatu melampaui harapan. Oleh karena itu, semua pihak harus proaktif untuk berubah dan berbenah. Mari bahu-membahu menjaga keberlanjutan Program JKN dan meningkatkan kualitas layanannya dengan memberikan *service* yang memuaskan, mengedepankan transparansi, dan memberikan layanan sepenuh hati bagi masyarakat di seluruh penjuru negeri.

**Direktur Utama
Ali Ghufron Muta**

DAFTAR Isi

INFO BPJS KESEHATAN EDISI 122

06 FOKUS

PERAN FASILITAS KESEHATAN JAGA MUTU DAN AKUNTABILITAS LAYANAN JKN

10 BINCANG

BPJS KESEHATAN DORONG FASKES JAGA AKUNTABILITAS LAYANAN JKN

12 MANFAAT

BUKAN SEKADAR FISIK, BPJS KESEHATAN JUGA PRIORITASKAN KESEHATAN MENTAL

14 PROSEDUR

MOBILITAS TINGGI, KESEHATAN TERJAMIN PANDUAN PRAKTIS LAYANAN JKN DI LUAR DAERAH

16 TESTIMONI

TENAGA MEDIS GARDA TERDEPAN KEBERLANGSUNGAN JKN

18 YUK SEHAT

KENALI GEJALA GANGGUAN MENTAL YANG SERING TIDAK DISADARI



PENGARAH Ali Ghufron Mukti **PEMIMPIN UMUM** Irfan Humaidi **PEMIMPIN REDAKSI** Rizcky Anugerah **SEKRETARIAT** Raden Paramita Suciani, Retno Ristiana Haryatie **REDAKTUR** Afriyeni Roza, Asyraf Mursalina, Juliana Ramdhani, Muhammad Chandra Ikhdha Nurrohman, Nopi Hidayat, Rahma Anindita, Rena Octora Pasuria, Sisca Usman **EDITOR KONTEN** Al Hafiz, Diah Ismawardani, Nandana Dwitiya Swastha, Ranggi Larissa Izzati **EDITOR KREATIF** Achmad Hafiz, Arif Budiman, Amin Rahman Hardi, Darusman Tohir **DISTRIBUSI & PERCETAKAN** Agustina Marniawati, Elmira Dwi Berty, KGS Hamdani, Yayak Nugroho **PENGEMBANGAN** Akhmad Tasyrifan, Siswanto

20 POTRET JKN

LAYANAN KESEHATAN DI GUGUSAN PULAU TERKECIL

22 CEK FAKTA

MENUNGGAK IURAN HANYA AKAN MENONAKTIFKAN LAYANAN SEMENTARA?

24 INSPIRASI

MUDAHKAN LAYANAN UNTUK PESERTA JKN

26 TEKNO

BUGAR, FITUR CANGGIH MOTIVATOR HIDUP LEBIH SEHAT

28 GAYA HIDUP

PENTINGNYA KOLABORASI KARYAWAN DAN PERUSAHAAN WUJUDKAN KESEHATAN MENTAL

30 KILAS 6 PERISTIWA

BPJS KESEHATAN ANUGERAHAKAN PENGHARGAAN ISTIMEWA BAGI JURNALIS DAN MEDIA MASSA



JAGA AKUNTABILITAS CEGAH KECURANGAN JKN

Pembaca setia Media Info BPJS Kesehatan

Sebagai mitra utama, fasilitas kesehatan menjadi garda utama dalam mewujudkan komitmen BPJS Kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata. Peran faskes terutama dalam meningkatkan mutu layanan begitu penting mengingat Program JKN ini terbukti sangat dibutuhkan masyarakat baik yang membutuhkan layanan kesehatan ringan maupun berbiaya mahal.

Pada tahun 2023 tercatat ada 606,7 juta pemanfaatan layanan JKN, dengan rata-rata 1,7 juta pemanfaatan per hari. Biaya layanan kesehatan yang digelontorkan BPJS Kesehatan juga besar mencapai 158 triliun di tahun 2023. Untuk itu diperlukan komitmen kuat dari fasilitas kesehatan untuk menjaga akuntabilitas atas biaya layanan yang diberikan kepada peserta JKN. Faskes diminta untuk menyadari pentingnya pengelolaan keuangan negara yang lebih akuntabel dan manfaatnya akan dikembalikan kepada masyarakat

Upaya lain untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan dalam JKN adalah melakukan pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) di faskes. Tak dimungkiri sampai saat ini potensi fraud masih terjadi di faskes. *Fraud* tidak hanya merugikan secara finansial, tetapi juga berdampak pada menurunnya kualitas layanan yang didapat oleh peserta.

Kami menyadari, untuk meningkatkan kualitas informasi yang ada dalam media ini kami masih membutuhkan masukan dan kritik dari pembaca sekalian. Kami ucapkan terima kasih kepada pembaca yang budiman, atas atensi dan masukan membangun sehingga diharapkan media ini terus menjadi sarana komunikasi yang efektif bagi BPJS Kesehatan dan masyarakat serta pembaca sekalian. Selamat beraktivitas.

Redaksi



KANTOR PUSAT BPJS KESEHATAN
Jl. Letjen Suprpto Kav. 20 No.14,
Cempaka Putih, Jakarta Pusat
10510 - Indonesia



PERAN FASILITAS KESEHATAN

JAGA MUTU DAN AKUNTABILITAS LAYANAN JKN



Gubernur, Bupati dan Walikota saat mendapatkan penghargaan dalam UHC Awards tahun 2024, di Jakarta (08/08/2024)

Lebih dari satu dekade Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak saja berhasil dijaga keberlanjutannya, tetapi juga kualitas layanannya terus ditingkatkan. Dinamika dan tantangan sudah banyak dihadapi. Kunci keberhasilan ini adalah kolaborasi dengan seluruh fasilitas kesehatan (faskes) di seluruh daerah. BPJS Kesehatan terus berkomitmen untuk meningkatkan lagi mutu pelayanan kesehatan dalam Program JKN bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Berbagai upaya transformasi mutu layanan JKN misalnya dengan menjalin kerja sama dengan rumah sakit apung dan bergerak untuk menjangkau masyarakat di Daerah Belum Tersedia Fasilitas Kesehatan yang Memenuhi Syarat (DBTFMS). Berbagai inovasi pun dilakukan, seperti diterapkannya simplifikasi administrasi layanan di faskes kini juga memungkinkan peserta hanya menggunakan KTP tanpa perlu fotokopi, serta adanya digitalisasi layanan melalui telekonsultasi, e-SEP, antrean *online*, dan i-Care JKN serta percepatan penyelesaian pengaduan peserta melalui BPJS SATU.

BPJS Kesehatan juga memiliki mekanisme evaluasi yang dapat

disampaikan oleh peserta atas pelayanan yang telah diberikan baik di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) melalui Kesan Pesan Setelah Layanan (KESSAN). Melalui KESSAN, BPJS Kesehatan dapat mengevaluasi apakah peserta telah mendapatkan pelayanan sesuai standar. Diharapkan pelaksanaan KESSAN ini dapat menjadi salah satu acuan bagi faskes untuk melakukan perbaikan kualitas layanan.

Sebagai mitra utama, faskes menjadi garda utama dalam mewujudkan komitmen BPJS Kesehatan tersebut dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata. Saat ini BPJS Kesehatan

telah bekerja sama dengan 23.294 FKTP dan 3.140 FKRTL. Peran faskes terutama dalam meningkatkan mutu layanan begitu penting mengingat Program JKN ini terbukti sangat dibutuhkan masyarakat baik yang membutuhkan layanan kesehatan ringan maupun berbiaya mahal.

Pada tahun 2023 tercatat ada 606,7 juta pemanfaatan layanan JKN, dengan rata-rata 1,7 juta pemanfaatan per hari. Selain itu, jumlah penduduk yang dikaver BPJS Kesehatan semakin meluas hingga pelosok negeri. Saat ini jumlah peserta JKN sejumlah 277 juta jiwa atau lebih dari 98 persen dari total penduduk Indonesia per 1 Oktober 2024. Hal tersebut menjadikan Indonesia meraih predikat *Universal Health Coverage* (UHC), dan mengukuhkan JKN sebagai program

transformasi mutu layanan kesehatan.

“Kita ketahui bersama, tidak saja di Indonesia tetapi di seluruh dunia telah bangkit kembali dari masa-masa sulit. Untuk itu sekarang ini adalah saatnya kita menata kembali sistem kesehatan di Indonesia untuk terus menjadi lebih baik lagi melalui transformasi mutu layanan,” kata Ghufron.

Pembayaran Klaim

Di samping itu, kondisi keuangan dana jaminan sosial (DJS) saat ini juga semakin membaik. Hal ini menjadi momentum bagi BPJS Kesehatan untuk memastikan pembayaran klaim tepat waktu kepada faskes agar dapat mendukung fokus utama BPJS

kasih terutama kepada seluruh jajaran manajemen faskes atas komitmennya melaksanakan seluruh janji layanan kepada peserta JKN sebagaimana telah tertuang di dalam perjanjian kerja sama.

Namun demikian, menurut Ghufron, adanya tantangan di dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang memberikan pengaruh ataupun dampak terhadap sistem pelayanan kesehatan secara umum maupun pelayanan JKN secara khusus. Tantangan itu, antara lain terbitnya regulasi baru seperti Undang-Undang 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, PP 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU 17 Tahun 2023, Perpres 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Perpres 82 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Terbitnya



Gubernur, Bupati dan Walikota saat mendapatkan penghargaan dalam UHC Awards tahun 2024, di Jakarta (08/08/2024)

jaminan kesehatan terbesar di dunia dengan skema tunggal terintegrasi.

Karena itulah menurut Direktur Utama BPJS Kesehatan, Prof. Ali Ghufron Mukti, BPJS Kesehatan akan terus berinovasi dan bersinergi dengan seluruh pemangku kepentingan untuk bersama-sama memastikan terwujudnya perlindungan kesehatan menyeluruh bagi seluruh penduduk Indonesia dengan layanan yang berkualitas, mudah, cepat dan setara. Tahun 2024 ini adalah waktu yang sangat tepat untuk melanjutkan

Kesehatan dalam meningkatkan mutu layanan kepada peserta. Pada 2023, rata-rata pembayaran klaim adalah 11,5 hari kerja untuk FKTP dan 13,7 hari kalender untuk FKRTL. Waktu pembayaran ini jauh lebih cepat daripada ketentuan yang berlaku.

Menurut Ghufron, seluruh capaian pelaksanaan JKN saat ini berkat sinergi dan upaya bersama para pemangku kepentingan dengan niat mulia untuk melindungi kesehatan seluruh masyarakat Indonesia. Untuk itu pihaknya menyampaikan terima

regulasi tersebut menuntut BPJS Kesehatan untuk terus-menerus melakukan upaya perbaikan akses dan mutu layanan kesehatan. Faskes sangat berperan untuk menyukseskan upaya transformasi mutu layanan yang mudah, cepat dan setara bagi program JKN. Faskes harus bersiap untuk menyesuaikan diri dengan regulasi yang baru tersebut.

“Masih ada faskes yang dilakukan kerja sama dengan nilai kurang dari kelulusan yaitu pada wilayah yang



masih terbatas aksesnya. Sehingga tetap perlu menjadi perhatian khusus untuk melakukan *monitoring* dan evaluasi terhadap komitmen perbaikan layanan,” kata Ghuftron.

Selanjutnya, perluasan kerja sama pelayanan canggih yaitu kateterisasi jantung, kemoterapi dan radioterapi penting dilakukan untuk membuka akses perluasan khususnya di wilayah yang belum tersedia layanan canggih. Namun tentunya diperlukan keselarasan dengan perencanaan yang ada di Kemenkes melalui program Kanker Jantung Stroke dan Uroonfrologi (KJSU). Dengan demikian perluasan layanan canggih disamping membuka akses tetapi juga tetap menjamin mutu pelayanan kesehatan.

Upaya lain untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan dalam JKN adalah melakukan pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) di faskes. Tak dimungkiri sampai saat ini potensi *fraud* masih terjadi di faskes. *Fraud* tidak hanya merugikan secara finansial, tetapi juga berdampak pada menurunnya kualitas layanan yang didapat oleh peserta. Untuk menjaga pengelolaan klaim dari potensi *fraud*, telah dibentuk Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan JKN (Tim PK JKN) baik di tingkat nasional, provinsi maupun kabupaten/kota. Tim ini terdiri atas Kemenkes, BPKP, dan BPJS Kesehatan.

“Faskes diminta untuk menyadari pentingnya pengelolaan keuangan negara yang lebih akuntabel dan manfaatnya akan dikembalikan kepada masyarakat,” ujar Ghuftron.

Wakil Ketua KPK Alexander Marwarta menjelaskan, BPJS Kesehatan mengelola dana JKN yang sangat besar. Anggaran ini menopang kesehatan kurang lebih 98% warga Indonesia. Dana ini memberikan kemanfaatan yang besar bagi peserta untuk memperoleh akses layanan kesehatan. Namun dalam implementasinya masih ada kelemahan, yaitu adanya *fraud* terutama yang dilakukan oleh faskes.

Potensi *fraud* dalam layanan kesehatan terjadi di berbagai negara. Di Amerika Serikat, misalnya, potensi kerugian akibat *fraud* di bidang kesehatan mencapai 10% dari pengeluaran kesehatan masyarakat atau setara dengan US\$ 300 miliar.

Modus Fraud

Menurut Alexander, banyak sekali modus *fraud* dalam layanan kesehatan di Indonesia di mana pasien sebagai pihak yang lemah dan paling dirugikan. Misalnya tindakan medis yang mestinya tidak perlu dilakukan, dan pasien masih diminta untuk menebus sejumlah obat dengan biaya sendiri. Hanya

saja *fraud* ini dilakukan secara halus, sehingga kadang tidak disadari oleh pasien. Masyarakat membutuhkan literasi tentang layanan kesehatan.

“Kalau masyarakat sadar dengan berbagai layanan yang diberikan oleh faskes dan nakes, tentu dia bisa melakukan *self control* atau pengawasan sejak dini. Tapi umumnya masyarakat tidak sadar dan peduli. Banyak sekali bentuk *fraud* di bidang kesehatan, tentu ini menjadi tugas bapak ibu sekalian,” kata Alexander.

Menurut Alexander, BPJS Kesehatan sudah bekerja sama KPK untuk memetakan titik-titik *fraud* di pelayanan kesehatan. Karena diyakini potensi *fraud* masih dilakukan oleh banyak faskes, tidak hanya tiga rumah sakit yang sudah ditindak. KPK meminta seluruh pemangku kepentingan khususnya faskes untuk menghindari *fraud* dalam layanan JKN. Dengan mencegah *fraud* sejak dini, maka akan berdampak pada efisiensi DJS yang dikelola BPJS Kesehatan dan selanjutnya manfaat yang diterima peserta semakin meningkat.

“Kami mengajak kita semua baik itu kepala dinkes tingkat provinsi sampai kabupaten kota, juga mengajak penyedia faskes, BPJS Kesehatan untuk hindari kecurangan, hindari



Wakil Ketua KPK Alexander Marwarta saat menghadiri kegiatan Pertemuan Nasional Fasilitas Kesehatan di Jakarta (19/09/2024)



korupsi dalam pemberian layanan kesehatan kepada masyarakat. Ini menjadi tantangan kita,” ujar Alexander.

Selain memetakan titik-titik *fraud*, KPK juga bekerja sama BPJS Kesehatan dan Dewas BPJS Kesehatan untuk terus melakukan *monitoring* terhadap layanan kesehatan di faskes. KPK juga mendorong BPJS Kesehatan untuk membentuk sistem penerimaan laporan kecurangan langsung dari masyarakat. Menurut Alexander, penindakan adalah upaya terakhir untuk menangani *fraud* di layanan kesehatan. Sebelum sampai ke upaya terakhir, pencegahan sejak dini bisa dilakukan oleh semua pemangku kepentingan mulai dari penyedia faskes, pemda, kepala dinas, dan BPJS Kesehatan. *Fraud* sulit dihilangkan 100% dalam waktu singkat, tetapi paling tidak bisa ditekan seminimal mungkin.

Alexander berharap adanya sinergi yang semakin kuat antara para pemangku kepentingan termasuk kadis kesehatan tingkat provinsi, kabupaten/kota, direktur rumah sakit, serta pimpinan FKTP dan FKRTL seluruh Indonesia. Sinergi ini bertujuan untuk menghasilkan pelayanan kesehatan prima bagi masyarakat. KPK terus melakukan

upaya pencegahan melalui pembangunan ekosistem yang berintegritas bersama asosiasi profesi kesehatan, asosiasi produsen alat kesehatan dan produsen obat, sehingga mengurangi risiko kecurangan serta tindak pidana korupsi.

Inspektur Jenderal Kemenkes Murti Utami menjelaskan, Tim PK JKN bekerja secara bertahap. Sejak 2019, hampir semua provinsi di Indonesia sudah memiliki Tim PK JKN. Tim ini turun ke lapangan untuk menginvestigasi dan memverifikasi ulang data-data terkait *fraud* di faskes.

Murti menegaskan sanksi terhadap kecurangan ini sudah diatur di Peraturan 16 Tahun 2019. Tidak hanya faskes yang dikenakan sanksi, individu pelakunya pun akan ditindak apabila terbukti *fraud*. Mulai dengan mencatatkan rekam jejak pelaku dalam sistem yang ada, kemudian akan ada pembekuan kredit poin, hingga pencabutan izin praktik pelaku *fraud* tersebut. Semua faskes diingatkan bahwa setiap kerugian yang terjadi akibat *fraud*, ada undang-undang yang menegaskan jika tindakan yang menyebabkan kerugian keuangan negara akan dibawa ke ranah pidana.

Kemenkes sendiri sudah melakukan upaya penguatan sejak lama. Di 2019 ketika Tim PK JKN dibentuk telah dilakukan pemberitahuan dan sosialisasi kepada faskes soal adanya upaya pemberantasan *fraud* beserta sanksi-sanksinya. Menurut Murti, dari semua jenis *fraud*, yang paling serius dan merugikan adalah *phantom billing* karena merupakan pemalsuan dokumen. Kemenkes juga akan meningkatkan kerja sama dengan tim kendali mutu dan kendali biaya yang dibentuk BPJS Kesehatan untuk melakukan verifikasi *fraud* di faskes. Kemudian penanganannya diserahkan kepada Tim PK JKN.

Kemenkes juga akan melakukan penguatan Tim PK JKN di tingkat provinsi untuk meningkatkan proses verifikasi *fraud*. Selain itu, Kemenkes akan memberikan kesempatan kepada faskes yang diduga melakukan *phantom billing* dan manipulasi diagnosis atau jenis *fraud* lainnya untuk melakukan koreksi dan mengembalikan kerugian negara ke BPJS Kesehatan.

la mengajak semua pemangku kepentingan Program JKN untuk bersama-sama menjaga dana yang dikelola BPJS Kesehatan agar dapat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat.

BPJS KESEHATAN

DORONG FASKES JAGA AKUNTABILITAS LAYANAN JKN



Tahun 2024 menjadi momen tepat bagi BPJS Kesehatan untuk melanjutkan transformasi mutu layanan, terutama dalam memperluas akses layanan kepada peserta di seluruh pelosok.

**Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan
BPJS Kesehatan, dr Lily Kresnowati, M.Kes,**

Fasilitas kesehatan (faskes) sebagai mitra utama BPJS Kesehatan mempunyai peran penting untuk mewujudkan komitmen tersebut. Untuk itu, BPJS Kesehatan kembali mengadakan pertemuan nasional faskes dengan mengusung tema “Komitmen Faskes dalam Menjaga Mutu dan Akuntabilitas Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)” di Jakarta pada 19 September 2024 lalu. Dalam kesempatan ini BPJS Kesehatan memberikan penghargaan kepada sejumlah faskes yang berkomitmen menjaga mutu layanan kepada peserta sebagai bentuk apresiasi kepada faskes sekaligus mendorong mereka untuk lebih berkomitmen lagi terhadap peningkatan kualitas layanan program JKN.

Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan, dr.Lily Kresnowati, M.Kes, mengatakan bahwa secara umum faskes memberikan layanan sesuai standar yang sudah disepakati bersama dalam Perjanjian Kerja Sama (PKS). Namun, memang masih ada yang belum maksimal, sehingga pihaknya terus mendorong faskes agar lebih meningkatkan mutu layanan. Pernyataan Ibu Lily Kresnowati selengkapnya dirangkum dalam “Rubrik BINCANG” dalam *Media Info BPJS Kesehatan* edisi ini.

Bagaimana upaya BPJS Kesehatan mendorong faskes untuk memberikan layanan yang berkualitas bagi peserta ?

Salah satu upaya kita adalah mengadakan pertemuan nasional faskes, di mana kita memberikan apresiasi dan penghargaan kepada faskes yang berkomitmen menjaga kualitas layanan. Kita mendorong faskes untuk lebih berinovasi. Kita memiliki sejumlah kriteria penilaian, di antaranya pertama kita skrining adalah indikasi kecurangan (*fraud*). Apakah ada potensi *fraud* atau tidak di faskes. Kedua, kepatuhan.

Cara atau inovasi apa yang sudah dilakukan untuk meningkatkan mutu layanan dengan indikator mudah, cepat dan setara. Indikator lainnya terkait upaya promotif dan preventif, apa yang sudah dibuat oleh faskes untuk menjaga kesehatan peserta. Indikator terbaru kita adalah bagaimana faskes membantu BPJS Kesehatan terkait kepesertaan.

Misalnya, apa yang dilakukan faskes ketika ada pasien yang butuh layanan kesehatan tapi belum menjadi peserta atau kepesertaannya nonaktif. Apakah faskes membantu mendaftarkannya sebagai peserta atau tidak. Dalam penilaian kita, ada faskes yang bahkan buat inovasi di mana menggunakan dana CSR untuk membayar iuran pasien yang masih



Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan
dr. Lily Kresnowati, M.Kes

menunggak. Jadi, sebetulnya faskes yang kita nilai dan beri penghargaan adalah bagaimana komitmen mereka terhadap program BPJS Kesehatan terutama dalam hal transformasi mutu layanan. Termasuk bagaimana pelayanan terhadap pengaduan pasien. Cepat respon atau tidak kalau ada pengaduan. Ada pula faskes yang buat inovasi mengantar obat ke rumah pasien supaya tidak antre lama

Apakah semua parameter itu sudah dilaksanakan semua faskes ?

Sebenarnya parameter yang kita pakai sebagai kriteria penilaian itu semuanya sudah masuk dalam poin-poin perjanjian kerja sama, jadi semestinya semua tercapai termasuk dalam hal pencegahan *fraud*. Karena sebetulnya tujuan utama pemberian penghargaan setiap tahun adalah untuk meningkatkan mutu layanan. Artinya begini, dana yang dikelola oleh BPJS Kesehatan dan dibayarkan kepada faskes adalah dana amanah dari masyarakat. Jadi harus kita kembalikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan yang berkualitas. Soal kepuasan peserta, apakah puas atau tidak itu relatif, tapi yang paling utama adalah mereka harus mendapatkan layanan berkualitas yaitu sesuai standar pelayanan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

Bagaimana upaya BPJS Kesehatan bersama faskes dalam menjaga akuntabilitas layanan dengan menerapkan budaya anti fraud ?

Terkait *fraud* ini, pertama, masih perlu disosialisasikan dan diinternalisasi. Kedua, harus ada penegakan hukumnya. Selama ini mungkin sanksi yang diberikan kurang mendorong kepatuhan faskes. Makanya sekarang ini kita semakin menggecarkan gerakan anti-*fraud*. Ketiga, sistem. Memang sistem verifikasi kita dulu dibangun dari nol dan mengembangkannya masih ada kelemahan. Tetapi makin ke sini sistem verifikasi semakin bagus dengan berbagai pola dan *tools* yang mulai kita kembangkan. Keempat, kembali kepada komitmen faskesnya. Salah satu komitmen faskes yang kita minta dalam perjanjian kerja sama adalah membentuk tim anti-*fraud* di masing masing sarana faskes. Selain itu, kita minta supaya setiap klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan harus ditandatangani pimpinan faskes, sehingga kalau ada indikasi *fraud* maka pimpinan juga ikut bertanggung jawab.

Upaya terakhir adalah kita ciptakan filtrasi. Ketika faskes ajukan klaim ada filtrasi yang menyaring terlebih dahulu. Kita memiliki beberapa lapis (*layer*) verifikasi untuk memastikan proses pengelolaan klaim sesuai dengan tata kelola yang berlaku. Verifikasi dilakukan di tahap awal, pasca-pembayaran (verifikasi pasca klaim), dan audit administrasi klaim. Pengelolaan klaim berlapis ini untuk memastikan pembiayaan dibayarkan tepat kepada FKRTL/rumah sakit. Karena kita sudah menuntut peningkatan mutu layanan ke faskes, maka timbal baliknya kita bayar klaim tepat waktu.



BUKAN SEKADAR FISIK, BPJS KESEHATAN JUGA PRIORITASKAN KESEHATAN MENTAL



Kesehatan mental atau jiwa merupakan salah satu aspek penting yang tidak boleh diabaikan dalam upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Sayangnya, masih banyak stigma dan hambatan yang membuat penderita gangguan mental kesulitan mengakses layanan kesehatan yang memadai.

Gangguan kesehatan mental merupakan kondisi yang memengaruhi pikiran, perasaan, perilaku, dan interaksi sosial seseorang. Kondisi ini dapat mengganggu kemampuan individu untuk menjalani kehidupan sehari-hari, bekerja, serta berinteraksi dengan orang lain.

Gangguan kesehatan mental mencakup berbagai jenis masalah, mulai dari yang ringan hingga yang berat, dan dapat memengaruhi siapa saja tanpa memandang usia, jenis kelamin, atau latar belakang sosial. Jenis-jenis gangguan mental mulai dari depresi, gangguan kecemasan, bipolar, skizofrenia, hingga gangguan stres pasca-trauma (PTSD).

Stigma Sosial

Salah satu tantangan terbesar dalam penanganan gangguan kesehatan mental adalah stigma sosial. Gangguan kesehatan mental masih sering dianggap sebagai aib, sehingga banyak orang yang enggan mengakui atau mencari bantuan. Hal

ini membuat penderita gangguan mental sering kali bersembunyi, tidak mau berbicara tentang kondisi mereka, atau bahkan ditelantarkan oleh keluarga.

Di sisi lain, banyak masyarakat yang masih belum memahami pentingnya kesehatan mental. Pemahaman yang kurang membuat orang sulit mengenali gejala awal dari gangguan mental dan enggan mencari bantuan medis. Selain itu, ada kekhawatiran bahwa penanganan masalah kesehatan mental atau jiwa memerlukan biaya yang besar.

Tak perlu khawatir. Dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), masalah kesehatan mental atau jiwa



juga merupakan salah satu manfaat yang dijamin oleh BPJS Kesehatan. Tidak sekadar menyediakan akses terhadap terapi dan pengobatan, tetapi juga menempatkan kesehatan mental sejajar dengan kesehatan fisik.

Peserta JKN dapat mengakses layanan kesehatan mental mulai dari konsultasi psikologis, penanganan di Puskesmas, hingga perawatan di rumah sakit jiwa yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Prosedur Pelayanan Kesehatan Mental

Untuk mengakses layanan kesehatan mental, peserta JKN dapat mengunjungi Fasilitas

Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), seperti Puskesmas, klinik pratama, atau dokter umum yang terdaftar sebagai mitra BPJS Kesehatan.

Pada tahap ini, dokter umum atau tenaga medis di FKTP akan melakukan *screening* awal untuk menilai kondisi pasien. Apabila gangguan mental ringan, seperti stres atau kecemasan ringan, biasanya dapat ditangani langsung di FKTP.

Namun, apabila gangguan kesehatan mental atau jiwa memerlukan penanganan lebih lanjut, pasien akan dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), seperti rumah sakit umum yang memiliki spesialisasi kesehatan jiwa.

atau rumah sakit jiwa (RSJ) yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Di FKRTL, peserta akan bertemu dengan dokter spesialis kejiwaan atau psikiater untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut, seperti psikoterapi, pemberian obat-obatan khusus, atau perawatan intensif.

Apabila kondisi pasien memerlukan terapi psikososial atau rehabilitasi, dokter spesialis di FKRTL dapat merujuk peserta JKN ke layanan rehabilitasi di RSJ atau pusat rehabilitasi yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Layanan ini bertujuan untuk membantu pasien memulihkan fungsi sosial, emosional, dan psikologisnya agar dapat kembali beraktivitas normal di tengah masyarakat.

Setelah kondisi pasien stabil, dokter spesialis di FKRTL akan melakukan rujuk balik ke FKTP untuk perawatan lanjutan dan pemantauan kondisi. Pada tahap ini, pasien dapat terus melakukan kontrol di FKTP secara rutin untuk memastikan pemulihan berjalan optimal.

BPJS Kesehatan juga menyediakan fitur telekonsultasi melalui Aplikasi Mobile JKN. Bagi peserta yang memerlukan konseling awal, bisa menggunakan fitur ini untuk mempermudah akses tanpa harus ke fasilitas kesehatan secara langsung.

Seluruh pelayanan, baik konsultasi, tindakan, maupun obat-obatan akan dijamin oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan prosedur yang berlaku.



MOBILITAS TINGGI, KESEHATAN TERJAMIN PANDUAN PRAKTIS LAYANAN JKN DI LUAR DAERAH



Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan telah menjadi tonggak penting dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat Indonesia. Salah satu keunggulan dari program ini adalah kemampuannya untuk menyediakan akses layanan kesehatan yang luas, termasuk di luar daerah tempat peserta terdaftar atau tinggal.

Keleluasaan ini menjadi angin segar bagi banyak orang yang sering berpindah-pindah tempat atau yang sedang berpergian, karena mereka tetap dapat memperoleh perawatan medis tanpa batasan lokasi.

Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan Lily Kresnowati menyampaikan, salah satu prinsip dasar dari Program JKN adalah portabilitas. Ini berarti saat peserta berada di luar daerah tempat Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) terdaftar, peserta

tetap dapat mengakses layanan kesehatan di Puskesmas, klinik, atau dokter keluarga terdekat tanpa harus mengubah FKTP.

Akses berobat di luar daerah tanpa pindah faskes dapat dilakukan paling banyak tiga kali dalam satu bulan. Dalam situasi darurat, peserta juga dapat langsung mengunjungi unit gawat darurat (UGD) di rumah sakit terdekat. Untuk mengetahui lokasi fasilitas kesehatan terdekat, peserta dapat memanfaatkan Aplikasi Mobile JKN dan memilih menu "Info Lokasi Faskes."

Namun, meskipun kartu BPJS Kesehatan dapat digunakan di berbagai lokasi, terdapat beberapa syarat yang perlu diperhatikan. Pertama, peserta harus terdaftar sebagai peserta JKN aktif tanpa tunggakan pembayaran iuran bulanan sesuai dengan kelasnya. Kedua, menggunakan fasilitas kesehatan (faskes) yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, baik

Puskesmas, klinik, maupun rumah sakit.

Penting juga untuk memahami prosedur dan ketentuan yang berlaku di fasilitas kesehatan yang akan dikunjungi, sehingga pelayanan yang diterima dapat berjalan tanpa kendala.

Prosedur Berobat di Luar Daerah

Untuk berobat di FKTP di luar daerah, peserta dapat langsung mengunjungi fasilitas kesehatan tersebut dengan membawa KTP dan kartu BPJS Kesehatan atau kartu digital yang terdapat dalam Aplikasi Mobile JKN. Selanjutnya, peserta akan menjalani pemeriksaan oleh dokter sesuai keluhan yang disampaikan.

Apabila FKTP tidak dapat memberikan penanganan karena keterbatasan alat atau dokter, maka rujukan akan dibuat ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan



Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan
dr. Lily Kresnowati, M.Kes

(FKRTL) atau rumah sakit.

Dalam kondisi darurat, peserta bisa langsung pergi ke UGD rumah sakit. Namun, penentuan apakah suatu kondisi tergolong darurat atau tidak tetap merupakan kewenangan petugas medis di rumah sakit.

Beberapa kriteria kegawatdaruratan meliputi kondisi yang mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain atau lingkungan, adanya gangguan pada jalan napas, pernafasan, dan sirkulasi, serta adanya penurunan kesadaran.

Apabila peserta BPJS Kesehatan ditolak saat berobat di luar kota tanpa mengurus perubahan fasilitas kesehatan, peserta dapat menghubungi *care center* untuk mendapatkan tindak lanjut melalui nomor 165 atau Pelayanan Administrasi melalui Whatsapp (Pandawa) menggunakan nomor WhatsApp 0811 8 165 165.

Perlu diketahui, tidak ada biaya tambahan bagi peserta JKN saat mengakses layanan di fasilitas kesehatan, asalkan peserta berobat

sesuai prosedur. Sementara itu, bagi peserta yang berada di luar daerah dalam waktu lama atau menetap, disarankan untuk mengubah FKTP melalui Aplikasi Mobile JKN.

Rujukan Antardaerah

Selain itu, pada kasus tertentu, peserta JKN perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan di daerah lain karena beberapa alasan, misalnya keterbatasan fasilitas dan tenaga medis spesialis di daerah tempat tinggal peserta, atau membutuhkan perawatan yang lebih baik.

Beberapa kondisi kesehatan juga memerlukan tindakan medis yang lebih lanjut, seperti operasi atau perawatan intensif, yang hanya tersedia di rumah sakit besar.

Bagi pasien dengan kondisi kesehatan yang rumit atau membutuhkan pendekatan multidisiplin, rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih besar juga sering kali diperlukan agar tim medis dapat memberikan perawatan yang holistik.



TENAGA MEDIS

GARDA TERDEPAN

KEBERLANGSUNGAN JKN



Upaya BPJS Kesehatan mewujudkan layanan sesuai *tagline* "Mudah, Cepat, Setara" tentu tidak bisa dilakukan sendiri. Keberhasilan BPJS Kesehatan mewujudkan layanan tersebut amat bergantung pada ujung tombak di lapangan, yakni para tenaga kesehatan yang berhubungan langsung setiap harinya melayani berbagai macam keperluan peserta.

Sebagai pelaksana di lapangan, para tenaga kesehatan ini, secara rutin mendapatkan arahan juga evaluasi dari BPJS Kesehatan demi memastikan layanan yang diberikan kepada peserta sudah berjalan sesuai pakem yang telah ditetapkan.

16 Seperti para tenaga kesehatan yang bertugas di Klinik Utama Dr. H. A. Rotinsulu Cibadak, sebagai salah satu Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut(FKTRL) di Kota Bandung. Mereka bekerja

sebaik mungkin demi memberikan pelayanan terbaik kepada lebih dari 100 pasien yang datang untuk berobat setiap harinya, baik dengan memanfaatkan fasilitas Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), maupun yang datang sebagai pasien pribadi.

"Baik pasien pribadi maupun pasien peserta BPJS Kesehatan, semua mendapatkan pelayanan yang sama, tidak ada yang diistimewakan. Baik tempat pendaftaran, lokasi pelayanan, juga ruang tunggu, semuanya sama. Walaupun pasien pribadi membayar dengan kocek sendiri, tetap harus menunggu seperti pasien peserta BPJS Kesehatan, karena tidak bisa didahulukan," ucap Penanggung Jawab Pelayanan di Klinik Utama Dr. H. A. Rotinsulu Cibadak, Kota Bandung, dr. Jeanne Sherly Linda Doodoh.

Terobosan yang dihadirkan BPJS Kesehatan melalui antrian *online* melalui Aplikasi Mobile JKN sangat membantu tenaga kesehatan mengelola alur pasien yang datang, hingga bisa menjaga durasi waktu tunggu stabil di kisaran dua jam, yakni sejak mengantre hingga mendapatkan giliran konsultasi ataupun tindakan.

Tenaga kesehatan di lapangan, berusaha sebaik mungkin memastikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan prosedur. Sebab seperti apa pun bentuk layanan yang diberikan kepada pasien, baik positif maupun negatif, dapat meninggalkan kesan yang secara *real time* bisa langsung diunggah melalui Aplikasi Mobile JKN. Apa pun masukan dari pasien, tentu menjadi bahan evaluasi bagi tenaga kesehatan bersangkutan, maupun fasilitas kesehatannya. dr.

Jeanne mengatakan, pasien yang datang ke Klinik Utama Dr. H. A. Rotinsulu umumnya merupakan peserta BPJS Kesehatan. Adapun pasien umum yang membayar secara mandiri biaya kesehatan yang diakses, ditaksirnya hanya sekitar 10%.

"Itu karena menjadi peserta BPJS Kesehatan yang bisa mengakses Program Jaminan Kesehatan Nasional memang sangat menguntungkan. Jika harus merogoh kocek pribadi, cukup besar dana yang harus dikeluarkan karena ada inhaler untuk pengobatan yang harganya bisa sampai Rp800.000,- tapi pasien peserta BPJS Kesehatan bisa mendapatkannya secara cuma-cuma. Maka dari itu, banyak pasien yang di kunjungan pertama merupakan pasien pribadi, di kunjungan berikutnya saat harus kontrol ulang, sudah beralih menjadi peserta BPJS Kesehatan," ucapnya.

Selain itu, kerap ditemui pula pasien dari jalur mandiri yang di tengah jalan beralih juga menjadi peserta BPJS Kesehatan saat harus menjalani rawat inap yang tentunya memakan biaya. Kemudian ada pula pasien yang sesungguhnya telah menjadi peserta BPJS Kesehatan, tapi berstatus nonaktif karena menunggak iuran, sehingga kerepotan saat akan mengakses layanan rawat inap.

Untuk kasus-kasus seperti itu, pihaknya telah memfasilitasi kebutuhan ini dengan menyediakan petugas yang siap membantu menjembatani dengan pihak pemerintah daerah setempat untuk difasilitasi sebagai peserta dari jalur Penerima Bantuan Iuran (PBI). Seraya prosedur pendaftaran sebagai PBI, layanan rawat jalan tetap diberikan, karena pantang menolak pasien.

"Tapi dengan perjanjian, yang bersangkutan siap menanggung biaya secara mandiri jika pengajuan yang disampaikan tidak disetujui pemda," ucapnya.

Sepuluh tahun bermitra menjadi fasilitas kesehatan pelayan pasien BPJS Kesehatan, Klinik Utama Dr. H. A. Rotinsulu merasakan banyak perkembangan dan perubahan positif, yang tidak saja menguntungkan bagi faskes, tapi juga pasien yang mengakses layanan. Namun demikian, ada satu harapan agar di masa depan BPJS Kesehatan bisa semakin prima.

Termasuk dalam menyampaikan bermacam informasi penting kepada pesertanya, terkait kebijakan maupun layanan. Dengan begitu, saat di lapangan, faskes bisa fokus pada pelayanan tanpa harus tiap saat "adu urat" dengan peserta yang belum tersosialisasi.



Poppy Siti Khalimah, perawat di Poli Umum dan Poli IMS Puskesmas Tanah Abang, Jakarta Pusat mengatakan bahwa kerja sama pelayanan BPJS Kesehatan di Puskesmas tersebut berjalan dengan baik.

Tenaga medis di Puskesmas tersebut telah menjalankan berbagai program dari BPJS Kesehatan, termasuk kegiatan Prolanis yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

Prolanis adalah Program Pengelolaan Penyakit Kronis yang merupakan program BPJS Kesehatan untuk membantu peserta JKN mengelola penyakit kronis mereka. Program ini melibatkan peserta, fasilitas kesehatan, dan BPJS Kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

Tujuan utama Prolanis meliputi upaya meningkatkan kualitas hidup pasien, mencegah komplikasi dan kecacatan akibat penyakit kronis, serta mengurangi biaya pelayanan kesehatan.

Beberapa kegiatan yang dilakukan antara lain berupa penyuluhan kesehatan, pemeriksaan kesehatan berkala, pemberian obat sesuai resep dokter, senam Prolanis, pembentukan kelompok dukungan konsultasi medis dengan tim medis SMS *gateway reminder* untuk mengingatkan jadwal konsultasi *home visit* untuk memberikan informasi dan edukasi kesehatan. Mengenai mekanisme pembayaran, Poppy menjelaskan bahwa ada dua metode, yaitu non-kapitasi dan kapitasi, yang memungkinkan klaim dilakukan dengan lancar tanpa adanya biaya tambahan, cukup dengan menggunakan KTP. Jika pasien tidak membawa KTP, mereka tetap dapat dilayani asalkan memiliki Nomor Induk Kependudukan (NIK).

"Kalaupun pasien tidak membawa KTP yang penting ada NIK-nya kita tetap layani, kita ada dua pendaftaran bisa *online* dan *offline*," katanya. Puskesmas Tanah Abang juga telah menyediakan dua jalur pendaftaran, baik secara *online* maupun *offline*, memudahkan pasien, terutama mereka yang sudah mendaftar melalui Aplikasi Mobile JKN.

Untuk efisiensi, rekam medis kini menggunakan Software Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS) yang menghilangkan kebutuhan untuk membawa resep manual saat mengambil obat.

"Jadi, pasien ketika sudah bertemu dengan dokter, pasien tinggal mengambil obat di bawah, itu untuk mempermudahnya," katanya. Poppy mengatakan bahwa Puskesmas Tanah Abang telah siap memberikan pelayanan lengkap kepada masyarakat, tanpa harus khawatir langsung ke rumah sakit untuk permasalahan kesehatan yang dapat ditangani di Puskesmas.

"Untuk masyarakat Tanah Abang, khususnya berobat ke Puskesmas, kita sudah melakukan pelayanan yang lengkap di sini tanpa khawatir tidak perlu untuk langsung ke rumah sakit. Kita bisa mengatasi permasalahan sementara yang bisa dilakukan di Puskesmas, itu bisa diatasi," ujarnya.

Ia juga mendorong masyarakat yang belum menjadi peserta BPJS Kesehatan untuk mendaftar, mengingat pentingnya akses terhadap biaya pengobatan yang cepat dan efisien.

Puskesmas Tanah Abang berkomitmen untuk menjadi solusi kesehatan bagi masyarakat, memberikan layanan yang memadai dalam rangka mendukung program kesehatan nasional.



KENALI GEJALA

GANGGUAN MENTAL YANG SERING TIDAK DISADARI



Ketika berbicara tentang kesehatan, yang terlintas di benak kebanyakan orang mungkin adalah tubuh yang bugar, bebas dari penyakit fisik. Ada satu aspek yang sering terabaikan, yaitu kesehatan jiwa atau mental. Padahal, kesehatan jiwa yang baik adalah fondasi dari kesejahteraan hidup secara menyeluruh. Tanpa itu, segala keberhasilan dan kebahagiaan yang tampak dari luar bisa jadi hanyalah lapisan tipis yang mudah rapuh.

Dalam dunia kerja, mungkin ada rekan kerja yang selalu tampak ceria di depan yang lain. Namun, di balik itu semua, ia merasakan tekanan yang besar dan cemas akan segala tuntutan hidup. Atau seorang ibu rumah tangga yang seolah-olah menikmati rutinitas harian di rumah, tetapi perlahan merasa hampa dan kehilangan makna hidup.

Rasa lelah, perasaan terisolasi, dan sulitnya menemukan dukungan membuat kesehatan mental semakin rentan. Mereka yang tidak mampu mengelola stres dengan baik akan berisiko mengalami berbagai gangguan, seperti depresi dan

kecemasan. Lebih parah lagi, banyak dari mereka yang enggan mencari bantuan karena alasan stigma.

Kenali Gejalanya

Masalah kesehatan mental tidak selalu muncul dengan gejala yang jelas, seperti depresi berat atau kecemasan berlebihan. Seringkali, tanda-tandanya bersifat halus, muncul secara bertahap, dan dianggap sebagai hal yang wajar atau bahkan diabaikan. Gejala-gejala ini dapat menjadi indikasi awal bahwa seseorang sedang menghadapi masalah kesehatan mental yang ringan.

Ketua Umum Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia Andi Jayalangkara Tantra memaparkan, ada sejumlah tanda yang dapat mengindikasikan seseorang sedang berjuang dengan kesehatan mentalnya. Salah satunya adalah perubahan dalam perilaku dan kinerja.

"Semua masalah kejiwaan akan memengaruhi perilaku kita. Perilaku yang mungkin dulunya gesit, menjadi tidak gesit. Atau mungkin

bisa sebaliknya, dari yang tidak gesit menjadi gesit, tetapi gesitnya tidak terarah. Begitu juga dengan kinerjanya yang rata-rata jadi menurun, cepat lelah," kata Andi Jayalangkara.

Tanda lainnya adalah peningkatan tekanan emosional, seperti menjadi lebih sensitif dan mudah tersinggung. Kondisi ini kerap muncul di lingkungan kerja.

Andi melanjutkan, masalah kesehatan mental juga bisa ditandai dengan gejala fisik, gangguan konsentrasi, hingga gangguan tidur.

"Jika diperhatikan, yang sekarang banyak dialami itu gejala psikosomatis. Gangguan jiwa memang tidak langsung ke mental, tetapi lari ke fisik dulu. Misalnya, detak jantung yang tidak teratur, sesak napas, masalah pencernaan, penurunan imunitas, hingga gangguan tidur. Semua ini bisa berawal dari adanya gangguan mental," paparnya.

Orang yang mulai mengalami gangguan kesehatan mental juga cenderung menarik diri



dari lingkungan sosial, memilih menyendiri, atau mencari pelarian yang tidak sehat, seperti alkohol atau penyalahgunaan obat-obatan terlarang. Padahal, tindakan tersebut justru menambah masalah baru.

Selain itu, orang dengan masalah mental kerap menunjukkan pola pikir negatif yang tidak realistis, serta adanya perubahan signifikan dalam penampilan maupun kebersihan diri.

"Jadi penampilannya sudah mulai acak-acakan. Yang dulunya rapi, sekarang misalnya rambut tidak disisir, tidak mandi, atau tidak lagi peduli dengan pakaian," ungkap Andi.

Bagaimana Mengatasinya?

Menghadapi masalah kesehatan mental, khususnya di lingkungan kerja, membutuhkan kesadaran dan dukungan dari berbagai pihak. Andi menyampaikan, langkah pertama yang dapat diambil adalah mencari

dukungan dan bersikap terbuka terhadap kondisi yang sedang dialami. Jangan ragu untuk berbicara dengan atasan, kolega, atau teman yang dipercaya, serta memanfaatkan sumber daya yang tersedia, seperti layanan konseling atau bantuan profesional.

Langkah berikutnya adalah merawat diri melalui kebiasaan-kebiasaan yang mendukung kesehatan mental. Ini bisa dimulai dengan menetapkan batasan yang jelas antara pekerjaan dan waktu pribadi, mengkomunikasikan kebutuhan secara jujur, serta meluangkan waktu untuk aktivitas yang membuat diri merasa tenang, seperti berolahraga atau menjalankan hobi.

Selain itu, mendidik diri sendiri tentang kesehatan mental dan cara mengelola stres juga penting. Menambah wawasan tentang hal ini akan membantu mengenali tanda-tanda awal gangguan mental serta

memberikan kemampuan untuk menanganinya sebelum berkembang menjadi masalah yang lebih serius.

"Mengenal masalah kesehatan mental, khususnya di tempat kerja, merupakan upaya kolaboratif. Dengan menciptakan lingkungan yang mendukung dan memprioritaskan kesehatan mental, pemberi kerja dan individu dapat bekerja sama untuk mengatasi tantangan ini secara efektif," kata Andi.

Dosen dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) Dadan Erwandi menambahkan, dalam mengelola kesehatan mental, langkah pertama yang perlu dilakukan adalah menjaga kesehatan. Menjalani gaya hidup sehat dengan pola makan seimbang, tidur cukup, dan rutin berolahraga adalah kunci utama yang harus diterapkan.

Selain itu, melakukan aktivitas yang sesuai dengan minat dan kemampuan juga dapat memberikan rasa pencapaian dan meningkatkan suasana hati. "Sesuatu yang memang dilakukan dengan senang hati, itu minimal akan mengurangi tekanan mental," kata Dadan.

Berpikir positif dan berusaha mengubah pola pikir negatif juga merupakan cara penting untuk menjaga kesehatan mental, serta mengembangkan kepekaan terhadap hal-hal yang bersifat psikis.

Di sisi lain, menenangkan pikiran dan mengembangkan hobi atau kegemaran juga tak boleh dilupakan. Luangkan waktu sejenak untuk beristirahat dari rutinitas agar pikiran tetap tenang.

Tak kalah pentingnya, menjaga hubungan sosial dan saling memperhatikan satu sama lain dapat menciptakan lingkungan yang lebih sehat secara emosional. Terakhir, meningkatkan ibadah sesuai keyakinan masing-masing bisa menjadi sumber ketenangan dalam hidup.



LAYANAN KESEHATAN DI GUGUSAN PULAU TERKECIL

Oleh : Muchtamir - Sindo



Setiap warna negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan ada lingkup nasional,tak terkecuali bagi warga Pulau Kodingareng, adalah sebuah pulau kecil yang berada di gugusan Kepulauan Spermonde, perairan Selat Makassar. Di pulau ini terdapat satu Puskesmas yang melayani warga dengan jumlah tenaga kesehatan 23 orang terdiri atas 2 dokter umum dan 1 dokter gigi serta perawat dan stafnya 20 orang.



Selain melakukan layanan kesehatan dalam gedung, Puskesmas Kodingareng juga melayani warga dengan cara kunjungan langsung ke warga atau lebih dikenal dengan istilah "homecare". Warga yang tidak bisa ke Puskesmas karena sesuatu dapat menghubungi layanan *call center* 112. Terkadang dalam menangani situasi darurat pasien terpaksa harus dirujuk ke rumah sakit dengan fasilitas yang lebih lengkap.

*) Peserta Lomba *Photo Story* Lomba Karya Jurnalistik BPJS Kesehatan Tahun 2023



Ibu hamil memeriksa kehamilan dengan alat ultrasonografi (USG) di Puskesmas Pulau Kodingareng, Makassar.



Pihak Puskesmas berharap adanya kapal khusus yang layak dan aman untuk membawa pasien rujukan ke kota. Terdapat 4340 warga Pulau Kodingareng yang terdaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

MENUNGGAK IURAN

HANYA AKAN MENONAKTIFKAN LAYANAN SEMENTARA?



Keberhasilan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mengusung prinsip gotong royong sangat bergantung pada partisipasi aktif dari setiap pesertanya, terutama dalam hal pembayaran iuran. Sayangnya, masih ada masyarakat yang belum sepenuhnya memahami pentingnya memenuhi kewajiban ini.

Sebagian peserta berpikir, apabila menunggak iuran, mereka hanya kehilangan akses sementara terhadap layanan kesehatan dan bisa langsung aktif kembali begitu tunggakan dibayar.

Faktanya, menunggak iuran tidak hanya menonaktifkan kepesertaan sementara, tetapi juga berpotensi menambah beban denda apabila peserta membutuhkan layanan rawat inap di rumah sakit saat mengaktifkan kembali statusnya.

Beban ini bisa cukup signifikan, terutama bagi mereka yang sedang dalam kondisi darurat atau membutuhkan penanganan medis mendesak. Selain itu, akses terhadap layanan publik tertentu juga berpotensi dibatasi.

Mengacu pada Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, apabila peserta tidak membayar iuran sampai dengan akhir bulan berjalan, maka penjaminan peserta akan diberhentikan sementara sejak tanggal 1 bulan berikutnya.

Pemberhentian sementara penjaminan peserta akan berakhir dan status kepesertaan aktif kembali, apabila peserta telah membayar iuran bulan tertunggak paling banyak untuk waktu 24

bulan, serta membayar iuran pada bulan saat peserta ingin mengakhiri pemberhentian sementara jaminan.

Denda Pelayanan

Peserta JKN yang memiliki tunggakan iuran juga bisa dikenakan denda pelayanan apabila dalam waktu 45 hari sejak kepesertaannya aktif kembali menggunakan pelayanan rawat inap di rumah sakit.

Denda pelayanan akan dikenakan sebesar 5% dari perkiraan biaya paket *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG's) berdasarkan diagnosa dan prosedur awal untuk setiap bulan tertunggak dengan ketentuan jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 bulan, dan besar denda paling tinggi Rp 20 juta.

Selain itu, peserta yang menunggak iuran JKN juga berpotensi

mengalami pembatasan akses terhadap layanan publik tertentu, seperti pembuatan Surat Izin Mengemudi (SIM), pengurusan Surat Keterangan Catatan Kepolisian (SKCK), dan layanan administrasi lainnya. Hal ini merupakan bagian dari upaya untuk meningkatkan kepatuhan dalam pembayaran iuran JKN.

Seperti diketahui, pemerintah telah menerbitkan Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang menginstruksikan 30 kementerian/ lembaga untuk mendukung program ini.

Instruksi tersebut salah satunya ditujukan kepada Kepala Kepolisian Republik Indonesia untuk melakukan penyempurnaan regulasi guna memastikan pemohon SIM, Surat Tanda Nomor Kendaraan (STNK), dan Surat Keterangan Catatan Kepolisian (SKCK) adalah peserta aktif dalam Program JKN.

Karenanya, penting bagi peserta JKN untuk selalu membayar iuran tepat waktu agar status kepesertaan tetap aktif dan dapat menikmati seluruh manfaat dari program ini tanpa kendala.

Program REHAB

Untuk memberikan keringanan finansial bagi peserta JKN yang memiliki tunggakan iuran, BPJS



Kesehatan juga telah menggulirkan Program Rencana Pembayaran Bertahap (REHAB). Program ini dikhususkan untuk segmen peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPUPU) dan Bukan Pekerja (BP) yang memiliki tunggakan lebih dari 3 bulan (tunggakan 4-24 bulan).

Maksimal periode tahapan pembayaran selama 1 siklus program adalah 12 bulan. Nantinya status kepesertaan akan kembali aktif setelah seluruh tunggakan dan iuran bulan berjalan lunas dibayarkan. Program REHAB ini dapat diakses

melalui Aplikasi Mobile JKN.

Perlu diingat, dengan membayar iuran tepat waktu, peserta tidak hanya memastikan akses mereka sendiri ke layanan kesehatan tetap terbuka, tetapi juga turut menjaga keberlanjutan Program JKN yang sangat dibutuhkan oleh seluruh lapisan masyarakat. Sanksi-sanksi ini juga bertujuan untuk mendorong peserta agar lebih disiplin dalam membayar iuran JKN tepat waktu, sehingga prinsip gotong royong yang menjadi dasar JKN dapat berjalan dengan lebih baik.



MUDAHKAN

LAYANAN UNTUK PESERTA JKN

Sebagai mitra BPJS Kesehatan dalam memberikan layanan Program JKN, fasilitas kesehatan (faskes) diharapkan dapat terus berinovasi untuk meningkatkan kualitas layanan kepada peserta. Sudah banyak faskes yang menciptakan berbagai terobosan dalam pelayanan.

LITAS KESEHATAN BERKOMITMEN DALAM
LAYANAN KESEHATAN PROGRAM JKN
TINGGAT NASIONAL TAHUN 2



Di antaranya ada RS Islam Jakarta Cempaka Putih, Jakarta Pusat, dan RSI Aisyiyah Nganjuk, Kabupaten Nganjuk, Jawa Timur. Kedua RS ini bersama 27 faskes lain mendapatkan penghargaan dari BPJS Kesehatan sebagai Faskes Berkomitmen dalam Menjaga Mutu dan Akuntabilitas Program JKN, pada acara Pertemuan Nasional Faskes di Jakarta, 19 September 2024.

RS Islam Jakarta Cempaka Putih yang meraih juara pertama untuk kategori RS kelas B dinilai sudah memenuhi kriteria layanan yang disepakati bersama BPJS Kesehatan. Direktur RS Islam Jakarta Cempaka Putih, Pradono Handojo mengatakan bahwa pihaknya berupaya untuk memenuhi apa yang sudah ditetapkan BPJS Kesehatan, terutama prinsip layanan JKN yang mudah, cepat, dan setara. Ini

dilakukan dengan memudahkan layanan kepada peserta.

Prinsip mudah, misalnya RS tidak lagi meminta fotokopi dokumen. Pasien tidak perlu membawa fotokopi KTP ataupun kartu keluarga dan kartu JKN ketika berobat. Prinsip cepat dilakukan dengan menurunkan lamanya antrian baik saat menunggu dokter maupun antrian obat.

“Pasien kami paling banyak di Jakarta Pusat, sebanyak 800 pasien berkunjung setiap hari. Kami mengupayakan mereka tidak menunggu lama baik antrian di dokter maupun obat. Caranya dengan mempersingkat di proses digitalisasinya,” kata Pradono kepada Media Info BPJS Kesehatan di Jakarta, baru-baru ini.

Kemudian prinsip setara, yaitu bagaimana tidak membedakan pelayanan pasien JKN dengan pasien yang membayar sendiri. Selain dari sisi pelayanan, menurut Pradono, yang dibangun juga adalah respon terhadap keluhan pasien. Semua pengaduan pasien JKN dijadikan sebagai kritikan membangun untuk perbaikan layanan.

Upaya lainnya adalah investasi di bidang sumber daya manusia (SDM). Seluruh SDM baik tenaga medis maupun non medis selalu ditanamkan pemahaman dan kesadaran untuk melayani dengan hati. Menurutnya, transformasi digitalisasi dan peralatan kesehatan canggih hanyalah sebagai pendukung, sedangkan kunci utama mutu layanan adalah SDM yang memberikan pelayanan dengan hati.

“Kami punya perawat 550 orang dan dokter 180 orang di mana semua memiliki karakter berbeda. Tidak semua satu visi dan misi. Tugas manajemen menyatukan visi misi dari SDM ini. Kami selalu mengingatkan SDM ini bahwa gaji kita bersumber dari pasien, sehingga pelayanan kepada pasien harus yang terbaik,” katanya.

Untuk mendorong kesadaran itu, maka dibutuhkan kepemimpinan yang baik. Pimpinan RS setiap pagi memeriksa langsung ke level layanan seperti IGD, poli klinik, ICU, apotek, laboratorium, dan unit lainnya untuk memastikan bahwa semua layanan dilakukan sesuai standar.

“Pagi-pagi kami sudah keliling untuk memastikan bahwa tidak hanya *lip service*. Kalau pimpinan rumah sakit sudah melakukan itu, maka sudah pasti yang di bawahnya ini juga ikut turun,” katanya.

Pihaknya juga terus memberikan edukasi dan sosialisasi kepada SDM RS untuk pencegahan *fraud*. Terutama menanamkan kesadaran bahwa dana yang diperoleh dari layanan JKN adalah dana amanah, baik dari peserta maupun negara. Oleh karena itu, tidak ada toleransi untuk *fraud*, seperti manipulasi diagnosis dan lain sebagainya.

Direktur RSI Aisyiyah Nganjuk Jawa Timur, dr Agus Pribadi mengatakan



bahwa pihaknya juga berupaya untuk meningkatkan mutu layanan sebagaimana komitmen BPJS Kesehatan. Ini dilakukan mulai dari pasien datang ke RS sampai pada pencegahan kecurangan. Di level pendaftaran, seluruh peserta sudah diwajibkan untuk mendaftar melalui Aplikasi Mobile JKN. Tidak ada lagi peserta yang mendaftar di loket pendaftaran RS. Selain memudahkan peserta, juga memangkas waktu antrian. Awalnya ada penolakan dari peserta dengan berbagai alasan, namun dengan sosialisasi yang terus gencar dilakukan, sekarang ini pendaftaran pasien hanya melalui Aplikasi Mobile JKN.

“Awalnya terjadi konflik dengan pasien, tapi kami dengan sabar membantu. Dengan sosialisasi mereka tetap tidak mau, akhirnya kami paksa dengan mewajibkan. Lama-lama mereka tahu, dan mulai Mei 2024 kami wajibkan daftar melalui Aplikasi Mobile JKN,” ujar Agus.

Sementara untuk menjaga akuntabilitas, RS ini sudah membentuk tim anti *fraud* dan tim audit sendiri. Tim ini bekerja melakukan evaluasi, pemantauan, dan pencegahan *fraud*.



BUGAR,

FITUR CANGGIH MOTIVATOR HIDUP LEBIH SEHAT



Aplikasi Mobile JKN kini hadir dengan fitur terbaru yang dinamakan Bugar. Fitur ini dirancang untuk memudahkan peserta JKN dalam memantau kesehatan dan kebugaran mereka.

Kepala Tim Pengembangan Aplikasi Mobile JKN, Ivan Carlos, menjelaskan berbagai keunggulan dari fitur Bugar yang memungkinkan pengguna untuk memantau berbagai data kebugaran, meliputi massa tubuh berupa tinggi badan, berat badan, hingga kadar lemak tubuh. Selain itu, Bugar juga menampilkan durasi tidur dalam periode 7 hari terakhir dari pengguna aplikasi, aktivitas periode harian seperti kalori terpakai, jarak tempuh, *beat per minute*, berikut laporan total langkah harian peserta.

Data penting kesehatan lainnya yang juga dilaporkan Bugar berupa denyut jantung, denyut jantung saat istirahat, tekanan darah, tingkat pernafasan, saturasi oksigen, suhu tubuh periode harian, hingga kandungan nutrisi berdasarkan jumlah liter air yang diminum pada periode harian.

Untuk beradaptasi pada kecanggihan teknologi jam pintar saat ini, fitur Bugar dapat dihubungkan dengan perangkat pintar, seperti *smart watch*, melalui fitur Google Health Connect untuk Android dan Apple Health untuk iOS. Ini memastikan data kebugaran ter-*update* secara otomatis dan akurat.

"Data pada fitur Bugar diperoleh dengan cara memberikan hak akses Aplikasi Mobile JKN untuk

membaca data kebugaran dari fitur Google Health Connect (Android) dan Apple Health (iOS)," katanya menambahkan.

Bugar juga menawarkan integrasi dengan platform kesehatan lain seperti Google Fit dan Apple Health, memberikan kemudahan bagi pengguna dalam memantau kesehatan mereka.

"Fitur Bugar dapat diakses oleh semua peserta JKN yang menggunakan *smart watch*, atau jika tidak memiliki *smart watch* dapat juga menggunakan *gadget* yang terhubung dengan fitur Google Health Connect dan Apple Health," kata Ivan.

Untuk memastikan data kebugaran di Aplikasi Mobile JKN selalu



ter-update secara akurat, Bugar memberikan hak akses Aplikasi Mobile JKN untuk membaca data pada fitur Google Health Connect (Android) dan Apple Health (iOS), sehingga data kebugaran di Aplikasi Mobile JKN akan otomatis tersinkronisasi.

"Fitur Bugar dapat membantu peserta JKN dalam memonitor aktivitas sehari-hari dan memberikan informasi mengenai aktivitas sehari-hari peserta apakah sudah melakukan pola hidup sehat seperti informasi berat badan ideal, kegiatan berolahraga rutin, durasi tidur yang cukup, jumlah air yang diminum, denyut jantung yang normal, dan indikator-indikator lainnya," katanya. Bagi peserta yang tergabung dalam Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis), fitur ini sangat bermanfaat. Data kebugaran yang terkumpul dapat membantu BPJS Kesehatan dalam memantau kondisi kesehatan peserta dan memberikan rekomendasi yang sesuai.

Fitur Bugar dapat membantu peserta JKN dalam memonitor aktivitas sehari-hari dan menyediakan data yang dapat menjadi input bagi BPJS Kesehatan dalam memonitor peserta JKN, baik yang berpotensi maupun yang sudah memiliki riwayat penyakit kronis melalui *dashboard* yang memberikan informasi kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di mana peserta JKN tersebut terdaftar.

"Tujuannya, agar dapat memberikan saran mengenai cara hidup sehat berdasarkan indikasi medis dari peserta JKN," katanya.

Keamanan data juga menjadi perhatian utama. Peserta memiliki kendali penuh atas data yang dibagikan dan dapat melaporkan masalah melalui fitur keluhan dalam aplikasi jika diperlukan.

"Karena data kebugaran ini sifatnya terintegrasi dengan fitur Google Health Connect (Android) dan Apple

Health (iOS), maka peserta JKN sendirilah yang memutuskan apakah akan memberikan akses dan batasan data kebugaran apa saja yang akan diberikan untuk Aplikasi Mobile JKN," ujarnya.

Dengan fitur Bugar, Mobile JKN tidak hanya berfungsi sebagai aplikasi administrasi kesehatan, tetapi juga sebagai alat penting dalam menjaga kesehatan peserta. Fitur ini hanya tersedia di perangkat dengan sistem operasi Android yang mendukung Google Health Connect dan iOS.

Lantas, bagaimana cara melaporkan masalah jika data kebugaran tidak muncul di Aplikasi Mobile JKN? Untuk keluhan mengenai Aplikasi Mobile JKN secara umum maupun fitur Bugar secara khusus dapat dilaporkan melalui fitur keluhan yang terdapat di Aplikasi Mobile JKN.

Jika terkait pertanyaan atau kekhawatiran tentang kebijakan privasi data pengguna dapat menghubungi dpo@bpjs-kesehatan.go.id. Secara singkat, pada tampilan awal fitur Bugar sudah diberikan catatan informasi mengenai cara melakukan integrasi data kebugaran

di Aplikasi Mobile JKN.

Sejauh ini, pengembangan fitur Bugar tersedia pada fitur yang terhubung dengan perangkat Google Health Connect (Android) milik Google, maka untuk sistem operasi yang tidak bisa menggunakan layanan Google seperti *gadget* keluaran Huawei, maka fitur Bugar tidak dapat digunakan.

Fitur Bugar sementara hanya bisa digunakan pada android yang memiliki fitur Google Health Connect (API level 34 ke atas) dan Apple Health (iOS).

Kampanye hidup sehat

Direktur Utama BPJS Kesehatan, Ghufron Mukti mengatakan fitur baru tersebut direalisasikan guna mengampanyekan pola hidup sehat demi mencegah masyarakat jatuh sakit.

"Biar masyarakat kita itu sehat, perhatian terhadap kesehatan. Investasi kesehatan itu lebih penting daripada investasi keuangan, jadi apa artinya kita sekarang punya uang 100 triliun besok meninggal, kalau dibanding sekarang punya uang 10 juta tapi hidup masih lama," katanya.

Ghufron juga menjelaskan kampanye mencegah sakit dan mendorong hidup sehat tidak hanya berdampak pada peserta JKN. Fasilitas-fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan pun akan turut menerima kontribusi positifnya. Ghufron berharap, peluncuran fitur Bugar, dapat memacu peserta JKN untuk semakin termotivasi menjaga kesehatan dan kebugaran mereka, untuk menghindari jatuh sakit yang berujung pada perawatan di rumah sakit.

Lantas, sudahkah Anda mencoba fitur baru Bugar di Aplikasi JKN Mobile anda?



PENTINGNYA KOLABORASI KARYAWAN DAN PERUSAHAAN WUJUDKAN KESEHATAN MENTAL



Syila (26), sudah bolak-balik berkonsultasi ke dokter di berbagai rumah sakit untuk mendapatkan kesembuhan atas sakit lambung yang dialaminya. Berbagai tes pun sudah dijalani untuk mencari tahu biang dari sakit yang dirasakannya. Nyatanya, hasil tesnya baik, tapi beragam masukan dan obat yang diresepkan dokter tetap tak kunjung membuat kondisinya membaik.

Hingga akhirnya seorang dokter merujuknya ke klinik konsultasi jiwa. Syila sempat heran karena merasa dirinya tidaklah "gila", sampai harus berkonsultasi ke rumah sakit jiwa. Namun keinginan untuk sembuh, membuatnya mengenyahkan pikiran tersebut dan menuruti rekomendasi sang dokter.

Tak dinyana, setelah konsultasi dengan psikolog dan menjalankan arahan demi arahan yang disampaikan, sakit lambungnya berangsur membaik.

"Ternyata bukan fisik saya yang

sakit, tapi mental, akibat stres yang didapat," katanya.

Cerita yang dibagikan Syila tersebut diamini oleh psikolog dari Libera Insani, Dewi N. Adiningtiyas.

Menurut Dewi, stres yang tidak bisa dikelola dengan baik memang bisa mengakibatkan *burn out* yang kemudian berdampak pula pada kesehatan tubuh. Jika sudah demikian, banyak rasa sakit yang bisa dirasakan tubuh, mulai dari sekadar pusing, sesak napas, asam lambung, GERD, diabetes, hingga bahkan bisa juga memicu kanker. Kondisi ini bisa dialami siapa saja, dengan bentuk stres yang beragam.

Tak terkecuali para pekerja kantoran yang sehari-hari berkeutuk dengan aneka target, *deadline*, dan tugas-tugas yang seakan tanpa henti. Dewi mengatakan, sebenarnya setiap orang membutuhkan stres. Dalam hal ini stres positif yang dapat memicu motivasi, perbaikan kinerja, hingga akhirnya mencapai performa puncak bahkan meraih prestasi. Sebab tanpa adanya stres,

rutinitas yang sehari-hari dijalani akan memunculkan kejenuhan yang pada akhirnya dapat menjerumus pada kemerosotan kinerja.

Namun sebagai karyawan, tentu harus bisa mengelola stres sebaik mungkin. Caranya, dengan mengetahui kapasitas maksimal yang bisa ditangani oleh dirinya. Maka dari itu, demi kesehatan mentalnya, seorang karyawan harus berani untuk mengatakan tidak.

"Bukan tidak karena ingin menolak mengerjakan tugas yang sudah menjadi kewajibannya. Namun berani mengatakan tidak jika diberi tugas terus-menerus yang sudah melebihi beban normal dan di luar kapasitas juga kemampuan untuk menyelesaikannya," ucapnya

Dalam hal ini, seorang karyawan juga harus bisa menerapkan garis tegas sebagai batas demi mencapai keseimbangan antara pekerjaan dan kehidupan pribadinya. Membuat garis tegas ini sesederhana menetapkan jam kerja sebagai



batas waktu untuk mencurahkan seluruh pikiran, fokus, dan atensinya pada pekerjaan. Adapun di luar jam kerja, maka waktu tersebut merupakan waktu pribadi yang tidak bisa diganggu gugat dengan urusan pekerjaan demi alasan apa pun.

"Namun dengan catatan, saat jam kerja pun jangan terpengaruh melakukan atau memikirkan hal lain di luar itu. Istilahnya *mindfulness*, yakni menikmati apa yang perlu dilakukan saat ini, tanpa harus mengkhawatirkan apa yang akan terjadi nanti. Jika bisa disiplin membagi alokasi waktu sesuai kebutuhan, ke depannya tidak akan sulit untuk menjaga keseimbangan antara pekerjaan dan urusan lainnya," ucapnya.

Lalu di waktu selain jam kerja itu, gunakanlah untuk melakukan hal-hal yang bisa menjaga kewarasan pikiran dan kesehatan tubuh. Misalnya saja dengan meluangkan waktu untuk hobi, berolahraga, bisa juga bercengkrama dengan *circle* di luar tempat kerja. Yang pasti apa pun *"self care"* terefektif bagi masing-masing. Tentunya yang juga tak kalah penting ialah memastikan kebutuhan dasar menjaga kesehatan bisa tetap terpenuhi, yakni cukup waktu istirahat, cukup nutrisi, dan cukup beraktivitas fisik.

Jika setelah melakukan hal-hal tersebut, nyatanya ketenangan yang diharapkan belum kunjung datang dan *burn out* terasa makin membakar, maka sudah waktunya meminta bantuan dari pihak lain. Bisa dengan melakukan konsultasi medis atau menghubungi pihak perusahaan untuk dibantu mencari solusinya.

Di sinilah perusahaan bisa ambil bagian dalam upaya mewujudkan lingkungan kerja yang positif, sehingga mampu meminimalisir karyawan yang mengalami *burn out*

atau tergoda untuk melakukan *quiet quitting*.

Perusahaan bisa mewujudkan lingkungan kerja yang mendukung bagi kesehatan mental dengan menghadirkan ruang ataupun orang yang bisa dituju karyawan saat membutuhkan konsultasi seputar pekerjaan ataupun hal lain yang sedang dihadapinya. Melalui konsultasi itu, nantinya bisa didapatkan solusi atas permasalahan yang dihadapi, sehingga karyawan tersebut dapat kembali ke performa normalnya.

Perusahaan juga bisa mempertimbangkan ulang *workload*, sehingga bisa menjadi landasan untuk mempertimbangkan, pendelegasian tugas-tugas kepada karyawan apakah masih manusiawi atau justru sudah berlebihan.

Kemampuan atasan untuk bisa proaktif mengenali kondisi orang-orang yang ada di timnya juga bisa

menjadi pendukung lingkungan kerja yang sehat bagi mental. Dengan kemampuan yang mumpuni dalam hal ini, atasan bisa mengatur seberapa besar stres yang bisa diberikan kepada bawahannya agar bisa mencapai *peak performance*, juga mengetahui kapan stres berubah menjadi berlebihan sehingga bisa memicu *burn out*.

Dengan kemampuan itu juga, atasan bisa melakukan mitigasi awal terhadap karyawan yang berpotensi *burn out* atau *quiet quitting*, yakni dengan memperhatikan perubahan yang muncul. Karyawan yang ceria tiba-tiba murung berkepanjangan atau mereka yang semula berkinerja baik tiba-tiba kehilangan motivasi, ini yang harus segera diajak berkomunikasi karena bisa menjadi tanda awal ada 'sesuatu' yang terjadi.

Komunikasi tentunya menjadi kunci penting untuk mengantisipasi hal-hal yang tidak diinginkan tersebut. Baik komunikasi antar karyawan, antar karyawan dengan atasan, juga antar karyawan dengan perusahaan, semuanya harus terjalin dengan baik.

"Pujian atas pencapaian yang sudah diraih karyawan, atau sekadar pertanyaan seputar kabar hari ini juga merupakan hal kecil yang tidak butuh usaha berlebih tapi bisa mendatangkan dampak besar karena membuat karyawan merasa dihargai, merasa keberadaannya dianggap oleh perusahaan," terangnya.

Yang pasti, kata Dewi menekankan, upaya mewujudkan lingkungan kerja yang baik bagi mental harus sama-sama diusahakan, baik oleh karyawan maupun perusahaan. Sebab pada akhirnya, yang akan merasakan dampak positif dari lingkungan kerja yang sehat bagi mental ialah perusahaan dan tentunya para karyawannya.



BPJS KESEHATAN ANUGERAHKAN PENGHARGAAN ISTIMEWA BAGI JURNALIS DAN MEDIA MASSA



Jakarta - Sebagai wujud apresiasi terhadap media massa dan jurnalis Indonesia yang proaktif membantu langkah edukasi kepada masyarakat tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS Kesehatan memberikan penghargaan kepada 15 jurnalis pemenang Lomba Karya Jurnalistik Tahun 2024, Rabu (25/09). Penghargaan tersebut diberikan kepada jurnalis media cetak, media *online*, foto, televisi, dan radio yang berasal dari berbagai wilayah Indonesia.

"Selamat kepada para pemenang Lomba Karya Jurnalistik Tahun 2024. Tidak mudah memilih pemenang di antara ratusan karya-karya terbaik yang dikirimkan oleh rekan-rekan jurnalis media massa dari seluruh Indonesia. Terima kasih telah memberikan informasi yang komprehensif, sekaligus menginspirasi masyarakat untuk peduli akan pentingnya terlindungi jaminan kesehatan," kata Direktur Utama BPJS Kesehatan, Ghufron Mukti.

Lomba Karya Jurnalistik Tahun 2024 diikuti oleh 129 peserta dari berbagai media massa lokal maupun nasional di Indonesia. Jumlah karya yang masuk sebanyak 168 karya, terdiri atas 28 karya media cetak, 56 karya media *online*, 38 karya foto jurnalistik, 25 karya televisi, dan 21 karya radio. Untuk menjaga netralitas dalam melakukan penilaian, nama jurnalis dan media massa pada seluruh karya lomba yang masuk telah disamarkan sehingga karya-karya yang dinilai bersifat anonim.

Adapun karya-karya peserta yang dilombakan tersebut dinilai oleh deretan dewan juri yang profesional dan kompeten di bidangnya. Sebut saja Pemimpin Redaksi Kumparan.com sekaligus Ketua Forum Pemimpin Redaksi, Arifin Asyhad; Pemimpin Redaksi Kompas.com, Wisnu Nugroho; Pemimpin Redaksi CNN Indonesia TV, Titin Rosmasary; Pemimpin Redaksi Majalah MATA, Arbain Rambe; Pemimpin Redaksi KBR, Citra Dyah Prastuti; Kepala Redaksi Foto ANTARA, Prasetyo Utomo; dan Akademisi Jurnalistik Senior, Fitria Andayani.

Pada kesempatan yang sama, BPJS Kesehatan juga memberikan apresiasi kepada empat media massa yang paling banyak mempublikasikan berita positif tentang Program JKN berdasarkan hasil *media monitoring* sepanjang 1 Januari sampai dengan 31 Agustus 2024. Keempat media massa tersebut ialah Suara Merdeka untuk kategori media cetak, Detik.com untuk kategori media *online*, TV One untuk kategori televisi, dan RRI untuk kategori radio.

BPJS KESEHATAN RAIH PENGHARGAAN INOVASI PELAYANAN PUBLIK DARI KEMENPAN RB



Jakarta - BPJS Kesehatan sukses meraih penghargaan Pemantauan Keberlanjutan dan Replikasi Inovasi Pelayanan Publik kategori Penyelenggara Inovasi Terbaik dari Kelompok Instansi Pembina dari Kementerian PANRB.

Penghargaan yang diberikan juga sebagai bukti nyata atas komitmen yang ditunjukkan BPJS Kesehatan dalam mewujudkan pelayanan publik yang berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Melalui berbagai inovasi yang dihadirkan, BPJS Kesehatan dinilai berhasil dalam menghadirkan layanan yang lebih efektif, efisien, dan mudah diakses oleh seluruh lapisan masyarakat.

Direktur Utama BPJS Kesehatan, Ghufron Mukti menjelaskan penghargaan ini merupakan buah hasil dari kerja keras seluruh Duta BPJS Kesehatan dalam mewujudkan reformasi birokrasi yang berdampak langsung bagi masyarakat. Menurutnya, BPJS Kesehatan senantiasa berupaya memastikan bahwa masyarakat benar-benar merasakan kehadiran pemerintah melalui peningkatan kualitas layanan.

"Anugerah ini merupakan buah dari upaya besar yang telah dilakukan BPJS Kesehatan dalam transformasi mutu layanan kepada peserta JKN, sehingga dapat memberikan jaminan kesehatan melalui inovasi pelayanan yang memuaskan bagi masyarakat. Penghargaan ini juga memotivasi kami untuk terus melakukan inovasi demi tercapainya pelayanan yang lebih baik," ujar Ghufron, Selasa (08/10).

Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia, Abdullah Azwar Anas menyebut pemerintah terus mendorong dalam melakukan reformasi birokrasi. Upaya yang dilakukan dapat dimulai dari birokrasi yang berdampak dengan mengurangi penggunaan kertas dalam hal administrasi, penyederhanaan proses bisnis hingga pengawasan terhadap manajemen kinerja.

"Harapannya, seluruh kementerian/lembaga hingga pimpinan daerah dapat berkomitmen untuk melaksanakan instruksi Presiden RI dengan mengintegrasikan aplikasi dan layanan, sehingga pelayanan yang diberikan kepada masyarakat akan semakin mudah diakses," kata Anas.

MAKIN SEHAT LEWAT MOBILE JKN!

Karena semua berhak BUGAR!





BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Layanan Mudah dan Cepat Melalui **OUTBOUND CALL** **165**

Taukah kamu?

BPJS Kesehatan juga menghubungi Peserta JKN melalui

nomor 165

Yah saat ini BPJS Kesehatan terus berusaha membantu Peserta JKN untuk dapat selalu **menjaga keaktifan kepesertaannya** dengan dihubungi **melalui 165** loh

Apa aja sih layanan Outboundcall 165?

1

Advokasi pembayaran iuran untuk yang sudah pernah mendaftar tapi lupa *virtual account*-nya ataupun lupa bayar iuran saat periode pembayaran

2

Membantu peserta melakukan perubahan segmen dari peserta non-aktif menjadi peserta aktif kembali

**Jangan ragu kalau ada yang
menghubungi melalui 165**

Ingat 165, Ingat BPJS Kesehatan

