

INFOBPJS

EDISI 125 TAHUN 2025 // KESEHATAN

INDEKS KEPUASAN
PELANGGAN

11 TAHUN PROGRAM JKN

MOMENTUM PERKUAT KETAHANAN
DJS KESEHATAN



KAMU PEKERJA PENERIMA UPAH? ADA INFORMASI UNTUK KAMU!



Bagi Pekerja

1. Bebas out of pocket, Pekerja cukup membawa NIK atau KIS Digital saat mengakses pelayanan Kesehatan
2. Terdapat kepastian jaminan biaya pelayanan Kesehatan
3. Fasilitas Kesehatan bekerja sama BPJS Kesehatan yang tersebar di seluruh Indonesia
4. Jaminan Kesehatan berlaku sama untuk anggota keluarga yang ditanggung
5. Anggota keluarga dapat memilih fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang sesuai domisili masing masing



Bagi Pemberi Pekerja

1. Badan Usaha menunjukkan kepedulian dan tanggung jawab penuh terhadap kesehatan pekerja
2. Kepastian anggaran pelayanan kesehatan bagi pekerja
3. Tidak membutuhkan resources untuk mengurus kesehatan karyawan
4. Badan Usaha patuh pada ketentuan Pemerintah

Ketentuan Iuran Peserta Pekerja Penerima Upah

Iuran JKN Pekerja Penerima Upah (PPU) dipotong 5% dari Gaji Pokok + Tunjangan Tetap Pekerja

Batas atas upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan Iuran JKN yaitu Rp12.000.000

Potongan maksimal yang dibebankan pada pekerja sebesar
 $1\% \times \text{Rp } 12.000.000 = \text{Rp } 120.000$

sedangkan 4% ditanggung pemberi kerja

Batas bawah upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan Iuran JKN yaitu sesuai UMK/UMP

Iuran ditanggung pemberi kerja

Iuran ditanggung pekerja



Iuran tersebut untuk satu keluarga dengan maksimal 5 orang (pekerja, suami/istri dan 3 orang anak)

57 TAHUN BPJS KESEHATAN: SAATNYA MEREMAJAKAN TIANG JEMBATAN HARAPAN BANGSA

BPKS Kesehatan menapaki semester kedua tahun 2025 dengan kondisi keuangan yang masih sehat. Posisi aset neto Dana Jaminan Sosial (DJS) memang masih cukup untuk membayar klaim fasilitas kesehatan untuk 3,4 bulan ke depan, akan tetapi ada pekerjaan rumah yang harus dituntaskan. Besar pasak daripada tiang masih menjadi PR bagi BPJS Kesehatan. Makin lama, pendapatan iuran Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) makin berat mengimbangi biaya manfaat yang dibayarkan ke fasilitas kesehatan.

Pada tahun 2024, pendapatan iuran JKN tercatat di angka Rp165,3 triliun dengan tingkat kolektibilitas sebesar 99,17%. Artinya, kesadaran masyarakat untuk membayar iuran rutin sudah baik. Sayangnya, pendapatan iuran tidak cukup untuk menutup biaya pelayanan kesehatan yang dikeluarkan BPJS Kesehatan sebesar Rp174,9 triliun pada tahun tersebut. Melonjaknya biaya pelayanan kesehatan ini tak lepas dari tingginya pemanfaatan layanan JKN oleh pesertanya, yang per 6 Juni 2025 jumlahnya mencapai 279,9 juta jiwa atau lebih dari 98% populasi penduduk Indonesia. Melonjaknya utilitas, merupakan *trust* (kepercayaan) yang meningkat. Di sisi lain pembiayaan juga meningkat, untuk itu di perlukan penguatan efektivitas dan efisiensi pembiayaan.

Program JKN ibarat jembatan yang mengantarkan masyarakat Indonesia berobat ke fasilitas kesehatan tanpa terganjal kondisi ekonomi. Di satu sisi, ini kabar menggembirakan sebab makin banyak masyarakat yang tertolong saat perlu berobat. Namun di sisi lain, meningkatnya pemanfaatan JKN membuat beban jembatan kian berat. Sementara, iuran JKN, yang diibaratkan bagai tiang-tiang penyangga jembatan, tak kunjung diremajakan.

Penyesuaian iuran terakhir kali dilakukan pada 2020, itu lima tahun yang lalu. Dalam kurun waktu tersebut, ada banyak perubahan yang terjadi. Laju inflasi tak berhenti. Harga obat, barang, jasa medis, bahkan tarif pelayanan kesehatan pun ikut merayap naik. Ada pula efek *rebound* utilisasi pelayanan kesehatan pascapandemi Covid-19. Tahun 2024, penyakit berbiaya katastropik bahkan menyedot sekitar Rp37,2 triliun atau 21,32% dari total biaya pelayanan kesehatan tingkat lanjutan.

Harus ada upaya pengendalian yang serius agar ketahanan DJS Kesehatan tak tergerus. Dari sisi kepesertaan, BPJS Kesehatan berupaya mengoptimalkan langkah reaktivasi, meningkatkan kepatuhan peserta lewat sinergi lintas instansi, melibatkan komunitas donatur, hingga memanfaatkan interoperabilitas data. Dari aspek iuran, BPJS Kesehatan mendorong upaya penghimpunan dana dari seluruh segmen peserta, melakukan penarikan iuran sesuai karakteristik segmen peserta, menggalakkan program cicilan tunggakan iuran, serta memperluas kanal pembayaran JKN.

Kendali mutu dan kendali biaya juga memegang kunci utama. Mekanisme rujukan berjenjang dikencangkan demi menghindari tindakan medis yang berlebihan, sementara di lini depan, program promotif preventif diperkuat supaya beban pelayanan di rumah sakit bisa dikendalikan. Fungsi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama



(FKTP) dimaksimalkan, termasuk di dalamnya dalam mengelola Program Rujuk Balik (PRB) dan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis).

Keberlangsungan Program JKN tak lepas dari kontribusi negara. Melalui APBN, penyusunan regulasi, hingga penguatan kemandirian ekonomi sosial dan strategi jangka menengah. Selain lewat Program JKN, anggaran kesehatan diarahkan untuk mendukung pemeriksaan kesehatan gratis, mengakselerasi penurunan stunting dan kasus penyakit menular, menambah bantuan gizi bagi balita dan ibu hamil, serta mendukung pemenuhan sarana prasarana fasilitas kesehatan. Langkah pemerintah ini tak merupakan wujud komitmennya dalam menempatkan kesehatan penduduk Indonesia sebagai prioritas dan investasi jangka panjang.

Memasuki usia ke-57 bertepatan dengan Program JKN yang ke-11, waktunya kita singsingkan lengan baju merenovasi tiang-tiang jembatan supaya tetap kokoh menopang harapan masyarakat Indonesia. Ini adalah momentum yang tepat untuk mengevaluasi kinerja BPJS Kesehatan yang sudah beroperasi lebih dari satu dekade, serta merancang strategi keuangan yang lebih kokoh untuk menjamin Program JKN berjalan berkesinambungan.

Direktur Utama
Ali Ghufroon Mukti

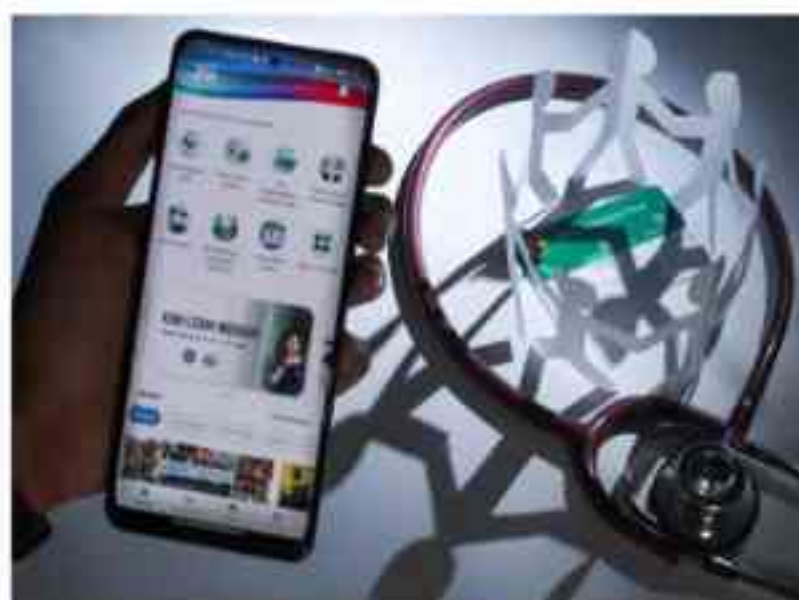
DAFTAR ISI

■ CEO MESSAGE	03
■ FOKUS	06
■ BINCANG	10
■ MANFAAT	12
■ PROSEDUR	14
■ POTRET JKN	16
■ KATA MEREKA	18
■ FASKES INSPIRATIF	20
■ JKN DALAM DATA	22
■ CEK FAKTA	23
■ TEKNO	24
■ GAYA HIDUP	26
■ KILAS PERISTIWA	28

PENGARAH Ali Ghufron Mukti **PEMIMPIN UMUM** M. Iqbal Anas
Ma'ruf PEMIMPIN REDAKSI Rizky Anugerah **SEKRETARIAT**
Raden Paramita Suciani, Retno Ristiana Haryati, Ni Kadek
Manipuspaka Devi, Ratu Sheila Annamya **REDAKTUR** Nopi Hidayat,
Arif Budiman, Ryan Abdullah, Sanny Christiann Mangundap, Juliana
Ramdhani, Tri Widhiastuti Puspitasari, Firsta Vaulina Afrinanda,
Rahma Anindita, Sedy Fajar Muhammad **EDITOR KONTEN** Al Hafiz,
Diah Ismawardani, Nandana Dwitya Swastha, Ranggi Larissa
Izzati **EDITOR KREATIF** Elshe Theresia, Achmad Hafiz, Dariusman
Tohir, Dio Ahmad Safarizki **DISTRIBUSI & PERCETAKAN** Agustina
Marniawati, Elmira Dwi Berty, Moh. Makruf, Novi Kurniadi
PENGEMBANGAN Akhmad Tasyrifan, Siswanto



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





MENGOKOHKAN PILAR JKN DEMI GENERASI MENDATANG

Di usia ke-57, BPJS Kesehatan terus meneguhkan komitmennya sebagai pelaksana Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang menjangkau hampir seluruh penduduk Indonesia. Capaian 98% kepesertaan ini tentu bukan hanya angka, melainkan wujud nyata dan semangat gotong royong dan kerja keras seluruh pihak dalam mewujudkan akses layanan kesehatan yang adil dan merata.

Namun di balik capaian tersebut, kita juga dihadapkan pada dinamika baru yang perlu dicermati secara bersama. Seiring dengan meningkatnya akses dan pemanfaatan layanan JKN oleh masyarakat, kebutuhan pembiayaan pun turut mengalami peningkatan signifikan. Pada tahun 2024, biaya pelayanan kesehatan mencapai Rp174,9 triliun, sementara pendapatan iuran berada di angka Rp165,3 triliun.

Kondisi ini menjadi pengingat bahwa keberlangsungan Program JKN perlu terus dijaga dengan strategi yang adaptif dan berkelanjutan. Penyesuaian kebijakan, penguatan manajemen risiko, serta kolaborasi lintas sektor menjadi kunci dalam menjaga keseimbangan antara hak peserta dan kemampuan sistem untuk memenuhi kewajiban.

Berbagai upaya penguatan pun terus dilakukan, mulai dari pengelolaan iuran yang lebih optimal, perluasan kanal pembayaran, hingga pendekatan promotif dan preventif yang diperkuat di lini pelayanan primer. Di sisi lain, sinergi dengan pemerintah juga terus diperkuat—baik melalui dukungan fiskal, penguatan regulasi, maupun program-program kesehatan nasional yang saling melengkapi.

Momentum usia ke-57 adalah waktu yang tepat bagi seluruh insan BPJS Kesehatan untuk merefleksikan perjalanan yang telah ditempuh, sekaligus menyusun langkah strategis ke depan. Ibarat jembatan harapan, Program JKN perlu terus dijaga agar tetap kokoh menopang masa depan kesehatan Indonesia.

Dengan semangat kolaboratif, inovatif, dan adaptif, mari kita terus bergandeng tangan untuk menjaga keberlanjutan Program JKN. Karena di balik setiap layanan yang kita hadirkan, tersimpan harapan besar jutaan keluarga Indonesia.

Redaksi



57 TAHUN BPJS KESEHATAN 11 TAHUN PROGRAM JKN MOMENTUM PERKUAT KETAHANAN DJS KESEHATAN

Adanya ketimpangan antara pendapatan iuran dan beban manfaat yang dibayarkan menjadi tantangan nyata yang dihadapi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dalam kondisi ini, penguatan finansial Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan menjadi langkah penting yang tak bisa ditunda. Usia 57 tahun BPJS Kesehatan menjadi momen penting untuk mengevaluasi dan merancang strategi keuangan yang lebih kuat, demi memastikan layanan kesehatan tetap hadir secara berkelanjutan bagi seluruh lapisan masyarakat.

Tahun 2025 menjadi momentum reflektif atas 57 tahun perjalanan panjang lembaga yang kini dikenal sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Sejak pertama kali hadir sebagai Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) pada 1968, lembaga ini telah mengalami berbagai transformasi kelembagaan.

Dimulai dari Perum Husada Bhakti pada tahun 1984, lalu berubah menjadi PT Askes (Persero) pada 1992, hingga akhirnya bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014 untuk mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi penduduk Indonesia tanpa terkecuali.

Tahun 2025 juga menandai 11 tahun perjalanan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini telah menjadi tonggak penting dalam sistem kesehatan nasional, memberikan perlindungan menyeluruh dan akses layanan kesehatan yang lebih merata bagi masyarakat dari berbagai latar belakang sosial dan ekonomi.

Selama lebih dari satu dekade, manfaat JKN telah dirasakan oleh jutaan masyarakat Indonesia. Akses terhadap layanan kesehatan menjadi semakin mudah dan terjangkau, baik di perkotaan maupun di pelosok desa. Kini, masyarakat tidak lagi harus khawatir dengan mahalnya biaya layanan kesehatan di rumah sakit, karena berbagai layanan kesehatan, mulai dari rawat jalan, rawat inap, hingga tindakan medis spesialis, dapat diakses melalui skema JKN.

Lebih dari itu, JKN juga terbukti mampu mencegah beban finansial akibat biaya kesehatan yang



BPJS Kesehatan
Kantor Pusat, Cempaka Putih

sebelumnya sering menjadi pemicu kemiskinan baru. Istilah "sakit sedikit jadi miskin" atau "sakit sedikit jadi miskin" perlahan mulai hilang dari kehidupan masyarakat.

Direktur Utama BPJS Kesehatan, Ali Ghufron Mukti menyampaikan, salah satu kunci utama keberhasilan UHC di Indonesia adalah kehadiran Program JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Program ini telah terbukti efektif dalam memberikan perlindungan finansial dan menyediakan akses layanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh rakyat Indonesia.

Hingga 1 Juni 2025, lebih dari 279.900.523 jiwa atau sekitar 98,22% penduduk Indonesia telah terdaftar sebagai peserta JKN. Capaian ini menjadikan Indonesia sebagai negara dengan cakupan UHC tercepat di dunia.



Seiring dengan meningkatnya jumlah peserta, BPJS Kesehatan terus memperkuat kemitraan dengan berbagai fasilitas kesehatan. Saat ini, BPJS Kesehatan telah bermitra dengan 23.475 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), 3.140 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), dan 6.280 fasilitas kesehatan penunjang.

Dari sisi finansial, pada tahun 2024, pendapatan iuran JKN mencapai Rp165,3 triliun dengan tingkat kolektibilitas sebesar 99,17 persen, meningkat dibandingkan 98,62 persen pada 2023. Angka ini mencerminkan meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga keberlanjutan Program JKN melalui pembayaran iuran secara rutin.

Penggunaan layanan kesehatan oleh peserta juga menunjukkan tren kenaikan yang signifikan. Apabila pada 2014 rata-rata pemanfaatan layanan hanya 252.000 per hari, maka pada 2024 jumlahnya melonjak menjadi 1,8 juta per hari. Secara total, utilisasi layanan pada 2024 mencapai 673,9 juta kunjungan, meningkat tajam dari 92,3 juta pada 2014. Peningkatan ini membuat beban jaminan kesehatan pada 2024 melonjak hingga Rp174,90 triliun.

Dari sisi tata kelola, BPJS Kesehatan kembali meraih predikat Wajar Tanpa Modifikasi (WTM) untuk laporan keuangan selama 11 tahun berturut-turut sejak era JKN. Prestasi ini mencerminkan konsistensi lembaga dalam menerapkan prinsip kehati-hatian, transparansi, dan akuntabilitas dalam pengelolaan Program JKN.

Tantangan Finansial DJS Kesehatan

Seiring dengan meningkatnya pemanfaatan layanan, Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan saat ini menghadapi tantangan yang semakin kompleks. Apalagi beban biaya pelayanan kesehatan untuk penyakit-penyakit katastrofik juga sangat tinggi. Pada 2024, BPJS Kesehatan mengeluarkan Rp372 triliun untuk membayar pelayanan kesehatan 33,04 juta kasus penyakit berbiaya katastrofik.

Dengan meningkatnya jumlah peserta dan kebutuhan pelayanan kesehatan, pembiayaan Program JKN terus mengalami tantangan. Pada 2023, klaim rasio BPJS Kesehatan mencapai 104,72%. Pada 2024, klaim rasio di angka 105,78%. Klaim rasio ini sebagai pertanda bahwa beban jaminan kesehatan lebih besar dari iuran yang dikumpulkan BPJS Kesehatan.



Ketua Dewan Pengawas (Dewas) BPJS Kesehatan
Abdul Kadir

Di sisi lain, aset neto DJS Kesehatan saat ini sebesar Rp49,52 triliun pada Desember 2024. Meskipun turun, kondisi keuangan DJS Kesehatan masih dalam posisi "sehat" sesuai dengan ketentuan, yaitu aset bersih telah mencukupi estimasi pembayaran klaim untuk 3,40 bulan.

Sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013, aset DJS dikatakan sehat apabila mencukupi estimasi pembayaran klaim untuk sedikitnya 1,5 bulan ke depan, atau paling banyak enam bulan ke depan.

"Aset neto DJS Kesehatan pada 2024 masih dalam kategori sehat. Namun, apabila tidak dilakukan upaya pengendalian atau intervensi yang serius, ketahanan DJS Kesehatan akan terganggu," kata Ghufro.

Ketua Dewan Pengawas (Dewas) BPJS Kesehatan, Abdul Kadir juga menyoroti potensi terjadinya mismatch DJS Kesehatan akibat adanya ketimpangan antara pendapatan iuran dan beban manfaat yang dibayarkan. Salah satu penyebab utama ketimpangan tersebut adalah meningkatnya beban jaminan kesehatan yang dipicu oleh efek *rebound* utilisasi layanan kesehatan pascapandemi Covid-19.

Selain itu, perubahan pola tarif JKN sebagaimana diatur dalam Permenkes Nomor 3 Tahun 2023, serta peningkatan biaya tindak lanjut hasil skrining 14 penyakit sesuai Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 3 Tahun 2024, turut memberikan tekanan terhadap pembiayaan layanan kesehatan. Masalah lain adalah rendahnya tingkat keaktifan peserta dan upaya pencegahan kecurangan (*fraud*) yang masih menjadi tantangan.

Sementara itu, masih tingginya jumlah peserta nonaktif juga menjadi tantangan dalam penyelenggaraan Program JKN. Namun, peserta yang nonaktif tersebut mayoritas karena proses berpindah segmen atau disebut juga mutasi.

Dalam kegiatan Rapat Panitia Kerja Komisi IX DPR RI Rabu (07/05), Direktur Kepesertaan BPJS Kesehatan, David Bangun memaparkan, hingga 30 April 2025, dari total 279,98 juta jiwa peserta JKN, sebanyak 224,18 juta jiwa tercatat sebagai peserta aktif. Sementara itu, terdapat 15,29 juta jiwa peserta nonaktif akibat menunggak iuran, dan 40,51 juta jiwa peserta nonaktif karena dalam proses mutasi kepesertaan.

BPJS Kesehatan juga telah menetapkan tujuh inisiatif strategis perluasan dan kepatuhan kepesertaan JKN pada 2025, yaitu sinergi dengan kementerian/ lembaga dalam menindaklanjuti Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program JKN, penguatan rekrutmen dan reaktivasi PPU swasta melalui pengawasan dan pemeriksaan kepatuhan badan usaha dan Program AKU PATUH, rekrutmen dan reaktivasi PPU Pemda melalui Program SRIKANDI, peningkatan rekrutmen dan reaktivasi peserta melalui Program JELITA dan Gerakan Rekrut Cepat (BPJS GERCEP) peserta *all segmen*.

Inisiatif lainnya adalah peningkatan keaktifan peserta PPU mikro berbasis desa melalui pendekatan PESiAR (Petakan, Sisir, Advokasi, Registrasi), peningkatan rekrutmen dan reaktivasi PPU penyelenggara



negara (pegawai non-ASN dan perangkat desa) melalui sinergi advokasi dengan pemerintah daerah, serta penguatan kanal pendaftaran dan donasi berbasis komunitas untuk PBPJ mandiri dan kolektif.

David menambahkan, upaya peningkatan rekrutmen dan reaktivasi peserta juga didukung oleh interoperabilitas dengan kementerian/lembaga. Hingga saat ini, sudah 27 kementerian/lembaga yang telah terintegrasi dengan BPJS Kesehatan, baik dalam bentuk integrasi data maupun *dashboard*. Dengan pertukaran data ini, upaya rekrutmen yang dilakukan akan lebih terarah dan sistematis. Tentunya pertukaran data antara BPJS Kesehatan dan pengendali lainnya mengacu pada Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi.

BPJS Kesehatan juga memberi kemudahan akses layanan administrasi peserta. Mulai dari Aplikasi Mobile JKN, layanan WhatsApp PANDAWA, penempatan petugas BPJS SATU di rumah sakit, layanan BPJS Keliling dan BPJS Kesehatan online, hingga Care Center 165. BPJS Kesehatan juga bekerja sama dengan pemerintah daerah yang memiliki Mal Pelayanan Publik, sehingga masyarakat lebih mudah mengakses layanan BPJS Kesehatan.

Dari sisi iuran, BPJS Kesehatan telah menerapkan berbagai strategi untuk mengoptimalkan penghimpunan dana dari berbagai segmen peserta. Direktur Keuangan dan Investasi BPJS Kesehatan, Arief Witjaksono Juwono Putro menjelaskan, pendekatan penarikan iuran

disesuaikan dengan karakteristik tiap segmen.

Untuk peserta PBPJ Mandiri, salah satu strategi yang digunakan adalah pengiriman pesan melalui WhatsApp blast. Tahun 2024, sebanyak 91,9 juta pesan dikirim atau rata-rata 7,7 juta pesan per bulan dan berhasil menghimpun iuran sebesar Rp1,15 triliun.

Selain itu, kemudahan pembayaran iuran juga didorong melalui sistem autodebit. BPJS Kesehatan juga menjalankan Program Rencana Pembayaran Bertahap (REHAB) yang ditujukan bagi peserta PBPJ dan Bukan Pekerja (BP) yang memiliki tunggakan. Tahun 2024, program ini memfasilitasi pembayaran iuran secara bertahap dan telah diikuti oleh 1,73 juta peserta. Dari jumlah tersebut, Rp1,69 triliun iuran berhasil dikumpulkan. Program ini juga berhasil mengaktifkan kembali 911.000 peserta, dan 821.000 peserta lainnya masih dalam proses mencicil.

Untuk memperkuat edukasi dan pengumpulan iuran di tingkat komunitas, BPJS Kesehatan mengandalkan 1.306 Kader JKN yang tersebar di seluruh Indonesia. Guna mempermudah proses pembayaran, saat ini tersedia lebih dari 1.043.000 kanal pembayaran di seluruh Indonesia.

Kendali Mutu dan Biaya

Upaya kendali mutu dan kendali biaya dalam Program JKN juga memegang peranan krusial dalam menjaga keberlangsungan dan efektivitas program. Salah satu strategi

utamanya adalah penerapan sistem rujukan berjenjang yang sudah diimplementasikan sejak Program JKN bergulir. Selain itu, BPJS Kesehatan juga menerapkan sistem pembayaran berbasis INA-CBG's (Indonesia Case-Based Groups) di rumah sakit. Skema ini mendorong efisiensi dan menghindari tindakan medis yang berlebihan, karena biaya sudah ditentukan berdasarkan jenis kasus, bukan jumlah tindakan yang dilakukan.

Program Rujuk Balik (PRB) juga menjadi bagian dari kendali biaya, khususnya untuk pasien penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi. Pasien yang kondisinya stabil dirujuk kembali ke FKTP untuk pengobatan rutin, sehingga beban pelayanan di rumah sakit berkurang.

Upaya peningkatan mutu layanan primer pun terus dilakukan. FKTP diperkuat agar mampu menangani lebih banyak kasus medis ringan hingga sedang. Selain itu, deteksi dini penyakit menjadi komponen penting dalam strategi kendali mutu. Melalui program skrining kesehatan seperti pemeriksaan diabetes, hipertensi, dan kanker serviks secara berkala, potensi komplikasi dapat dicegah sedini mungkin, sehingga biaya perawatan tidak membengkak di kemudian hari.

Di tingkat FKTP, BPJS Kesehatan menerapkan sistem Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK). Kegiatan promotif dan preventif juga menjadi bagian dari strategi pengendalian. Terakhir, BPJS Kesehatan memperkuat integrasi layanan digital seperti Aplikasi Mobile JKN, antrian online, layanan telemedisin,

dan sistem informasi kesehatan terintegrasi.

Penyehatan Keuangan DJS Kesehatan

Dengan kondisi eksisting di mana upaya-upaya BPJS Kesehatan dalam meningkatkan aktivasi peserta, *collecting* iuran, hingga pengendalian biaya sudah dilakukan, kondisi keuangan DJS Kesehatan diperkirakan masih akan menghadapi tantangan serius.

Ali Ghufron menyampaikan, jumlah peserta aktif per 31 Desember 2025 diproyeksikan mencapai 80%, sementara utilisasi pelayanan kesehatan diperkirakan terus meningkat sebesar 3% setiap tahun. Apabila tidak ada intervensi tambahan, akumulasi aset DJS Kesehatan pada tahun tersebut diproyeksikan mengalami *mismatch* yang berpotensi mengganggu kelancaran pembayaran klaim pelayanan kesehatan kepada fasilitas kesehatan.

Karenanya, Ghufron menekankan pentingnya langkah antisipatif untuk menjaga ketahanan keuangan DJS Kesehatan. Untuk menghindari terganggunya layanan kesehatan yang bisa menimbulkan kegaduhan publik, perlu dilakukan penyehatan keuangan DJS Kesehatan sesuai dengan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 53 Tahun 2018 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan.

Berdasarkan PP tersebut, apabila aset DJS menunjukkan angka negatif, pemerintah harus mengambil langkah-langkah khusus, yang meliputi penyesuaian besaran iuran, pemberian suntikan dana tambahan, dan/atau penyesuaian manfaat. Namun, setiap opsi memiliki implikasi yang perlu dipertimbangkan secara cermat.

Sementara itu, dari hasil pengawasan di lapangan, Dewas BPJS Kesehatan juga menilai perlu disiapkan langkah mitigasi guna meminimalisasi risiko kejadian dan dampak atas potensi defisit DJS Kesehatan. Antara lain melalui strategi dan inisiatif untuk peningkatan penerimaan.

"Direksi sudah harus menyiapkan usulan penyesuaian besaran iuran, dan juga kita harapkan adanya fokus pada peningkatan keaktifan PBP," kata Abdul Kadir.

Dari sisi pengeluaran, optimalisasi efektivitas biaya pelayanan kesehatan perlu didorong melalui sejumlah inisiatif. Hal ini mencakup

penguatan upaya promotif dan preventif, perbaikan sistem rujukan, standarsasi kebijakan penjaminan manfaat di FKTP maupun FKRTL, pelaksanaan audit medis dengan TKMKB, penguatan layanan Program Rujuk Balik, evaluasi tarif guna menghindari *over utilisasi*, dan pengawasan terhadap rujukan nonspesialistik. Langkah krusial lainnya adalah memperkuat pencegahan dan penanganan *fraud* dalam pelayanan JKN.

Upaya peningkatan pendapatan lain di luar iuran menurutnya juga perlu digalakkan, bersamaan dengan optimalisasi efektivitas pengeluaran biaya pelayanan kesehatan, serta memberikan perhatian khusus terhadap pelaksanaan monitoring dan mitigasi risiko untuk meminimasi kemungkinan dan dampak kejadian atas potensi defisit DJS Kesehatan terhadap keberlangsungan finansial Program JKN.

Terkait masih tingginya jumlah peserta nonaktif, Wakil Ketua Komisi IX DPR Yahya Zaini juga mendorong BPJS Kesehatan untuk melakukan langkah "jemput bola". Pasalnya masalah ini sangat berpengaruh terhadap pendapatan BPJS Kesehatan dan bisa mengganggu ketahanan DJS Kesehatan.

Menurutnya, peserta JKN nonaktif yang menunggak iuran dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu mereka yang memang tidak mampu membayar iuran, atau memang enggan membayar iuran. Karenanya, pemutakhiran data menjadi kunci penting.

"BPJS Kesehatan harus proaktif menjemput bola ke peserta untuk memastikan apakah peserta JKN yang nonaktif tersebut tidak membayar iuran karena tidak mampu, atau memang sengaja tidak membayar," ujar Yahya.

Sementara itu, Staf Ahli Menteri Keuangan Bidang Pengeluaran Negara, Sudarto, juga menyoroti persoalan *fraud* yang masih ditemukan dalam pengelolaan JKN, terutama di sejumlah rumah sakit. Ia menekankan perlunya langkah tegas untuk menekan potensi *fraud*.

Lebih lanjut, Sudarto juga mendorong terwujudnya demokratisasi dalam pengawasan Program JKN. Menurutnya, pengawasan tidak bisa hanya dilakukan oleh Kementerian Keuangan, Kementerian Kesehatan, atau BPJS Kesehatan semata. Semua pihak harus dilibatkan, termasuk pemerintah daerah dan kelompok masyarakat.

"JKN adalah program asuransi

sosial yang dibiayai oleh masyarakat dengan konsep gotong royong dan untuk masyarakat. Karena itu, masyarakat harus merasa memiliki, ikut mendukung, dan mengawasi jalannya program ini," kata Sudarto.

Dukungan Pemerintah

Keberlangsungan Program JKN tidak terlepas dari dukungan penuh pemerintah. Melalui alokasi anggaran dalam APBN, penyusunan regulasi, hingga penguatan infrastruktur kesehatan, pemerintah berperan aktif dalam memastikan program ini dapat berjalan secara berkelanjutan.

Menteri Keuangan (Menkeu) Sri Mulyani Indrawati menyampaikan, dalam rangka memperkuat kemandirian ekonomi dan sosial untuk mewujudkan Indonesia yang adil, makmur, dan sejahtera, strategi jangka menengah difokuskan pada delapan strategi yang mendukung agenda pembangunan. Salah satunya adalah menghadirkan pelayanan kesehatan yang berkualitas untuk menunjang perbaikan produktivitas dengan peningkatan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Selain melalui Program JKN, Sri Mulyani mengatakan anggaran kesehatan juga diarahkan untuk efektivitas program pemeriksaan kesehatan gratis, akselerasi penurunan stunting dan kasus penyakit menular, penguatan fasilitas kesehatan, serta penambahan bantuan gizi bagi balita dan ibu hamil. Untuk mendukung kualitas kesehatan tersebut, anggaran kesehatan untuk tahun 2026 dialokasikan sebesar Rp181 triliun hingga Rp228 triliun.

Disampaikan Sri Mulyani, kesehatan merupakan prioritas dan investasi jangka panjang. Melalui Program JKN, APBN hadir melindungi seluruh masyarakat.

"Akses kesehatan yang layak dan terjangkau adalah hak seluruh masyarakat. Dengan JKN, APBN hadir memberi ketenangan, membuka jalan menuju hidup yang lebih sehat dan sejahtera," kata Sri Mulyani.

Melalui berbagai upaya penguatan finansial DJS Kesehatan, serta dukungan berkelanjutan dari pemerintah melalui alokasi anggaran dalam APBN, keberlangsungan Program JKN diharapkan tetap terjaga. Dengan demikian, seluruh masyarakat Indonesia, tanpa terkecuali, dapat terus mengakses layanan kesehatan yang berkualitas dan berkesinambungan, menuju tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi seluruh rakyat Indonesia.

CAPAIAN DAN TANTANGAN

11 TAHUN JKN

Ketua Komisi Monitoring dan Evaluasi Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Muttaqien



Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah memasuki tahun ke-11 sejak resmi diluncurkan pada 2014. Dalam perjalanannya, program ini telah menjadi tonggak penting dalam upaya negara menjamin akses layanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Namun demikian, di balik capaian besar tersebut, masih terdapat sejumlah isu krusial yang perlu segera dibenahi.

Ketua Komisi Monitoring dan Evaluasi Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Muttaqien, menggarisbawahi bahwa JKN telah berada di jalur yang tepat, namun butuh penguatan serius untuk menjawab tantangan keuangan dan tata kelola layanan.

Muttaqien mengungkapkan data capaian JKN, salah satunya terkait potensi mismatch pada 2026, serta solusi konkret yang tengah disiapkan oleh DJSN untuk menjawab tantangan tersebut.

Lantas, bagaimana sebenarnya potret perjalanan JKN hingga

2024? Apa saja tantangan dan langkah strategis ke depan untuk memastikan keberlanjutan program ini?

Simak penjelasan lengkapnya berikut ini:

Apa saja fokus utama DJSN dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan JKN dan bagaimana indikator kinerja BPJS Kesehatan disusun untuk mendukung perbaikan layanan tersebut?

Terkait dengan meningkatkan pelayanan kesehatan dalam program JKN melalui indikator capaian kinerja BPJS kesehatan tahun 2025. Keputusan DJSN Nomor 1 Tahun 2025 ada empat perspektif yang kita sepakati, yakni kepesertaan, pelayanan, keuangan, dan organisasi.

Perspektif dari indikator pelayanan ini terdapat 17 indikator yang menjadi area penilaian kinerja BPJS Kesehatan di tahun 2025 ini. Ini ada 10 indikator dari sistem pelayanan dan tingkat kepuasan peserta,

kesesuaian implementasi kontrak bersama BPJS Kesehatan, sampai kepada yang ke-10 implementasi kebijakan terkait dengan KBK kapitasi berbasis kinerja dan PRB penguatan program rujuk balik.

11 tahun perjalanan JKN sudah sesuai jalur yang benar. Data menunjukkan sejak 2014 hingga April 2025, total Rp1.147 triliun telah dikeluarkan untuk membiayai JKN. Tahun 2025 masih aman. Namun, pada 2026 diperlukan perhatian serius karena potensi terjadi defisit yang dapat menyebabkan gagal bayar. Jika itu terjadi, BPJS bisa mengalami utang ke fasilitas kesehatan dan kesulitan membayar klaim.

Bagaimana Anda melihat kondisi ketahanan Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan hingga saat ini, dan apa langkah yang diperlukan untuk memastikan keberlanjutan program JKN ke depan?

Ini terkait dengan ketahanan DJS Kesehatan 2019-2025. Jadi kalau secara data kita melihat memang

ketahanan DJS kita sampai bulan April 2025 ini sekitar 3,05 kali bulan untuk pembayaran, sedangkan diproyeksikan di akhir tahun 2024 adalah 0,62 kali dan dengan rasio klaim di April 2025 dengan 106,6%, sedangkan diproyeksikan di Desember 2025 11,8 persen.

Memang kami membutuhkan kerja sama dengan berbagai pihak terkait dengan pentingnya kita mendiskusikan ketahanan keberlanjutan dari Program JKN ini agar lebih baik ke depannya.

Bagaimana perkembangan kerja Kelompok Kerja DJSN bersama kementerian dan BPJS Kesehatan dalam penyusunan kebijakan tarif, manfaat, dan iuran JKN, serta apa langkah-langkah strategis yang telah dilakukan?

Ini progres kelompok kerja yang di bangun DJSN bersama dengan Kementerian Kesehatan kementerian keuangan dan juga BPJS Kesehatan, dibantu juga oleh aktuaris independen. Jadi, sejak bulan Juni sampai dengan Mei kita selesaikan, untuk pembentukan tim Panitia Kerja berdasarkan Keputusan DJSN Nomor 8 Tahun 2024.

Kemudian, sejak Juli sampai Desember 2024 sudah dilakukan pembahasan *baseline* asumsi pengumpulan data serta analisis bauran kebijakan yang dibutuhkan dalam perhitungan aktuaria manfaat tarif dan iuran JKN. Di Januari sampai Maret, DJSN sudah melakukan perhitungan manfaat tarif dan iuran JKN dibantu oleh konsultan independen bersama Kemenkeu, Kemenkes dan BPJS kesehatan.

Pada bulan April sudah dilakukan rapat tingkat menteri dengan arah kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional dan sekarang sedang pembahasan tentang Perubahan Perpres tentang Jaminan Kesehatan yang di-kick off tanggal 9 Mei 2025.

Bagaimana DJSN memperkuat edukasi publik tentang pentingnya ketahanan JKN?

Kami mendorong bersama Kemenko Pemberdayaan Masyarakat, Kemendikdasmen, Kemendikti Saintek, Kemenag, BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan untuk membangun, mendorong integrasi muatan jaminan sosial ke dalam dunia



 Ketua Komisi Monevring dan Evaluasi Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)
Muttaqien

pendidikan dari tingkat pendidikan usia dini sampai nanti ke perguruan tinggi.

Hal yang sudah berjalan selama ini di tingkat SMA kita sudah melakukan penyusunan modul bagi para guru di 11 titik lokasi, sudah ada uji coba di beberapa sekolah dan pengawas sudah ada yang melaksanakan integrasi ini di 25 sekolah yang terpantau.

Sedangkan di tingkat SMP, kita tahun ini akan melakukan uji coba di beberapa sekolah yang ada di Jakarta, sedangkan di perguruan tinggi kita harapkan ada lima perguruan tinggi yang bisa dilakukan di tahun ini dan kita harapkan akan semakin berkembang sehingga pemahaman masyarakat terkait dengan jaminan sosial ini akan lebih baik lagi.



PERSALINAN

LANCAR DAN TENANG DENGAN JKN

Sebelum Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) hadir, banyak ibu hamil yang menjalani masa kehamilan dengan rasa was-was, apalagi menjelang persalinan. Kecemasan tak hanya datang dari risiko medis saat melahirkan, tetapi juga karena mahalnya biaya yang harus dipersiapkan. Di sejumlah rumah sakit, ongkos persalinan bahkan bisa menyentuh angka belasan hingga puluhan juta rupiah.

Kekhawatiran itu mulai berkurang sejak hadirnya Program JKN yang dikelola BPJS Kesehatan. Program ini memberikan jaminan pembiayaan untuk pelayanan pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan juga pemeriksaan pasca persalinan bagi peserta aktif, selama mengikuti alur dan prosedur pelayanan yang telah ditetapkan.

Antenatal Care: Awal dari Perjalanan Persalinan

Pelayanan persalinan dimulai jauh sebelum hari kelahiran tiba, yakni saat masa kehamilan melalui layanan Antenatal Care (ANC). Layanan ini tak sekadar rutinitas pemeriksaan, tetapi menjadi fondasi penting dalam menjaga kesehatan ibu dan janin.

Pemeriksaan ini mencakup pemantauan kondisi kehamilan calon ibu dan juga perkembangan janin, deteksi dini komplikasi, hingga edukasi tentang perawatan diri selama kehamilan. Dengan pelayanan Antenatal Care yang rutin akan membantu menurunkan risiko persalinan prematur dan berat badan lahir rendah pada bayi, sekaligus meningkatkan kesiapan ibu dalam memberikan ASI dan merawat bayi setelah melahirkan.

Pelayanan ANC diberikan oleh dokter di FKTP terdaftar maupun bidan jejaring FKTP terdaftar atau yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

(Permenkes Nomor 3 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan). Pelayanan ANC dapat dirujuk ke FKRTL sesuai indikasi medis berdasarkan hasil pemeriksaan dokter dan bidan di FKTP.

Pelayanan Persalinan

BPJS Kesehatan memberikan jaminan pelayanan persalinan bagi peserta aktif, baik untuk persalinan normal maupun operasi caesar. Persalinan normal diutamakan dilakukan di FKTP tempat peserta terdaftar atau bidan jejaring. Namun, dalam kondisi medis tertentu,

KETENTUAN PENJAMINAN PELAYANAN ANC DI FKTP

- Satu kali pada trimester pertama yang dilakukan oleh dokter atau bidan, dan pemeriksaan ultrasonografi (USG) oleh dokter di FKTP.
- Dua kali pada trimester kedua yang dapat dilakukan oleh dokter atau bidan.
- Tiga kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh dokter atau bidan, dengan kunjungan kelima dapat dilakukan pemeriksaan USG oleh dokter di FKTP.





persalinan normal juga dapat dilakukan di rumah sakit.

Indikasi medis tersebut meliputi keadaan gawat darurat seperti perdarahan hebat, kejang saat kehamilan, ketuban pecah dini, gawat janin, dan kondisi lain yang mengancam keselamatan ibu maupun bayi.

Pelayanan persalinan dengan tindakan emergensi dasar juga dapat dilakukan di FKTP PONE (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar). Ini adalah Puskesmas atau fasilitas kesehatan tingkat pertama lainnya yang telah ditingkatkan kemampuannya untuk memberikan layanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal.

Sementara itu, bagi peserta JKN dengan kehamilan risiko tinggi, BPJS Kesehatan juga menanggung biaya persalinan melalui tindakan operasi caesar. Prosedur ini hanya dapat dilakukan di rumah sakit setelah mendapatkan rujukan dari dokter yang merawat di FKTP. Rujukan diberikan berdasarkan hasil pemeriksaan yang menunjukkan adanya indikasi medis yang memerlukan operasi caesar untuk persalinannya.

Postnatal Care: Jaminan Setelah Bayi Lahir

Tak berhenti di ruang bersalin, jaminan layanan dan BPJS Kesehatan berlanjut hingga masa nifas melalui layanan *Postnatal Care* (PNC). Pemeriksaan ini sangat penting untuk memastikan pemulihan kesehatan ibu dan pemantauan kondisi bayi baru lahir, terutama pada minggu-minggu pertama yang sangat krusial.

Pelayanan kesehatan bagi ibu dilakukan sebanyak empat kali yang meliputi satu kali pada periode enam jam sampai dengan dua hari pascapersalinan, satu kali pada periode tiga hari sampai dengan tujuh hari pascapersalinan, satu kali pada periode delapan hari sampai dengan 28 hari pascapersalinan, dan satu kali pada periode 29 hari sampai dengan 42 hari pascapersalinan.

Sementara itu, pelayanan kesehatan bagi bayi baru lahir dilakukan sebanyak tiga kali yang meliputi satu kali pada periode enam jam sampai dengan dua hari pascapersalinan, satu kali pada periode tiga hari sampai dengan tujuh hari pascapersalinan, dan satu kali pada periode delapan hari sampai dengan 28 hari pascapersalinan.



Alur Penjaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Ibu Hamil dan Persalinan

Seperti pelayanan kesehatan lainnya, pelayanan kesehatan kehamilan dan persalinan diberikan sesuai kebutuhan medis dan kompetensi fasilitas kesehatan, dimulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) peserta terdaftar, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

Dengan sistem rujukan, setiap ibu hamil bisa mendapatkan layanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kebutuhannya secara efektif



dan efisien, serta mendorong ibu hamil melakukan pemeriksaan rutin, sehingga potensi risiko kehamilan dan persalinan dapat diidentifikasi lebih awal dan ditangani tepat waktu.

Dengan sistem rujukan ini, JKN bukan hanya memberi jaminan pembiayaan, tetapi juga harapan. Harapan bahwa setiap ibu bisa menyambut kelahiran buah hatinya dengan tenang, sehat, dan penuh cinta, tanpa beban finansial yang mencelek. Tentu, dibutuhkan kepatuhan pada prosedur, kedisiplinan menjalani pemeriksaan, dan pemahaman atas sistem yang berlaku dalam Program JKN, serta pastikan selalu status kopesortaan untuk tetap aktif.

HOSPITAL



KARYAWAN PHK

TETAP DIJAMIN BPJS KESEHATAN, BEGINI PROSEDURNYA

Pemutusan hubungan kerja atau PHK besar-besaran sedang terjadi di Indonesia. Namun demikian, hak pekerja untuk mendapatkan jaminan kesehatan tetap harus dipenuhi, dan peraturan perundang-undangan memberikan jaminan itu.

Undang-Undang 24 Tahun 2011 tentang BPJS mengatur kewajiban perusahaan swasta untuk mendaftarkan semua pekerjanya sebagai peserta BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Peraturan ini berlaku untuk semua jenis pekerjaan dan perusahaan, termasuk karyawan tetap, pekerja lepas, dan pekerja asing yang telah bekerja di Indonesia selama minimal 6 bulan.

Lalu, bagaimana prosedur untuk PPU yang terkena PHK agar tetap mendapatkan layanan kesehatan dari BPJS Kesehatan? Penjaminan peserta PPU yang mengalami PHK diatur dalam pasal 27 Perpres 59 Tahun 2024. Aturan ini menegaskan bahwa mereka tetap memperoleh hak manfaat JKN paling lama 6 bulan sejak di PHK tanpa membayar iuran.

Deputi Direksi Bidang Kebijakan dan Data Kepesertaan BPJS Kesehatan, Gunadi, menjelaskan, penjaminan tersebut dibuktikan dengan beberapa hal, seperti bukti penerimaan PHK oleh pekerja dan tanda terima laporan PHK dari dinas kabupaten/kota yang berkaitan dengan bidang ketenagakerjaan. Kemudian, perjanjian bersama dan tanda terima laporan PHK dari dinas kabupaten/kota yang berkaitan dengan bidang ketenagakerjaan atau akta bukti pendaftaran perjanjian bersama, serta petikan atau putusan pengadilan hubungan industrial yang *inkracht*. Bukti PHK disampaikan oleh pemberi kerja dan atau pekerja kepada BPJS Kesehatan.

Dalam hal perselisihan PHK masih dalam proses penyelesaian, pemberi kerja dan pekerja tetap melaksanakan kewajiban iuran sampai dengan adanya putusan PHK yang *inkracht*. Dalam hal iuran tidak dibayarkan oleh pemberi kerja, tunggukan iuran wajib dibayarkan oleh pemberi kerja kepada BPJS Kesehatan dan pekerja tetap memperoleh hak manfaat pelayanan kesehatan.

Peserta yang di-PHK dan membutuhkan pelayanan rawat inap diberikan manfaat pelayanan kelas rawat inap standar atau di ruang perawatan kelas III untuk rumah sakit yang belum menerapkan KRIS. Manfaat ini diberikan kepada pekerja, isteri/suami yang sah dan anak tertanggung paling banyak 3 orang yang sudah terdaftar dalam data



Deputi Direksi Bidang Kebijakan dan Data Kepesertaan BPJS Kesehatan
Gunadi

Induk BPJS Kesehatan termasuk bayi baru lahir.

Peserta PPU yang mengalami PHK yang telah bekerja kembali wajib memperpanjang atau melanjutkan status kepesertaannya dengan didaftarkan oleh pemberi kerja atau mendaftarkan diri sendiri. Sedangkan yang tidak bekerja kembali dan tidak mampu, peserta melaporkan dirinya dan anggota keluarganya ke dinas sosial untuk didaftarkan sebagai peserta PBI.

Peserta PHK wajib melaporkan pengaktifan kembali status kepesertaan sebagai peserta PHK melalui kanal layanan administrasi BPJS Kesehatan dengan ketentuan menunjukkan KTP, kartu keluarga,

dan menyampaikan surat pernyataan bermaterai yang menyatakan peserta belum bekerja. Pelaporan tersebut dilakukan setiap bulan sampai peserta kembali bekerja atau paling lama 6 bulan sejak terjadinya PHK. Pelaporan PHK yang dilakukan oleh pemberi kerja tanpa melampirkan bukti PHK maka penonaktifan dilakukan tanpa manfaat jaminan 6 bulan.

Kemudian BPJS Kesehatan melakukan proses aktivasi sejak peserta melapor sampai dengan akhir bulan berjalan. Apabila peserta tidak melakukan pelaporan, maka status kepesertaan jaminan kesehatan pada bulan berjalan akan diberhentikan. Jika peserta berhalangan, pelaporan tersebut dapat dilakukan oleh anggota keluarga yang tercantum dalam satu KK dengan menyerahkan surat kuasa. Apabila peserta yang sudah diberhentikan kepesertaannya kembali melakukan pelaporan maka status kepesertaannya diaktifkan kembali dengan memperhatikan batas waktu paling lama penjaminan 6 bulan sejak terjadinya PHK.

Peserta yang terkena PHK bisa dialihkan ke segmen peserta lainnya. Misalnya segmen PBI apabila yang bersangkutan tidak atau belum bekerja kembali dan tidak mampu. Peserta melaporkan dirinya beserta keluarga ke dinas sosial untuk didaftarkan menjadi peserta PBI. Bisa juga masuk ke segmen PBPU Pemda sesuai dengan perjanjian kerjasama. Yang bersangkutan juga bisa masuk menjadi PBPU Mandiri dengan mendaftarkan dirinya beserta anggota keluarganya dengan memilih kelas perawatan I, II, dan III. Terakhir adalah PPU untuk peserta yang bekerja kembali wajib didaftarkan oleh pemberi kerja yang baru.



KLINIK KUPANG GRAHA

SIMBOL TRANSFORMASI DIGITAL LAYANAN KESEHATAN DI NTT

Klinik Kupang Graha Medika membuktikan bahwa pelayanan kesehatan bermutu tidak hanya hadir lewat tatap muka, tapi juga melalui teknologi digital. Transformasi layanan JKN lewat Aplikasi Mobile JKN, antrean online hingga telekonsultasi menjadi jawaban atas kebutuhan masyarakat masa kini.

Klinik Kupang Graha Medika adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terletak di Jl. Bundaran PU No. 54C, Kelurahan TDM, Kecamatan Oebobo, Kota Kupang. Klinik ini menyediakan layanan medis yang cukup lengkap, mulai dari pemeriksaan umum, layanan dokter gigi, apotek, hingga laboratorium. Sebagai mitra BPJS Kesehatan, Klinik Kupang Graha Medika turut melayani peserta JKN setiap harinya.

Tak sekadar melayani, Klinik Kupang Graha Medika juga menjadi contoh fasilitas kesehatan yang adaptif terhadap transformasi digital. Klinik ini aktif memanfaatkan teknologi seperti antrian online dan layanan telekonsultasi, sekaligus rutin mengedukasi peserta JKN agar familiar menggunakan Aplikasi Mobile JKN. Semangat ini menjadi bagian dari komitmen klinik untuk mendekatkan layanan yang cepat, mudah, dan manusiawi bagi masyarakat Kupang dan sekitarnya.



Tempat baru Klinik Kupang Graha Medika di tengah hiruk-pikuk lalu-lintas kota Kupang. Di titik strategis lingkungan itu, akses pelayanan kesehatan bisa semakin mudah bagi warga Kupang dan sekitarnya.



Ruang tunggu bersih, rapi, dan terang. Warga yang peserta JKN dan butuh pelayanan kesehatan akan lebih nyaman berobat di Klinik ini akibat konsep layanan yang modern.



Pelanggan Klinik Kupang Graha Medika memudahkan peserta JKN menggunakan fitur layanan online melalui Aplikasi Mobile JKN. Layanan ini memudahkan peserta untuk mengetahui antrian, akses dan jadwal, sehingga pelayanan menjadi lebih cepat dan tepat.



Layanan front office yang ramah dan efektif. Tenaga kesehatan yang profesional dengan nilai dan standar, dan pendirian konsep pelayanan yang humanis.



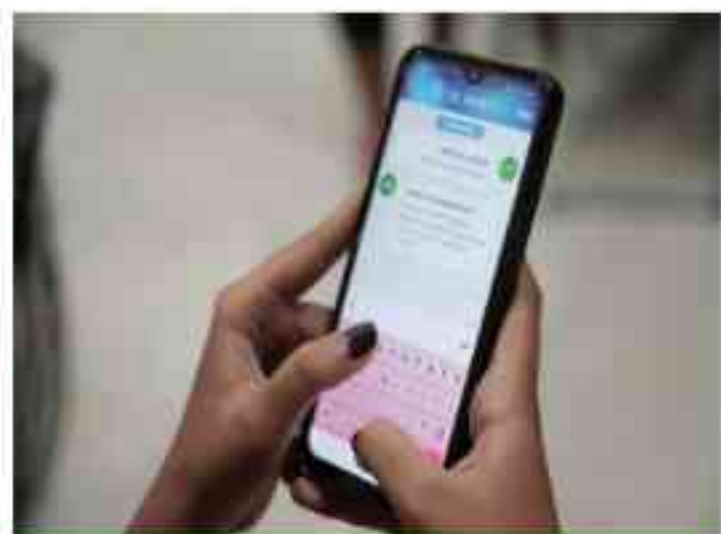
Petugas verifikasi identitas peserta JKN cukup hanya menggunakan KTP atau kartu JKN. Layanan administrasi kini makin terlebur dan terintegrasi digital.



Petugas verifikasi identitas peserta JKN cukup hanya menggunakan KTP atau kartu JKN. Layanan administrasi kini makin terlebur dan terintegrasi digital.



Petugas klinik dengan sikap ramah memberikan edukasi penggunaan Aplikasi Mobile JKN kepada peserta. Eklintar digital menjadi kunci kemudahan layanan, bahkan untuk peserta yang baru pertama kali menggunakan aplikasi.



Lainis tetap jadi prioritas layanan di Klinik Kupang Graha Medika. Petugas menyambut dengan detail apa saja yang bisa peserta JKN lakukan.



Peserta memegang obat yang diberikan oleh pelayanan. Selain obat, tidak dari administrasi hingga farmasi, layanan rumah, ruang dan lain.



Tidak masalah langsung dengan dokter melalui fitur Telehealth yang ada pada Aplikasi Mobile JKN. Peserta cukup melengkapi informasi, dokter pun langsung merespon tanpa perlu ada di klinik.

BPJS KESEHATAN PENOPANG SAAT BADAI HIDUP

Tak pernah mudah menerima kenyataan kehilangan buah hati, apalagi saat seluruh harapan telah ditumpahkan dalam sembilan bulan kehamilan. Namun di balik duka, seorang karyawan bank BUMN yang menjadi peserta BPJS Kesehatan kategori Pekerja Penerima Upah (PPU) membagikan pengalamannya tulusnya ketika layanan publik ini hadir tepat saat dibutuhkan.

Bekerja selama 11 tahun di Bank Mandiri, sebelum pindah ke Bank Mandiri Taspen pada 2024, Maulana Saputra (35) telah menjadi peserta aktif BPJS Kesehatan sejak lama.

Pada Mei 2023, saat sang istri bernama Ayesha May Ekawaty tengah mengandung anak ketiga, riwayat diabetes gestasional dan kekentalan darah menjadi tantangan besar dalam proses kehamilannya. Selain itu, sang istri telah dua kali menjalani operasi caesar sebelumnya.

"Awalnya kontrol di faskes pertama, Klinik Sentra Medica. Tapi karena nggak ada bidan, dirujuk ke klinik lain di Jatiasih, Kota Bekasi. Di situ dapat bidan yang bagus, dari situ mulai dicatat histori medisnya agar bisa dirujuk ke rumah sakit," katanya.

Memasuki usia kandungan 8 bulan, istrinya dirujuk ke RS Hermina Galaxy dan rutin kontrol ke dokter kandungan. Namun dua pekan sebelum persalinan, janin dinyatakan tidak lagi memiliki detak jantung.



Peserta JKRT
Maulana Saputra

Rasa duka pun menyelimuti Maulana dan keluarganya saat dokter menyarankan agar janin segera dikeluarkan demi keselamatan sang ibu.

"Dokter kandungan menyarankan agar masalah istri saya ditangani di RS Primaya Bekasi," katanya.

Pasangan ini pun segera bersiap dan mendatangi IGD RS Primaya. Proses administrasi berjalan lancar dan ruang persalinan pun dipersiapkan. Namun, tak disangka, operasi yang seharusnya dilakukan malam itu justru harus ditunda.

"Waktu pulang dari RS Hermina ke rumah, istri sempat minta makan. Kami tidak tahu kalau harus puasa dulu 8 jam sebelum operasi. Ternyata itu jadi masalah besar," katanya.

Dokter bedah yang menemui mereka di ruang operasi menjelaskan bahwa perut yang masih terisi makanan bisa berisiko tinggi saat tindakan anestesi. Dalam kasus ekstrem, makanan dapat naik ke paru-paru dan menyebabkan komplikasi serius.

"Saya lihat istri saya sudah sedih, sekarang tambah takut. Tapi janin ini harus segera dikeluarkan. Akhirnya saya tanya ke dokter, sampai kapan janin ini masih aman berada di perut istri saya?" kata dia.

Dokter kandungan menyatakan bahwa penundaan hingga pagi hari masih memungkinkan. Atas pertimbangan medis dan keselamatan pasien, operasi akhirnya dijadwalkan ulang keesokan harinya.

“

"Kalau tanpa BPJS, bisa keluar sekitar Rp25 juta. Tapi semuanya ditanggung. Fasilitasnya pun baik, AC, TV, dan hanya tiga orang per ruangan karena kelas 1 dari kantor," katanya.

”

"Istri saya kembali ke ruang rawat. Kami bersyukur karena fasilitas BPJS Kesehatan kelas 1 yang kami dapat dari kantor sangat baik. Satu ruangan hanya diisi tiga orang, lengkap dengan AC dan TV," ujarnya.

Esok harinya, setelah menjalani puasa dan pemeriksaan laboratorium ulang, operasi caesar berjalan lancar tanpa kendala.

"Kami kehilangan, tapi bersyukur tidak ada komplikasi lanjutan. Pelayanan BPJS Kesehatan juga sangat membantu secara medis maupun finansial," katanya.

BPJS Kesehatan menanggung seluruh proses tindakan operasi caesar tersebut. Meskipun kehilangan nyawa tak terhindarkan, ia merasa terbantu secara finansial dan medis.

Ia mengapresiasi profesionalisme layanan kesehatan yang diterimanya. Bahkan, ia menyatakan bahwa pengalaman ini telah mengubah pandangannya.

"Orang bilang BPJS Kesehatan ribet, tapi saya justru merasa pelayanannya bagus. Selama kita ikuti prosedur dan ada histori medis, semuanya lancar. Iurannya pun nggak berat, nggak sampai 5 % dari gaji," katanya.

Besarnya manfaat kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional juga dirasakan betul oleh Novianti Nurulliah (41). Warga Kabupaten Bandung yang berprofesi sebagai pekerja media itu memanfaatkan secara maksimal layanan JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan.

Tak hanya dirinya, sang suami beserta kedua anaknya pun selalu memanfaatkan layanan BPJS Kesehatan manakala mengalami gangguan kesehatan.

Parempuan yang berstatus sebagai karyawan swasta di sebuah perusahaan media itu pertama kali memanfaatkan layanan BPJS Kesehatan ketika melahirkan anak bungusnya secara caesar. Tak berselang lama, sang suami pun divonis dokter harus menjalani operasi pengangkatan usus buntu.

"Kebayang kalau dua operasi itu harus dibayar pakai kocek pribadi, bisa habis berapa banyak. Tapi cukup dengan kepesertaan BPJS Kesehatan, semuanya gratis. Bahkan meski gratis, pelayanan yang kami terima di rumah sakit sangat memuaskan. Kamar perawatan nyaman, petugasnya pun ramah dan profesional dalam memberikan pelayanan," katanya.

Tak hanya sampai di situ, Novi juga tak menyia-nyiakan kesempatan memanfaatkan kepesertaan JKN untuk memeriksakan buah hatinya yang dikategorikan sebagai anak berkebutuhan khusus.

Informasi seputar terapi anak berkebutuhan khusus yang juga dapat ditanggung oleh BPJS Kesehatan diperoleh dari sesama rekan kerja yang juga memiliki ABK. Tanpa ragu, ia pun turut mencoba mengakses layanan tersebut di rumah sakit rekanan BPJS Kesehatan.

"Memang tetap harus melalui prosedur mengajukan rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Tapi surat rujukan berlaku untuk beberapa bulan, sehingga beberapa kali janji temu terapi bisa langsung dilakukan dengan surat yang sama," ucapnya.

Setelah rutin menjalani terapi tersebut selama empat tahun, Novi merasakan adanya perubahan besar pada kemampuan komunikasi juga sosial sang anak.

Tak hanya untuk keperluan terapi, Novi pun memanfaatkan kesempatan berobat "cuma-cuma" menggunakan fasilitas BPJS Kesehatan saat buah hatinya harus menjalani rawat inap karena terserang disentri.

"Selain rawat inap, cukup sering juga saya berobat ke faskes pertama saat sakit, baik itu sakit gigi, flu, batuk, hingga yang terakhir nyeri kaki karena kadar asam urat terlampaui tinggi. Kebetulan lokasi faskes pertama dekat dari rumah sehingga mudah dijangkau saat butuh berobat," ucapnya.

Besarnya manfaat yang sudah dirasakan oleh dirinya dan keluarga,



Peserta JKN
Novianti Nurulliah

membuat Novi merasa potongan gaji yang setiap bulannya dibayarkan untuk membayar iuran kepesertaan BPJS Kesehatan tidaklah seberapa.

"Potongannya tidak besar kalau dibandingkan harus merogoh kocek pribadi tiap kali akan berobat. Saya tahu itu karena tiap bulan rutin memantau slip gaji yang dibenkan kantor, sehingga tahu besaran potongan untuk iuran BPJS Kesehatan, sekaligus memastikan iuran memang dibayarkan tepat waktu demi menjaga status kepesertaan tetap aktif," ucapnya.

Setelah bertahun-tahun merasakan manfaat sebagai peserta JKN dan mengakses berbagai layanan BPJS Kesehatan, Novi berharap agar pelayanan yang diberikan bisa terus membaik.



KLINIK ST CAROLUS SAMADI KLENDER

TINGKATKAN KUALITAS PROLANIS LEWAT “CERDIK”

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah garda terdepan kesehatan masyarakat dalam Program JKN. Selain mengobati peserta yang sakit, FKTP dituntut untuk melakukan upaya promotif dan preventif guna menjaga peserta tetap sehat. Itulah yang dilakukan oleh Klinik Pratama St Carolus Samadi Klender, Jakarta Timur, yang telah menjadi provider BPJS Kesehatan sejak 2018 dan memiliki peserta terdaftar 5.597 orang. Salah satu upaya mereka adalah menjaga kesehatan peserta Program Pengelolaan Penyakit Kronis

(Prolanis). Merawat peserta Prolanis itu ternyata tidak mudah. Banyak tantangan yang dihadapi utamanya soal kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Dibutuhkan kesabaran, komitmen dan kolaborasi terutama dari pasien sendiri bersama FKTP tersebut.

Untuk itu klinik ini membuat kartu pemantauan kesehatan peserta Prolanis, yang baru dimulai di tahun 2024. Kartu pemantauan itu berisi hasil pemeriksaan seperti tekanan darah, gula darah, asam urat, kolesterol total, kolesterol baik atau

“

“CERDIK ini merupakan kolaborasi antara dokter, perawat dan apoteker. Apoteker di sini tugasnya untuk memantau apakah penggunaan obat-obatan peserta sudah sesuai dosis yang kami berikan atau tidak. Misalnya apakah obatnya dihabiskan tepat waktu atau masih ada sisa,” ujar Kepala Klinik Pratama St Carolus Samadi Klender, Yuliana Helena, kepada INFO BPJS di Jakarta.

”



HDL, kolesterol jahat atau LDL, trigliserida, hemoglobin terglikasi (HbA1c), dan microalbumin.

Pemeriksaan rutin dilakukan dua kali dalam sebulan di minggu kedua dan minggu keempat. Upaya ini dikenal dengan istilah CERDIK, yaitu cek kesehatan, enyahkan rokok, rajin aktivitas, diet seimbang, istirahat cukup, dan kelola stres.

Sebanyak 153 peserta Prolanis yang terdaftar di Klinik St Carolus Samadi dilakukan pemantauan untuk memastikan mereka mengonsumsi obat sesuai dosis dan tepat waktu, menjaga pola hidup sehari-hari termasuk aktivitas fisik serta kontrol rutin ke klinik. Pemantauan bertujuan meningkatkan kesadaran pasien terhadap pengobatan yang sedang dijalannya, juga memberikan pendataan yang lengkap bagi tenaga kesehatan di klinik.

"Harapannya bukan hanya perbaikan kesehatan peserta Prolanis terkontrol sehingga harapannya mereka lebih produktif, tetapi juga petugas kesehatan kami memiliki data kesehatan lengkap setiap peserta," ujar Yuliana.

Kartu pemantauan kesehatan ini dibuat didasarkan pada evaluasi terhadap pelaksanaan Prolanis sebelumnya di mana tingkat kepatuhan peserta terhadap program ini masih kurang. Akibatnya terjadi komplikasi serius, dan kualitas hidup pasien berkurang. Dengan pemantauan ini diharapkan peserta bisa melihat sendiri progres kesehatannya, dan tumbuh kesadaran sendiri untuk menjaga kesehatannya, bukan karena paksaan dari petugas kesehatan.

Dengan kartu pemantauan ini terlihat ada perbaikan dalam pelaksanaan Prolanis, salah satunya rasio peserta Prolanis terkontrol (RPPT) di atas 5% dari total jumlah peserta yang terdaftar. RPPT adalah salah satu indikator dalam kinerja berbasis komitmen (KBK) yang diwajibkan BPJS Kesehatan kepada setiap faskes yang menjadi *provider*. RPPT di atas 5% mengindikasikan klinik ini berhasil menjaga kadar gula darah bagi pasien diabetes melitus dan hipertensi dengan baik.

Perkembangan lainnya, jumlah peserta Prolanis yang aktif untuk melakukan kontrol rutin semakin banyak, dan bonusnya kakeluargaan di antara mereka makin erat dengan saling mengingatkan untuk rutin kontrol dan menjaga gaya hidup. Apabila kesehatan pasien dengan penyakit kronis terkontrol dengan baik bukan hanya meningkatkan kualitas hidup dan produktivitas mereka, tetapi lebih dari itu juga

FASKES INSPIRATIF

**KLINIK PRATAMA
ST. CAROLUS SAMADI KLENDER**

MELAYANI :

- **UMUM**
- **GIGI**
- **KIA**

JAM PELAYANAN :

SENIN - SABTU : (PAGI) 08.00 - 12.00 WIB
(SORE) 16.00 - 18.00 WIB
MINGGU/HARI LIBUR NASIONAL TUTUP

Jl. DULAK RAYA NO. 35 RT/02 / RW. 01 KLENDER DUREN SAWIT JAK. UTARA 13476
TEL. : 021-2615534 / HP. 0817-8704-8771



mengurangi biaya pelayanan yang dikeluarkan BPJS Kesehatan.

Klinik dengan moto "*Melayani dan hati membangkitkan harapan*" ini sudah memprioritaskan upaya promotif preventif jauh sebelum bekerja sama BPJS Kesehatan. Mereka melakukan edukasi dan pemeriksaan fisik ke sekolah-sekolah, termasuk pemeriksaan diabetes untuk guru dan orang tua

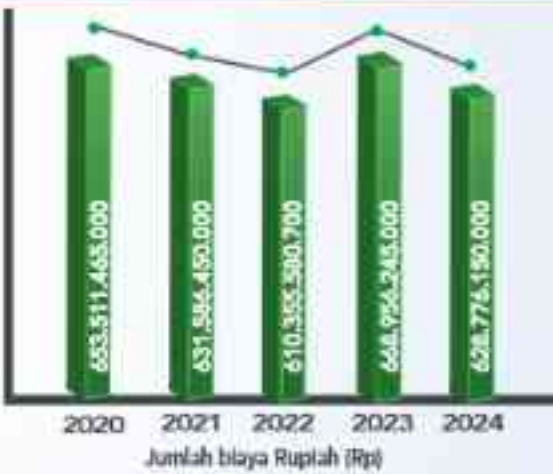
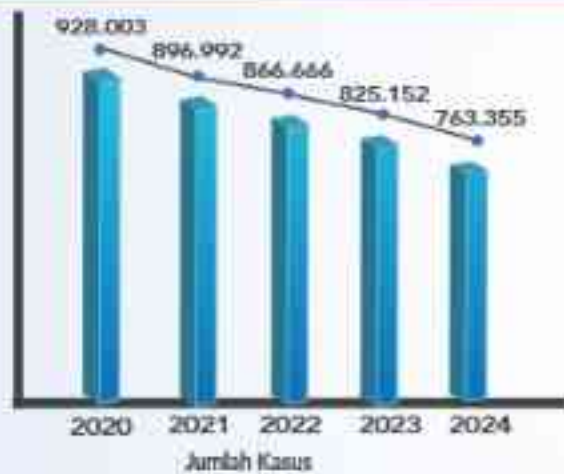
murid. Aksi ini sudah menjangkau 6 sekolah di Jakarta. Juga dilakukan pemeriksaan serviks di klinik bekerja sama dengan Puskesmas kelurahan. Baru sekitar 40 orang dilakukan pemeriksaan, dan jumlah ini akan terus ditingkatkan. Edukasi online juga rutin dilakukan bersama dokter melalui chat WhatsApp. Tujuannya untuk meningkatkan jangkauan kepada peserta JKN, dan meningkatkan angka kontak sehat.



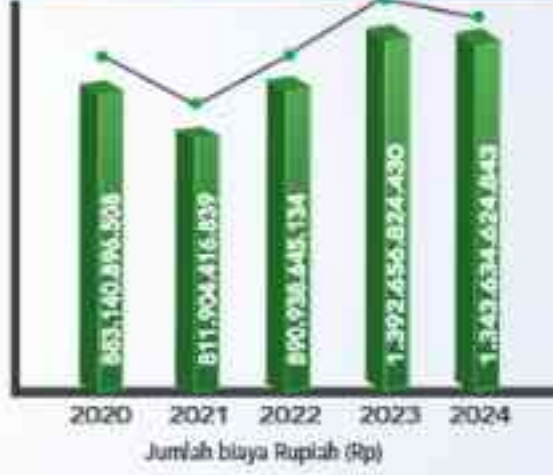
MELAHIRKAN TANPA CEMAS: BPJS KESEHATAN HADIR UNTUK IBU INDONESIA!

BPJS Kesehatan menanggung seluruh prosedur persalinan, baik yang dilakukan secara normal di FKTP, pervaginam di rumah sakit (FKRTL), maupun melalui operasi Caesar (SC), tentunya sesuai dengan indikasi medis. Selama 5 tahun terakhir (2020-2024), layanan ini telah dimanfaatkan oleh jutaan ibu di seluruh Indonesia.

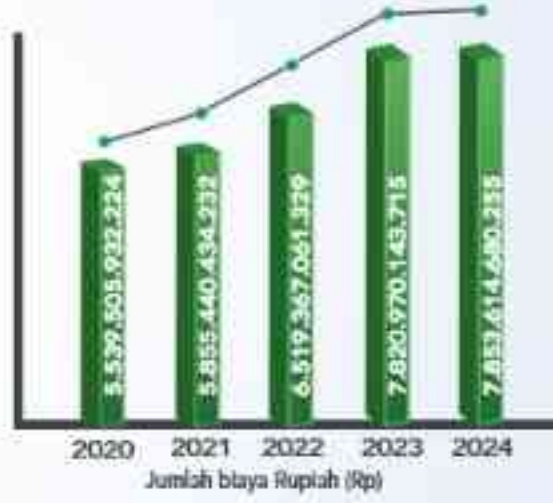
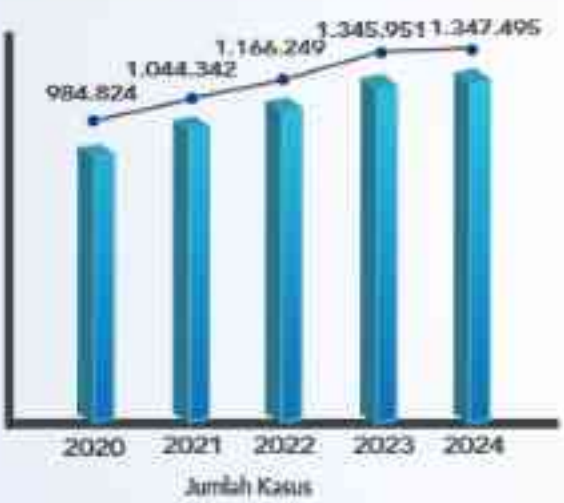
PERSALINAN NORMAL DI FKTP



PERSALINAN NORMAL DI RUMAH SAKIT



PERSALINAN OPERASI CAESAR DI RUMAH SAKIT



Total biaya yang dikeluarkan dalam 5 Tahun

Rp42,1 triliun!

Fakta Menarik dari Data BPJS Kesehatan

Persalinan Normal di FKTP	4,2 juta kasus	Rp3,2 triliun
Persalinan Pervaginam di FKRTL	2,4 juta kasus	Rp5,3 triliun
Persalinan Caesar (SC) di FKRTL	5,9 juta kasus	Rp33,5 triliun

Data ini menunjukkan betapa besar komitmen negara dalam menjamin kesehatan ibu dan anak melalui Program JKN. Namun, juga menjadi pengingat pentingnya **edukasi, pencegahan, dan stabilitas layanan** agar Program JKN tetap berkelanjutan.

SELAMA ADA INDIKASI MEDIS, BPJS KESEHATAN TANGGUNG BIAYA PERSALINAN CAESAR

Kepala Humas BPJS Kesehatan Rizzky Anugerah menyampaikan bahwa melahirkan dengan metode caesar tetap ditanggung BPJS Kesehatan, dengan catatan, ada indikasi medis yang didasarkan pada penilaian dokter.

"Kondisi gawat janin atau risiko kesehatan lain yang tidak memungkinkan proses persalinan normal juga merupakan kriteria penilaian medis lainnya," katanya.

Rizzky menjelaskan, Program Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola BPJS Kesehatan juga memastikan perlindungan penuh diberikan kepada ibu hamil juga calon bayi sejak masih dalam kandungan. Layanan kesehatan ibu hamil dan bayi dalam kandungannya bisa diakses sejak pemeriksaan kesehatan rutin hingga pascamelahirkan. Dengan catatan, peserta mengikuti prosedur yang berlaku dan setiap tindakan yang diambil berdasarkan pada pertimbangan indikasi medis.

Pemeriksaan kesehatan rutin ini dapat diakses di fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti Puskesmas atau klinik tempat peserta terdaftar. Pemeriksaan juga dapat dilakukan di bidan jejaring rekanan BPJS Kesehatan.

"Jika selama masa pemeriksaan ditemukan indikasi medis yang membutuhkan penanganan lebih lanjut, peserta akan diujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Namun dalam kondisi gawat darurat, peserta bisa langsung mengakses Instalasi Gawat Darurat rumah sakit tanpa membawa surat rujukan," ucapnya.

Kemudian, hal yang tak kalah penting harus dipastikan sejak awal ialah status kepesertaan pasien yang akan mengakses layanan. Status kepesertaannya harus aktif dan nihil tunggakan iuran.

Penjelasan tambahan disampaikan dokter spesialis kebidanan dan kandungan di RS Bethesda Yogyakarta dr. Theresia Avillia Riniel Kusumosih, Sp. OG. Disampaikan Riniel bahwa BPJS Kesehatan juga menanggung biaya persalinan normal di rumah sakit, jika pesertanya merupakan ibu hamil yang sudah pernah memeriksakan kehamilannya di rumah sakit bersangkutan, juga

ada indikasi medis tertentu. Misalnya saja ibu hamil mengidap penyakit penyerta berupa anemia berat atau hipertensi, pernah mengalami keguguran berulang, usia ibu hamil yang terlalu tua atau muda, hingga ibu yang hamil pertama pada usia di atas 35 tahun.

"Prosedur caesar di rumah sakit juga ditanggung BPJS Kesehatan selama ada indikasi medis semisal posisi janin sungsang, kondisi gawat janin, pinggul ibu sempit, kehamilan kembar, bayi besar, persalinan macet atau lama, juga riwayat caesar pada persalinan sebelumnya," ucapnya menjelaskan.

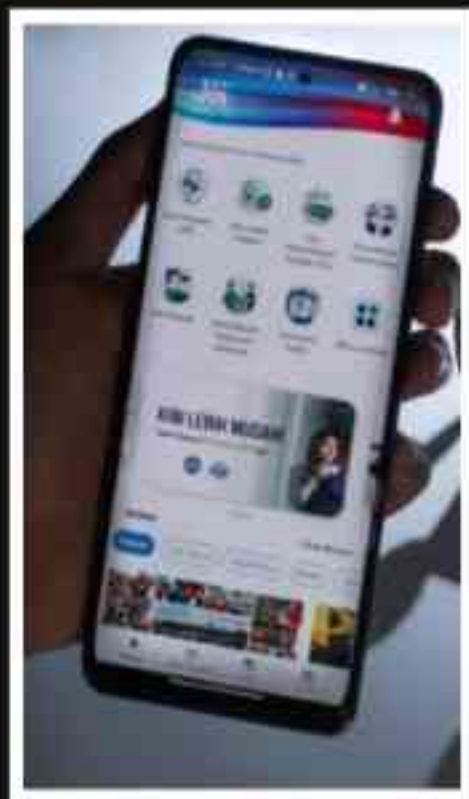
Riniel menambahkan, ibu hamil juga bisa langsung mengakses IGD rumah sakit tanpa rujukan dari fasilitas kesehatan jika tiba-tiba mengalami perdarahan hebat, ketuban pecah dini prematur, atau janin tidak bergerak.

"Jadi gunakan hak BPJS Kesehatan dengan bijak, tapi pastikan prosedur diikuti sehingga ibu dan anak bisa melalui persalinan dengan aman," ucapnya.

Atiek merupakan peserta BPJS Kesehatan yang menjalani persalinan caesar karena indikasi medis pertimbangan usia ibu hamil yang terlalu tua. Saat mengandung anak keempatnya, Atiek telah menginjak usia 42 tahun.

Menurut keterangannya, dokter yang menanganinya di fasilitas kesehatan tingkat pertama, mengategorikan kehamilannya berisiko tinggi karena pertimbangan usia tersebut. Oleh karena itu, persalinan caesar pun menjadi opsi yang diambil demi keselamatan ibu dan bayi.

"Karena sudah diinformasikan demikian, beberapa pekan jelang estimasi persalinan, pemeriksaan kehamilan juga dilakukan di rumah sakit yang menjadi rujukan faskes," katanya.



Meski hanya terdaftar sebagai peserta kelas III, Atiek merasakan kualitas layanan yang diterimanya cukup memuaskan. Tidak ada biaya apa pun yang harus dibayar saat akan pulang usai melahirkan. Bermodal status kepesertaan aktif, suaminya hanya harus menandatangani beberapa dokumen kelengkapan saja sebelum pulang dari rumah sakit.

"Fasilitas yang didapatkan pun sangat nyaman. Meski kelas III, karena kebotolan kala itu hanya sedikit pasien yang melahirkan, kamar pemulihan pun serasa VIP karena banyak bed yang kosong, sehingga sekamar hanya saya ditemani keluarga yang menunggu," katanya.



TELEMEDISIN

DIPERLUAS DI NTT JARAK KINI TAK LAGI JADI HAMBATAN



Pemanfaatan teknologi informasi di bidang kesehatan terus berkembang pesat seiring dengan kebutuhan masyarakat akan layanan yang lebih cepat dan efisien. Salah satu inovasi yang kini sedang dikembangkan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah layanan telemedisin, termasuk di dalamnya layanan telekonsultasi.

Telemedisin merupakan pemberian dan fasilitasi layanan klinis melalui telekomunikasi dan teknologi komunikasi digital. Bentuk layanan ini juga telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Karakteristik dasar telemedisin yaitu pelayanan interaktif atau komunikasi dua arah secara langsung antara pasien dengan tenaga kesehatan (nakes), maupun antarmuka pada praktik klinis untuk kepentingan diagnostik dan dukungan terapi bagi pasien yang memiliki hambatan jarak untuk mengakses pelayanan spesialis atau nonspesialis.

Bentuk telemedisin antara lain penyimpanan dan pengiriman informasi data kesehatan untuk dikonsultasikan kepada dokter spesialis (*transfer of knowledge*), pelayanan interaktif atau komunikasi secara langsung, serta telemonitoring atau

pengawasan pasien jarak jauh dengan menggunakan *internet of things (IoT)*. Mediana bisa berupa panggilan video, panggilan audio, pesan tertulis di aplikasi, dan sistem komunikasi lainnya.

Untuk pelayanan telekonsultasi telah diakomodir melalui Aplikasi Mobile JKN faskes dan Mobile JKN peserta melalui menu **TELEHEALTH**. Sementara itu, pelayanan telekonsultasi dengan pengantaran obat diakomodir melalui aplikasi Mobile JKN faskes dan Mobile JKN peserta, dan monitoring pengiriman obat dipantau melalui Aplikasi **P-cara Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)**. Pembiayaan pengantaran obat ditanggung oleh peserta.

Layanan ini bisa menjadi solusi praktis, terutama bagi peserta JKN yang tinggal di daerah terpencil, memiliki keterbatasan mobilitas, atau membutuhkan akses layanan medis dalam waktu singkat.

Uji coba telemedisin di NTT dilakukan selama minimal enam bulan dan mencakup tiga model layanan. Model satu berupa layanan telekonsultasi antara peserta JKN dan dokter FKTP. Dalam model ini, peserta JKN dapat berkonsultasi secara online dengan dokter di FKTP tempatnya terdaftar melalui aplikasi Mobile JKN dengan memilih fitur **Telehealth**.

Konsultasi awal dilakukan melalui chat. Apabila diperlukan, dokter dapat melakukan panggilan video (**video call**) untuk berkomunikasi dengan pasien untuk melihat kondisinya secara visual. Permintaan untuk panggilan video tidak bisa diinisiasi langsung oleh peserta.

Tidak hanya di NTT, telemedisin model satu ini juga tengah diujicobakan di 3.196 FKTP yang tersebar di seluruh Indonesia.

Telemedisin model kedua dilakukan oleh dokter di FKTP dan dokter spesialis. Model ini memungkinkan dokter di FKTP berkoordinasi dengan dokter spesialis di rumah sakit untuk menegakkan diagnosis pasien. Saat ini, uji coba dilakukan di 126 FKTP di seluruh Indonesia.

Model ketiga dilakukan antara bidan atau tenaga kesehatan dengan dokter FKTP melalui pos pelayanan terpadu (**posyandu**) kunjungan ke rumah pasien. Uji coba awal dilakukan pada lima FKTP dan akan diperluas ke seluruh puskesmas di Provinsi NTT.

Standar Pelayanan Disiapkan

Keberhasilan implementasi layanan telemedisin dalam Program JKN tidak hanya bergantung pada kesiapan infrastruktur, tetapi juga pada komitmen pemerintah daerah bersama jajarannya. Ke depan, BPJS Kesehatan akan menyiapkan standar pelayanan medis khusus untuk telemedisin, termasuk daftar penyakit yang dapat ditangani melalui konsultasi jarak jauh.

BPJS Kesehatan juga akan menyiapkan panduan klinis yang memungkinkan dokter FKTP menangani pasien dengan bantuan dokter spesialis menggunakan alat yang tersedia di FKTP masing-masing.

Melalui berbagai upaya tersebut, telemedisin diharapkan dapat menjadi solusi praktis dalam mengakses layanan kesehatan yang cepat dan efisien, terutama bagi peserta di daerah terpencil. Dengan dukungan teknologi dan regulasi, layanan ini terus dikembangkan agar menjadi bagian penting dari sistem kesehatan yang lebih inklusif dan modern.

Bagi FKTP, layanan ini juga menambah angka kontak dan mengurangi kepadatan di faskes. Kontinuitas layanan juga bisa dilakukan walaupun pasien tidak datang langsung ke FKTP.

Uji coba telemedisin diperluas BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Program JKN terus memperluas cakupan layanan telemedisin. Saat ini, wilayah uji coba layanan tersebut telah mencakup seluruh wilayah Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Tercatat, ada ratusan FKTP di NTT yang siap mendukung implementasi telemedisin.



BAHAYA !

KURANGI MAKANAN ULTRA PROSES

Siapa nih yang sering makan mie instant, nugget, sosis, minuman serbuk, sup instant, minuman berkarbonasi, bumbu-bumbu sachet, ikan kaleng, keripik dan makanan kemasan lainnya? Mulai sekarang coba untuk dikurangi. Makanan tersebut memang sangat enak, tetapi ternyata dapat merusak tubuh jika berlebihan.

Makanan tersebut menurut laman British Heart Foundation termasuk dalam golongan *Ultra Processed Food* (UPF) atau makanan ultra proses atau makanan olahan industri yang diproses secara intensif dan mengandung bahan-bahan tambahan yang biasanya tidak digunakan dalam masakan rumah, seperti pengemulsi, pemanis, pewarna juga perasa buatan, karena prosesnya tersebut UPF seringkali mengandung kadar lemak jenuh tinggi, garam serta gula tinggi sehingga dapat menimbulkan efek negatif bagi kesehatan.

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa mengonsumsi UPF dalam jumlah berlebih dikaitkan dengan risiko yang lebih tinggi terhadap tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, penyakit kardiovaskular, serangan jantung dan stroke bahkan gangguan pencernaan, obesitas serta diabetes.

Sebuah penelitian yang dipresentasikan di European Congress of Radiology pada bulan Agustus 2023, melacak 10.000 wanita Australia selama 15 tahun. Mereka yang mengonsumsi UPF dalam jumlah tertinggi dalam pola makannya memiliki kemungkinan 39% lebih besar mengalami tekanan darah tinggi dibandingkan mereka yang mengonsumsi UPF paling sedikit.

Analisis lain yang dipresentasikan pada pertemuan tersebut mengamati 10 penelitian yang melibatkan lebih dari 325.000 pria

dan wanita menunjukkan, mereka yang mengonsumsi UPF paling banyak memiliki kemungkinan 24% lebih besar untuk mengalami kejadian jantung dan peredaran darah yang serius termasuk serangan jantung, stroke, dan angina.

Ahli Gizi Senior BHF Victoria Taylor mengatakan, studi observasional seperti ini hanya menunjukkan adanya hubungan konsumsi UPF berlebih terhadap peningkatan risiko penyakit tersebut, tetapi tidak memberitahu tentang apa yang melatarbelakangi. Meskipun begitu kita tetap harus menjaga pola hidup sehat, salah satunya dengan mengurangi konsumsi UPF dan perbanyak *real food* atau makanan riil atau makanan alami yang minimal diproses, bebas bahan kimia tambahan dan kaya nutrisi.

Misalnya, daripada memilih yogurt beraroma dengan tambahan gula atau pemanis, lebih baik pilih yogurt tawar dan tambahkan potongan buah segar, beku, atau kering untuk rasa manis. Alih-alih membeli saus atau makanan siap saji, lebih baik masak makanan favorit dalam jumlah lebih banyak lalu bekukan sisanya. Di pagi hari, makan bubur dengan buah dan kacang-kacangan sebagai pengganti sereal sarapan rendah serat yang mengandung gula.

Dr. Theresia Sandra Diah Ratih dari Ditjen P2PTM Kemenkes mengungkapkan, makanan riil atau makanan alami jauh lebih baik dari makanan olahan yang mengandung banyak bahan tambahan. Justru makanan olahan menjadi salah satu faktor risiko penyakit termasuk kanker.

"Makanan berpengawet tentu saja tidak dianjurkan, dan lebih baik itu makanan segar. Makanan olahan itu seperti mie instant, makanan tinggi gula seperti boba, minuman kaleng, kopi atau teh sachet yang ada bahan tambahan dan lainnya," kata Sandra



Ditjen P2PTM Kemenkes RI
Dr. Theresia Sandra Diah

pada webinar Hari Kanker Sedunia 2025 belum lama ini.

Menurut Sandra, bagi sebagian orang UPF sudah menjadi kebutuhan, sehingga sulit menghilangkannya sama sekali. Selain karena enak, juga karena lebih praktis. Namun makanan seperti ini harus tetap dibatasi karena bila berlebihan membawa efek buruk.

Dokter Spesialis Penyakit Dalam RSUP Sardjito, dr. Kartika Widayati mengatakan, gaya hidup sehat termasuk memilih jenis makanan bukan lagi menjadi pilihan tetapi merupakan keharusan. Gaya hidup sehat menurunkan risiko penyakit seperti kanker, jantung, diabetes, osteoporosis dan lainnya. Selain aktivitas fisik minimal 30 menit setiap hari, makan makanan alami seperti sayur, beras dan gandum tinggi serat, lemak tidak jenuh seperti zaitun, kacang, lemak alpukat, dan lain sebagainya.

“

“Kurangi daging siap saji dan diproses. Kurangi gula dari minuman, banyak minum air putih dan minuman tanpa gula atau pemanis. Kurangi makanan yang telah diproses seperti fast food, makanan siap saji atau tinggal dipanaskan, makanan ringan, kenipik dan manisan. Kurangi rokok dan alkohol,” ujar Kartika dalam webinar Hari Kanker Sedunia 2025 belum lama ini.

”

PEMANFAATAN NIK TERBESAR OLEH BPJS KESEHATAN, WUJUD KOLABORASI STRATEGIS DENGAN DUKCAPIL

Jakarta, 21 Ap



Jakarta – Direktorat Jenderal Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Dukcapil), Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia mencatat angka pemanfaatan Nomor Induk Kependudukan (NIK) untuk Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) cukup tinggi. Tercatat BPJS Kesehatan mengakses hampir 2 miliar akses terhadap data NIK, dengan rata-rata penggunaan harian mencapai 700 ribu akses.

Hal tersebut diungkapkan Direktur Jenderal Kependudukan dan Pencatatan Sipil, Kementerian Dalam Negeri Teguh Setyabudi, saat penandatanganan *Perjanjian Kerja Sama mengenai Pemberian Hak Akses dan Pemanfaatan Data Kependudukan antara BPJS Kesehatan dan Dukcapil*, di Jakarta, Senin (21/04).

"BPJS Kesehatan merupakan lembaga terbesar yang paling banyak menggunakan data Dukcapil. Dari pemanfaatan data kependudukan saat ini yang sudah mencapai 17 miliar total akses, dan BPJS Kesehatan sudah menggunakan sekitar 14%. Mekanisme aksesnya pun sudah sangat beragam, mulai dari *web service*, *web portal*, *card reader*, *face recognition* hingga yang terbaru pemanfaatan identitas kependudukan digital (IKD)," ungkap Teguh.

Teguh juga mengapresiasi BPJS Kesehatan yang sejak lama telah berkolaborasi dan memanfaatkan data kependudukan secara maksimal. BPJS Kesehatan merupakan salah satu mitra pertama Dukcapil dalam hal pemanfaatan NIK untuk keperluan pelayanan publik. Hingga saat ini, kerja sama antara BPJS Kesehatan dan Dukcapil telah terjalin melalui 6 kali perjanjian kerja sama, yang terus diperbaharui dan ditingkatkan sesuai kebutuhan serta perkembangan teknologi informasi dan kebijakan nasional. Adapun terdapat 16 elemen akses yang dapat digunakan BPJS Kesehatan.

Sementara itu, Direktur Utama BPJS Kesehatan dari sekian lama kerja sama dengan Dukcapil, telah banyak inovasi layanan kepesertaan yang hadir dalam upaya peningkatan kualitas layanan Program JKN. Pemanfaatan NIK juga mendukung transformasi digital serta transformasi mutu pelayanan dalam Program JKN. Sebagai contoh dalam upaya menciptakan layanan yang lebih mudah, cepat, dan setara, BPJS Kesehatan memberikan kemudahan bagi peserta untuk berobat hanya dengan menunjukkan NIK yang terdapat pada Kartu Tanda Penduduk (KTP).

"Terbaru, pemanfaatan NIK digunakan dalam inovasi FRISTA yang merupakan sistem identifikasi dan autentikasi yang menggunakan fitur wajah (*face recognition*) untuk proses verifikasi identitas peserta JKN. Dengan FRISTA verifikasi akan menjadi lebih cepat dan akurat, sehingga mampu mengurangi antrian dan meminimalisir kesalahan," jelas Ghufron.

BPJS KESEHATAN GANDENG KEMENKUM RI PERKUAT JKN LEWAT LAYANAN HUKUM DAN KEKAYAAN INTELEKTUAL



Jakarta - BPJS Kesehatan dan Kementerian Hukum (Kemenkum RI) jalin kerja sama strategis melalui penandatanganan Nota Kesepahaman. Nota Kesepahaman ini menjadi pedoman serta dasar kerja sama antara kedua lembaga dalam rangka mengoptimalkan penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), khususnya dalam meningkatkan partisipasi pemohon pelayanan administrasi hukum umum dan pelayanan kekayaan intelektual terhadap program tersebut.

Penandatanganan dilakukan langsung oleh Menteri Hukum RI Supratman Andi Agtas dan Direktur Utama BPJS Kesehatan Ghufron Mukti, serta turut menyaksikan Direktur Kepatuhan dan Hubungan Antar Lembaga BPJS Kesehatan Mundiharno, Direktur SDM dan Umum BPJS Kesehatan Andi Atdal.

Direktur Utama BPJS Kesehatan dalam sambutannya menyampaikan bahwa kolaborasi ini merupakan langkah konkret dalam memperkuat sistem jaminan sosial di Indonesia khususnya jaminan kesehatan. Dengan terjalinnya kerja sama ini, koordinasi dan efektivitas pelaksanaan program di kedua institusi semakin meningkat.

Ghufron mengungkapkan harapan ke depan, kerja sama yang akan dibangun antara BPJS Kesehatan dan Kemenkum RI juga dapat mendukung perluasan cakupan kepesertaan Program JKN. Misalnya pemanfaatan data yang relevan dan akurat dari Kemenkum RI, BPJS Kesehatan akan dapat mengidentifikasi segmentasi masyarakat yang belum terjangkau oleh program ini.

Sementara itu, Menteri Hukum RI Supratman Andi Agtas menegaskan bahwa nota kesepahaman ini akan memperkuat sinergi antarlembaga negara dalam menjalankan amanah konstitusi, khususnya dalam membenarkan pelayanan hukum dan perlindungan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Teka-Teki JKN

1. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024, bagi peserta JKN pada segmen PPU yang terdampak PHK maka dapat dijamin kepesertaannya tanpa membayar iuran sampai dengan?

- ☐ a 3 bulan ☐ b 9 bulan ☐ c 6 bulan ☐ d 1 tahun

2. Apa ketentuan bagi peserta PPU yang terdampak PHK agar tetap bisa mengakses layanan JKN tanpa membayar iuran?

- ☐ a Melapor ke rumah sakit setiap bulan ☐ b Melapor ke pemberi kerja ☐ c Melapor ke kantor BPJS Kesehatan setempat tiap bulan dan membawa bukti PHK ☐ d Melapor ke RT dan RW

3. Peserta JKN berhak mendapatkan persalinan secara sesar apabila dalam kondisi?

- ☐ a Sesuai dengan keinginan peserta ☐ b Sesuai keinginan keluarga ☐ c Jika FKTP tutup ☐ d Jika terdapat indikasi medis tertentu

4. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023, layanan Antenatal Care (ANC) yang dijamin dalam Program JKN sebanyak ?

- ☐ a 12 kali ☐ b 6 kali ☐ c 4 kali ☐ d 3 kali

5. Apa nama badan yang menjadi cikal bakal BPJS Kesehatan pada tahun 1968?

- ☐ a PT Askes (Persero) ☐ b Perum Husada Bhakti ☐ c BPDBK ☐ d Jamsostek

Ingin menguji pengetahuannya sambil bersenang-senang? Yuk, ikuti kuis dari Media Info dan dapatkan hadiah menarik lho! Yakin tidak mau? Pasti mau dong... Kirim jawaban dan data diri (Nama, Alamat, Nomor HP, Email dan KTP) kalian ke humas@bpjs-kesehatan.go.id, hadiah menarik menanti nih!



Berikut cara gabung PROLANIS:

1 Daftar di FKTP

Peserta JKN dengan diagnosis diabetes mellitus tipe 2 atau hipertensi dapat mendaftar di FKTP tempat mereka terdaftar.

2 Ikuti Arahan Tim Pengelola Prolanis di FKTP

Tim pengelola prolanis di FKTP akan menginformasikan jadwal kegiatan dan layanan yang dapat diikuti.

3 Pelayanan Obat

Peserta diharapkan untuk melakukan konsultasi kesehatan, pemeriksaan kesehatan rutin, pelayanan obat, edukasi kesehatan, dan aktifitas fisik (senam prolanis).



BUKAN CUMA MOTOR YANG PUNYA CLUB PENDERITA PENYAKIT KRONIS JUGA ADA CLUB NYA!



Penyakit Kronis seperti Hipertensi atau Diabetes sering disebabkan oleh gaya hidup yang kurang baik dan minimnya pengetahuan mengenai pola hidup sehat. Jika sudah terkena penyakit kronis, salah satu cara pengobatan yang dapat dilakukan adalah dengan memperbaiki gaya hidup, mengatur pola makan, menjaga mental serta pikiran, dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin.

Beruntungnya kita sebagai Peserta BPJS Kesehatan, semua hal ini bisa kita dapatkan melalui **Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS)**.

Manfaat menjadi peserta PROLANIS:

- 1 Konsultasi Kesehatan.
- 2 Pemeriksaan Kesehatan Rutin.
- 3 Pelayanan Obat.
- 4 Edukasi Kesehatan dan Aktifitas Fisik (Senam Prolanis).

Berikut cara gabung PROLANIS:

- 1 **Daftar di FKTP**
Peserta JKN dengan diagnosis diabetes mellitus tipe 2 atau hipertensi dapat mendaftar di FKTP tempat mereka terdaftar.
- 2 **Ikuti Arahan Tim Pengelola Prolanis di FKTP**
Tim pengelola prolanis di FKTP akan menginformasikan jadwal kegiatan dan layanan yang dapat diikuti.
- 3 **Pelayanan Obat**
Peserta diharapkan untuk melakukan konsultasi kesehatan, pemeriksaan kesehatan rutin, pelayanan obat, edukasi kesehatan, dan aktifitas fisik (senam prolanis).

