

Edisi XVII Tahun 2015



# INFOBPJS

Media Internal Resmi BPJS Kesehatan

## Kesehatan

# AGAR

## BPJS Kesehatan Tidak Layu Sebelum Berkembang



**Fokus : Kendali Mutu  
dan Kendali Biaya,  
Kunci Sukses Program  
JKN**

**Testimoni : Rosihan Anwar  
(Pasien Gagal Ginjal Kronis)**

**"Nyawaku Diselamatkan BPJS Kesehatan"**

**Pengarah**  
Fachmi Idris  
**Penanggung Jawab**  
Purnawarman Basundoro

**Pimpinan Umum**  
Ikhsan

**Pimpinan Redaksi**  
Irfan Humaidi

**Sekretaris**  
Rini Rachmitasari

**Sekretariat**  
Ni Kadek M. Devi  
Eko Yulianto  
Paramitha Suciani

**Redaktur**  
Diah Ismawardani  
Elsa Novelia

Ari Dwi Aryani  
Yuliasman

Asyraf Mursalina  
Budi Setiawan

Dwi Surini  
Tati Haryati Denawati

Angga Firdausie

Juliana Ramdhani

**Distribusi dan Percetakan**  
Basuki

Anton Tri Wibowo

Ahmad Tasyirifan

Ezza Fauziah Aulaton Nisa

Ranggi Larrisa

Buletin diterbitkan oleh:

BPJS Kesehatan  
Jln. Letjen Suprpto PO BOX  
1391/JKT Jakarta Pusat  
Tlp. (021) 4246063, Fax. (021)  
4212940

Redaksi menerima tulisan artikel/opini berkaitan dengan tema seputar Askes maupun tema-tema kesehatan lainnya yang relevan dengan pembaca yang ada di Indonesia. Panjang tulisan maksimal 7.000 karakter (termasuk spasi), dikirimkan via email ke alamat: redaksi.infobpjskesehatan@gmail.com dilengkapi identitas lengkap dan foto penulis

## SURAT PEMBACA

email : redaksi@bpjs-kesehatan.go.id | Fax : (021)  
4212940

## PELAYANAN AMBULANCE

### Yth. Redaksi

Pelayanan Ambulan apa saja yang tidak dapat dijamin dalam program JKN?

Ainun, Cileungsi

Jawab :

Yth. Ibu Ainun, bersama ini kami sampaikan Pelayanan Ambulan yang tidak dijamin dalam Program JKN:

1. antar jemput pasien dari dan ke selain faskes (kegiatan kecelakaan di tempat kerja/ rumah/ kecelakaan lalu lintas)
2. ambulans jenazah
3. rujukan parsial (antar jemput pasien atau spesimen dalam rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau tindakan, yang merupakan rangkaian perawatan pasien di salah satu Faskes), tidak dapat ditagihkan sendiri ke BPJS Kesehatan, menjadi tanggung jawab faskes perujuk serta tidak dapat ditagihkan ke peserta.



## UKURAN KEBAHAGIAAN

TERSEBUTLAH seorang pemuda yang telah berkelana ke berbagai desa, hutan, gunung, danau bahkan sejumlah pesisir laut untuk menemukan sumber kebahagiaan. Ia pun telah mendaki banyak sekali tebing, gua, serta menelusuri berbagai jurang yang dalam, namun yang ia cari belum juga ia temukan. Sampai suatu saat bersualah ia dengan seorang pertapa tua yang bijaksana. "Jika kau ingin bahagia, tangkaplah kaki pelangi dan bawa kakinya sekantong saja ke sini," sang pertapa memberitahu si pemuda. Pemuda pun bersemangat kembali dan bergegas mencari. Jadi selama ini, sumber kebahagiaan itu ternyata hanya berupa kaki pelangi pikirnya. Pencarian pun dimulai kembali. Setiap kali menemukan pelangi, ia berlari mencari ujung kakinya namun tak pernah ia berhasil menjumpai apalagi menangkapnya. Begitu terus sampai ia menyerah dan merasa putus asa.

Dalam perasaan putus asa, ia pun kembali kepada sang pertapa tua. "Aku gagal, aku tak bisa menangkap kaki pelangi," dengan lirih si pemuda berkata. Sang pertapa pun menjawab, "Namun saat kau lihat pelangi apakah kau merasa ada kebahagiaan di sana?"; "Ya, aku merasa bahagia setiap kali melihat pelangi yang beraneka rupa warnanya, aku dapat tersenyum dan aku ingin terus memandangnya." "Jadi kau percaya bahwa pelangi adalah sumber bahagia?" si pertapa bertanya lagi. "Ya, yakin sekali," jawab pemuda cepat.

"Ketahuilah pemuda, mencari kebahagiaan itu adalah seperti menangkap kaki pelangi. Tidak perlu kau tangkap kakinya, biarlah ia mewarnai alam seperti fungsinya. Kau hanya perlu menyisihkan waktu untuk menikmati keindahan warnanya, sehingga kau merasa bahagia. Tangkaplah keindahannya itu, simpan baik-baik dalam otakmu, biarkan ia mewarnai pikiranmu dan kemudian rasakan kebahagiaannya. Bahagia itu tidak lebih sebagai cara menikmati keindahan alam dalam setiap waktu yang kau punya," si pertapa mengakhiri kata-katanya.

Begitulah cerita pemuda yang mencari bahagia. Cerita ini mewakili kisah manusia yang sibuk mengejar kebahagiaan, tetapi tak tahu makna hakiki kebahagiaan itu sendiri. Bahagia itu relatif, tergantung bagaimana kita memandangnya karena sekali lagi bahagia itu bisa hadir dimana saja, di semua rasa, dan di setiap waktu di saat hati selalu bersyukur. Ini artinya, kita akan bahagia jika kita mampu memaknai waktu yang ada dalam diri kita sebagai *moment* berharga yang patut dinikmati dan disyukuri sebagai saat-saat bahagia.

Mengapa waktu untuk berbahagia itu bersifat relatif? Untuk mengetahuinya, mari sedikit kita pahami teori relativitas dari Einstein. Berdasarkan *twin paradox* atau teori pemikiran (*thought experiment*), Einstein menggambarkan kisah perjalanan 2 saudara kembar yang terpisah. Si kembar (A) tersebut tinggal di bumi, dan saudaranya (B) terbang ke luar angkasa ke suatu planet yang sangat jauh dengan kecepatan cahaya dan kemudian kembali ke bumi dengan kecepatan yang sama. Setelah bertemu kembali di bumi, mereka menemukan fakta bahwa si B (yang mengadakan perjalanan luar angkasa) lebih muda daripada saudaranya si A (yang tetap tinggal di bumi). Hal ini terjadi karena si B mengalami *time dilation* atau waktu menjadi lebih lambat bila berada dalam kecepatan cahaya.

Selain waktu ternyata bisa menjadi cepat atau lebih lambat, waktu sendiri masih menurut Einstein adalah dimensi ke-4 setelah maju-mundur, kiri-kanan, dan atas-bawah. Contoh, jika kita ingin berjumpa seseorang 3 jam dari sekarang, maka sesungguhnya kita sedang melewati ke-4 dimensi tersebut yaitu kita bergerak maju mundur, belok kanan atau kiri, naik ke atas atau turun ke bawah, dan juga melewati dimensi waktu yaitu dari pukul sekian ke sekian hingga akhirnya kita berjumpa kawan tersebut.

Kembali ke bahasan di atas bahwa waktu untuk berbahagia itu bersifat relatif, dapat dianalogikan dengan dua hal. Ketika kita sedang berlibur, menikmati keindahan alam, saat kebersamaan dengan keluarga atau pun berkumpul dengan kawan-kawan, waktu satu minggu terasa cepat sekali berlalu. Sebaliknya di saat seorang narapidana mendekam dalam penjara, waktu sehari terasa lama sekali. Bahkan hukuman setahun seperti menunggu ratusan tahun.

Hakikat dari semua cerita di atas adalah, waktu adalah relatif namun ukuran kebahagiaan adalah tentatif. Kita bisa berbahagia atau pun gundah gulana tergantung bagaimana kita memaknai waktu yang bisa berjalan cepat atau justru melambat.

Demikian pula dengan kebahagiaan. Ukuran kebahagiaan bukan karena panjang pendeknya waktu, namun akan sangat bergantung kepada bagaimana kita mengisi waktu itu sendiri. Kebahagiaan bukan benda yang dapat digenggam atau disimpan dalam kantong. Ia tidak kemana-mana, tetapi kebahagiaan ada di mana-mana. Kebahagiaan bukan dicari, namun ia datang sendiri asal jiwa kita siap mengisi waktu yang ada dengan warna bahagia sebagai warna hati kita dan berlaku gembira di setiap saat yang kita punya.

" Untuk itu, selalu bergembiralah bahwa kita pada saat inihanya berjumlah 6.217 orang yang terpilih menjalankan jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk Indonesia "

Direktur Utama  
Fachmi Idris

## BPJS KESEHATAN MASIH SEHAT

### Pembaca setia Info BPJS Kesehatan,

Dari pemberitaan yang beredar belakangan bahwa dalam pengelolaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan defisit. Hal ini dapat diklarifikasi bahwa sebenarnya kejadian tersebut bukan defisit, namun terjadi mismatch antara penerimaan iuran dengan total biaya manfaat.

Secara khusus Info BPJS Kesehatan edisi 17 ini akan mengupas lebih mendalam mengapa *mismatch* ini dapat terjadi. Angka rasio klaim tersebut muncul itu disebabkan oleh sejumlah faktor. Di antaranya *insurance effect*, akibat dibukanya keran asuransi oleh pemerintah, sehingga masyarakat yang sebelumnya enggan bahkan tidak mampu ke rumah sakit, kini dengan hadirnya BPJS Kesehatan tidak ada kekhawatiran tidak mampu membayar biaya pelayanan kesehatan. Kesemuanya akan lebih dalam dibahas dalam rubrik FOKUS dan akan diperdalam dalam rubrik BINCANG yang akan menghadirkan Menteri Keuangan RI.

Seiring dengan penerbitan Info BPJS Kesehatan, kami mengucapkan terima kasih atas berbagai dukungan dan tanggapan atas terbitnya media ini. Semoga kehadiran media ini dapat menjadi jembatan informasi yang efektif bagi BPJS Kesehatan dan *stakeholder-stakeholder*-nya. Selamat beraktivitas.

Redaksi

## DAFTAR ISI

Testimoni - Rosihan Anwar (Pasien Gagal Ginjal Kronis) "Nyawaku Diselamatkan BPJS Kesehatan" 9



Fokus - Agar BPJS Kesehatan Tidak Layu Sebelum Berkembang 3

Fokus - Kendali Mutu dan Kendali Biaya, Kunci Sukses Program JKN 5

Bincang - Ketua DJSN Chazali Situmorng Mustahil Negara Biarkan BPJS Kesehatan Bangkrut 6

Benefit - Manfaat Program Rujuk Balik Bagi Pasien Penyakit Kronis 7

Pelanggan - Manfaat Program Rujuk Balik Bagi Pasien Penyakit Kronis 8

LARI & GAYA HIDUP Waspada Risiko Cedera Saat Berlari 10

Kilas & Peristiwa - Prioritaskan Kenyamanan Peserta, BPJS Kesehatan Resmikan 9 Kantor Baru 11

# Agar BPJS Kesehatan Tidak Layu Sebelum Berkembang



**S**ebelum program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dirilis pada awal Januari 2014 lalu, mayoritas publik masih pesimistis bahwa layanan kesehatan bermutu dengan biaya yang terjangkau adalah suatu hal yang bisa dicapai.

Namun, tidak terasa program JKN yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan itu, kini telah berjalan lebih dari setahun. Mimpi bahwa layanan kesehatan untuk semua warga (*universal coverage*), sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945 bukan suatu utopia semata.

Dengan menganut prinsip gotong royong, lewat JKN semakin banyak warga yang sebelumnya kesulitan mengakses fasilitas kesehatan (*faskes*) lantaran kesulitan biaya, kini dapat berobat di sana.

Kendati harus diakui masih terdapat sejumlah persoalan di sana-sini, secara umum perjalanan JKN dalam satu tahun ini masih berada di dalam rel yang tepat (*on the track*). Tingkat keberhasilan pelaksanaan program JKN dalam setahun belakangan tergambar dari hasil survei kepuasan dan loyalitas peserta dan *faskes* yang dilakukan oleh Myriad Research Committed.

Hasil survei yang baru saja dirilis pada awal Maret tahun ini itu menyebutkan bahwa tingkat kepuasan peserta BPJS Kesehatan mencapai 86%. Menurut Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan Fajriadinur, tingkat kepuasan yang diraih itu tergolong bagus. Pasalnya target tingkat kepuasan sebelumnya hanya dipatok di kisaran 75%.

Namun, seperti pepatah tidak ada gading yang tak retak, hal itu juga berlaku pada BPJS Kesehatan. Hasil survei Myriad Research Committed pun menyarankan agar BPJS Kesehatan membenahi ketersediaan obat dan kelengkapan peralatan medis di *faskes*. Selain itu juga diminta agar kualitas personil yang memberi pelayanan kepada peserta, terutama dalam menangani keluhan diperbaiki.

Salah satu hal lain yang perlu mendapatkan perhatian serius dari pelaksanaan JKN yang dikelola BPJS Kesehatan adalah soal ketidakseimbangan rasio klaim di 2014. Menurut pakar jaminan sosial kesehatan dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (UI) Prof. Hasbullah Thabrany, total pengeluaran yang lebih besar dibandingkan dengan dana iuran premi peserta, adalah masalah yang serius.

*“Pengeluaran BPJS Kesehatan untuk layanan sudah di atas 100%. Padahal dalam kaedah asuransi sosial, klaim rasio di atas 90% sudah tidak ideal,” ujar Hasbullah, di Jakarta, belum lama ini.*



Hasbullah Thabrany

Tidak seimbang rasio klaim, lanjut Hasbullah, dapat mengancam keberlangsungan (*sustainability*) program JKN. Sebagai orang yang juga membidani proses kelahiran JKN, Hasbullah berharap masalah ini segera dibenahi secara serius. Jangan sampai, sambung dia, JKN dan BPJS Kesehatan yang sudah lama dinantikan warga Indonesia, menjadi layu sebelum berkembang.

Masih adanya sejumlah keluhan dan ketidakseimbangan rasio klaim juga mengundang perhatian Presiden Joko Widodo (Jokowi). Pada Februari lalu, Kepala Negara mengundang antara lain pejabat Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan dan pihak lainnya untuk membahas persoalan ini.

## Gulung Tikar

*Lalu pertanyaannya, apakah benar akan adanya ketidakseimbangan rasio yang dapat membuat BPJS Kesehatan gulung tikar?*



Ditemui di kantornya, di Jakarta, beberapa waktu lalu, Direktur Utama BPJS Kesehatan Fachmi Idris meluruskan bahwa tidak ada defisit rasio klaim. Yang ada adalah ketidakseimbangan rasio (*mitch match*).

Pasalnya pada 2014 lalu, total iur premi yang didapat dari peserta PBI dan non-PBI hingga Desember 2014 mencapai Rp 41,06 triliun. Namun, biaya klaim manfaat (*benefit*) yang dikeluarkan BPJS Kesehatan mencapai Rp 42,6 triliun. Artinya terjadi *mitch match* rasio klaim sampai 103,88%.

Potensi terjadinya *mitch match* rasio klaim ini, menurut Fachmi, sejatinya telah diprediksi oleh BPJS Kesehatan jauh sebelum program JKN dirilis. Untuk itu BPJS Kesehatan sebelumnya telah menyiapkan dana cadangan Rp 5,6 triliun yang diambil dari pengalihan aset PT Askes (Persero) sebelum ‘berganti baju’ menjadi BPJS Kesehatan.

*“Dengan adanya cadangan dana dari pengalihan PT Askes, sebetulnya tidak ada defisit rasio klaim pada 2014,” ujar Fachmi.*

Untuk mengantisipasi agar tidak terjadi potensi *mitch match* rasio klaim pada 2015, pemerintah telah menyuntikan dana tambahan dalam bentuk Penyerahan Modal Negara (PMN) sebesar Rp 5 triliun untuk pelaksanaan program JKN pada tahun ini.

Dengan adanya tambahan modal PMN pada tahun ini, kata Fachmi, BPJS Kesehatan tidak perlu lagi memotong total

iur premi yang diterima sebesar 6,47% bagi operasional BPJS Kesehatan. Pasalnya, dari dana PMN sebesar Rp 5 triliun tersebut, Rp 3,5 triliun telah dialokasikan untuk digunakan operasional BPJS Kesehatan dan Rp 1,5 triliun untuk cadangan pembiayaan untuk Dana Jaminan Sosial Kesehatan.

Sementara itu Direktur Komunikasi dan Hubungan Antar Lembaga BPJS Kesehatan Purnawarman Basundoro menambahkan, Pada 2015 ini, BPJS Kesehatan menargetkan pemasukan dari iur premi hingga Rp 55 triliun. Selain itu, sambung dia, target pengeluaran biaya manfaat tidak boleh melebihi 98,25%.

Perlunya kenaikan iur premi demi menjaga *sustainability* BPJS Kesehatan juga didukung Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) Chazali H Situmorang. DJSN sendiri, lanjut dia, mengusulkan pada pemerintah agar dinaikan sebesar 43%, yakni menjadi Rp 27.500 per orang/bulan dari sebelumnya Rp19.225.

Pentingnya menaikkan jumlah iur premi PBI, kata Chazali, disebabkan karena jumlah PBI mencapai hampir 70% peserta JKN. Artinya dengan menaikkan iur premi PBI, otomatis akan sanga bermakna mendongkrak jumlah pemasukan dana premi BPJS Kesehatan.

Di samping mendorong upaya menaikkan iur premi, Menkes juga menghimbau badan usaha skala menengah dan besar serta Badan Usaha Milik Negara (BUMN) segera mendaftarkan karyawannya menjadi peserta BPJS Kesehatan. Pasalnya, dengan semakin banyak kelompok masyarakat produktif yang menjadi peserta, niscaya program JKN baru dapat berjalan dengan baik.

Pasalnya, prinsip utama dari JKN adalah gotong royong. Artinya yang sehat membantu membiayai yang sakit. Dia mencontohkan, untuk membiayai pasien gagal ginjal yang harus melakukan cuci darah minimal dua minggu sekali, setidaknya dibutuhkan 500 peserta BPJS Kesehatan yang sehat.

*“Bayangkan dengan membayar Rp 50 ribuan per bulan, orang bisa mendapat layanan operasi jantung seharga Rp100 jutaan. Jadi tanggungannya nyaris tidak terbatas,” sebut dia.*

Sementara itu, sejumlah anggota Komisi IX DPR RI memberikan isyarat lampu hijau soal wacana penaikan anggaran iur premi BPJS Kesehatan. Namun, restu kenaikan anggaran yang akan diberikan para legislator itu harus disertai dengan perbaikan layanan program JKN.

“Harus ada perbaikan layanan dan tata kelola dalam menjalankan program JKN,” sebut anggota Komisi IX DPR RI dari Partai NasDem Irma Suryani, dalam suatu diskusi, di Warung Daun, Jakarta, beberapa waktu lalu.

Senada dengan Menkes, Irma meminta agar program JKN menggiatkan sosialisasi preventif kesehatan. Sehingga banyak masyarakat yang mendaftar sebagai anggota BPJS Kesehatan justru ketika mereka sudah atau sedang sakit. Dalam pandangan Irma, bila sosialisasi itu dilakukan, dana untuk pengobatan bisa dihemat.

Selain itu Irma juga berpesan agar BPJS Kesehatan mesti mengoptimalkan peran pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama, semisal puskesmas di daerah-daerah. Sebab, lanjut Irma, tidak sedikit peserta BPJS Kesehatan yang menggunakan puskesmas hanya sebagai pemberi surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjut (rumah sakit). Sehingga, pelayanan kesehatan di puskesmas tidak dimanfaatkan.

Berkenaan dengan wacana kenaikan iuran, pakar jaminan sosial kesehatan dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (UI) Prof. Hasbullah Thabrany berpendapat bahwa kenaikan itu sudah tidak dapat ditawarkan lagi.

“Besaran iuran PBI sebesar Rp 19.225 dan kelas III Rp 27.500 sebetulnya sudah tidak relevan lagi pada jaman sekarang,” tandas dia.

Saat ini, kata Hasbullah, manfaat yang diterima peserta JKN-BPJS Kesehatan sudah ditetapkan pemerintah. Seharusnya kini pemerintah tinggal menetapkan berapa biaya kesehatan yang dikeluarkan fasilitas kesehatan untuk memberikan layanan tersebut. Dari situ bisa dihitung berapa iuran yang harus dibayar peserta.



Foto: Rapat terbatas Presiden Jokowi dengan Dirut BPJS Kesehatan, Menteri Kesehatan di Istana Merdeka Jakarta

Sedangkan untuk jumlah peserta, pada tahun ini BPJS Kesehatan menargetkan dapat mencapai jumlah kepesertaan hingga 168 juta orang. Saat ini total jumlah peserta BPJS Kesehatan telah mencapai 137,7 juta orang.

Baik Hasbullah, Fachmi dan Purnawarman sepakat bahwa adanya *mitch match* rasio klaim karena jumlah iur premi kelompok Penerima Bantuan Iuran (PBI) terlalu kecil, yakni Rp19.225. Padahal berdasarkan perhitungan secara aktuarial yang dilakukan oleh DJSN, iur premi PBI minimal Rp 27.500. PBI adalah 86,4 juta masyarakat miskin dan rentan, yang iur preminya dibayari pemerintah.

Penyebab lainnya, kata Purnawarman, adalah adanya fenomena *insurance effec* (efek asuransi). Artinya mereka yang tadinya tidak pernah berobat ketika sakit, kini berbondong-bondong berobat ke puskesmas dan rumah sakit (RS). Salah satunya penyumbang terbanyak *insurance effec* adalah dari kelompok pekerja bukan penerima upah (PBPU) yang jumlahnya di 2014 mencapai sekitar 9 juta jiwa.



Kendati potensi terjadinya *mitch match* rasio klaim tahun ini telah diantisipasi pemerintah dengan memberikan PMN pada BPJS Kesehatan, Fachmi berpendapat perlu kebijakan yang lebih bersifat jangka panjang agar *mitch match* rasio klaim tidak terus berulang setiap tahun.

Solusi terbaik, menurut dia adalah adanya kenaikan iur premi yang sesuai dengan kebutuhan yang ada. Dengan demikian BPJS Kesehatan memiliki sistem yang lebih stabil untuk mencegah terjadinya potensi *mitch match* rasio klaim.



Chazali H Situmorang

Chazali juga menegaskan bahwa sebagai pihak yang ditugaskan (*mandatorry*) untuk mengelola program JKN, pemerintah pasti tidak akan mendingkan BPJS Kesehatan sampai jatuh bangkrut. Selama ada kemampuan fiskal, pemerintah pasti akan memberikan bantuan dana bagi BPJS Kesehatan agar bisa beroperasi secara maksimal melayani kebutuhan kesehatan masyarakat.

**Arahan Presiden**

Sementara itu, Menteri Kesehatan (Menkes) Nila F. Moeloek mengaku pada prinsipnya setuju untuk menaikkan iur premi. Hal itu, kata dia, juga selaras dengan arahan Presiden Joko Widodo agar iur premi pada 2016 dinaikan agar tidak terjadi defisit pada rasio klaim.



Nila F. Moeloek

Namun, lanjut Menkes, besaran kenaikan iur premi perlu melalui sejumlah kajian dahulu. Pada saat ini, kata dia, baik Kemenkes, BPJS Kesehatan dan DJSN tengah menghitung secara aktuarial jumlah iur premi yang paling pas, dan sesuai dengan kemampuan fiskal keuangan negara.

Menkes menambahkan, pembahasan anggaran harus dapat tuntas pada akhir Maret ini. Pasalnya penyerahan pagu anggaran ke Kementerian Keuangan paling lambat pada saat itu. Sehingga usulan tarif iur premi baru itu bisa direncanakan untuk pelaksanaan kegiatan JKN pada 2016 nanti.

Lebih jauh, Menkes menambahkan, kenaikan iur premi pada saat ini adalah suatu keniscayaan. Pasalnya biaya yang harus dikeluarkan BPJS semakin membengkak karena semakin banyaknya masyarakat menderita penyakit berat seperti stroke dan gagal ginjal sehingga membutuhkan biaya pengobatan yang besar.

*“Sampai bulan Juli saja, ada 1 juta kali cuci darah yang dilakukan dan pengeluarannya cukup besar,” kata Menkes.*



# Kendali Mutu dan Kendali Biaya, Kunci Sukses Program JKN

Dalam menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS Kesehatan telah mengembangkan sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan. Tujuannya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan medik peserta dengan pembiayaan nasional yang akan berdampak pada *sustainability* operasional BPJS Kesehatan.

Di tahun 2015 ini, BPJS Kesehatan juga telah menetapkan tiga fokus perhatian atau "Tri Sukses BPJS Kesehatan Tahun 2015". Salah satunya adalah "sukses kendali mutu dan kendali biaya" dengan menargetkan rasio klaim sebesar 98,5 persen.



Fajriadinur

Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan Fajriadinur mengatakan, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, kendali mutu dan kendali biaya pada tingkat Fasilitas Kesehatan dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan dan juga BPJS Kesehatan.

*"Masing-masing Fasilitas Kesehatan telah membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya. Penyelenggaraannya meliputi pengaturan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi, utilization review dan audit medis, pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan, serta pemantauan dan evaluasi penggunaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai. Sementara dari Kementerian Kesehatan juga telah membentuk tim clinical advisory yang terdiri atas unsur organisasi profesi dan akademisi kedokteran. Mereka bertugas memberikan rekomendasi terkait dengan permasalahan teknis medis pelayanan kesehatan,"* terang Fajriadinur.

Sementara itu penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya oleh BPJS Kesehatan dilakukan melalui pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan, pemenuhan standar proses pelayanan kesehatan, serta pemantauan terhadap luaran kesehatan peserta.

Dalam pelaksanaannya, BPJS Kesehatan juga membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis. Bahkan di tiap-tiap provinsi juga ada tim tersebut. Tim ini dapat melakukan sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi, *utilization review* dan audit medis, dan juga pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

Diakui Fajriadinur bahwa dalam menjalankan sistem JKN, ekspektasi atau harapan peserta memang akan terus meningkat, sementara sumber daya (*resource*) yang dimiliki masih terbatas. Contohnya saja jumlah dokter spesialis yang masih sangat terbatas dengan penyebaran yang belum merata.

Karena itu, BPJS Kesehatan bersama Kementerian kesehatan secara rutin melakukan monitoring dan evaluasi ke setiap rumah sakit di Indonesia. Hal yang sama juga



dilakukan tim kendali mutu kendali biaya di masing-masing provinsi. "Kita selalu melakukan pertemuan FGD (*Focus Group Discussion*) untuk mereview situasi yang ada di masing-masing daerah berdasarkan masukan pemerintah, rumah sakit dan juga Pemda," ujar Fajriadinur.

Selain melakukan monitoring dan evaluasi, BPJS Kesehatan juga melakukan *utilization review* atau tingkat pemanfaatan. Misalnya saja bila ada puskesmas yang banyak merujuk pasiennya ke rumah sakit, akan ditelusuri apakah memang di puskesmas tersebut tidak ada dokternya, memiliki keterbatasan alat-alat medis, atau justru karena dokternya tidak mematuhi panduan praktek klinik.

"Masalah tingginya rujukan juga bisa terjadi karena pesertanya yang memaksa untuk dirujuk. Sehingga perlu adanya edukasi kepada masyarakat bahwa di era JKN ini, peserta yang sakit tidak bisa langsung ke rumah sakit. Pelayanan kesehatan harus dilakukan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis," imbuhnya.

## Sistem Pembayaran ke Provider

Dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya, program JKN juga menerapkan pola pembayaran kapitasi bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBG's) bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL).

Untuk FKTP yang terdiri dari puskesmas, klinik, dan dokter keluarga, dana kapitasi dihitung berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di suatu FKTP, bukan jumlah peserta yang berobat. Karena itu, penguatan FKTP akan terus dilakukan agar 155 jenis diagnosa penyakit benar-benar bisa ditangani di layanan primer. Sebab bila tingkat rujukan dari FKTP ke rumah sakit tinggi, hal ini membuat tagihan pelayanan kesehatan dari rumah sakit menjadi besar.

"FKTP juga akan terus didorong untuk tidak hanya sebagai tempat berobat, tetapi juga sebagai tempat masyarakat memperoleh edukasi kesehatan sebelum sakit. Misalnya dengan mengadakan penyuluhan kesehatan. Karena layanan promotif dan preventif ini sangat penting untuk menjaga peserta yang sehat tetap sehat, dan peserta yang sakit tidak bertambah parah," kata Fajriadinur.

Sementara itu dalam pola pembayaran INA CBG's di rumah sakit, sistemnya adalah tarif paket pelayanan kesehatan yang mencakup seluruh komponen biaya rumah sakit,

mulai dari pelayanan non medis hingga tindakan medis. Tarif tersebut dihitung berdasarkan data di berbagai rumah sakit di Indonesia, baik milik pemerintah maupun swasta. Data meliputi tindakan medis yang dilakukan, obat-obatan, jasa dokter, dan barang medis habis pakai kepada pasien, termasuk profit yang diperoleh rumah sakit. Data tersebut kemudian dihitung dengan rumus yang berlaku secara internasional dan diambil besaran rata-rata. "Dengan sistem ini, pembiayaan kesehatan menjadi lebih efektif dan mutunya pun meningkat," imbuhnya.

Dalam pelaksanaan program JKN, ketersediaan obat yang bermutu juga menjadi salah satu bagian penting. Untuk itu Kementerian Kesehatan telah menyusun formularium nasional (Fornas) daftar obat pelayanan kesehatan. Fornas ini menjadi acuan penetapan penggunaan obat dalam program JKN agar penggunaan obat bisa rasional atau sesuai dengan kebutuhan medis. Selain itu, penggunaan Fornas juga dapat mengendalikan mutu dan biaya pengobatan yang berujung pada pelayan kesehatan yang optimal kepada pasien.

## Antisipasi Fraud dan Abuse

Dalam program JKN yang menerapkan prinsip-prinsip pelayanan yang terkendali (*Managed Care*), potensi *frauddan abuse* memang bisa terjadi, baik itu di pihak penyelenggara program, provider, maupun peserta. Apalagi di negara lain yang juga menjalankan program serupa, kasus seperti ini pernah terjadi.

Potensi kecurangan rumah sakit misalnya saja mengubah atau menaikkan kode diagnosa dari yang seharusnya. Ini dimaksudkan untuk mendapatkan klaim lebih besar dari yang seharusnya dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. "Kita sudah melakukan antisipasi terjadinya hal ini. Kalau memang setelah diverifikasi tagihannya tidak sesuai, tentunya akan kita tolak," kata Fajriadinur.

Dalam waktu dekat, Menteri Kesehatan Nila Moeloek juga akan segera mengeluarkan Permenkes tentang pencegahan fraud dan abuse. Dalam Permenkes tersebut nantinya akan diatur secara lebih detail mengenai apa saja yang dimaksud dengan *fraud* dan *abuse*, lalu apa yang harus dilakukan setiap institusi yang terlibat dalam program JKN terkait pencegahan *fraud* dan *abuse*. "Sambil menunggu Permenkes itu keluar, BPJS Kesehatan juga sudah memiliki pedoman pencegahan *fraud* dan *abuse*, sehingga potensi kecurangan yang mungkin terjadi bisa kami antisipasi," ujar Fajriadinur.

# Mustahil Negara Biarkan BPJS Kesehatan Bangkrut

**Chazali H Situmorang**

Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)



**K**endati secara umum perjalanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan selama setahun ini menunjukkan hasil cukup baik, namun terdapat satu potensi masalah yang dapat mengancam *sustainability* program.

Masalah itu adalah adanya ketidakseimbangan (*mismatch*) dalam hal pemasukan dan pengeluaran pada pelaksanaan program JKN di 2014. Sebagai gambaran, total iur premi yang didapat dari peserta PBI dan non-PBI hingga Desember 2014 mencapai Rp41,06 triliun. Namun, biaya klaim manfaat (*benefit*) yang dikeluarkan BPJS Kesehatan mencapai Rp42,6 triliun. Artinya rasio klaim di tahun pertama penyelenggaraan JKN mencapai 103,88%.

Adanya *mismatch* dalam rasio klaim di 2014 ternyata juga sampai mengundang perhatian Presiden Joko Widodo (Jokowi). Secara khusus Presiden RI bahkan mengadakan rapat terbatas (ratas) dengan sejumlah pihak terkait JKN untuk membahas persoalan tersebut.

Sejumlah pihak khawatir, adanya *mismatch* akan mengancam program JKN yang baru seumur jagung ini. Salah satu lembaga yang mendorong perlunya adanya kenaikan iur premi bulanan BPJS Kesehatan adalah Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN). Sebagai lembaga yang fungsinya adalah merumuskan kebijakan makro BPJS Kesehatan dan Ketenagakerjaan, sekaligus juga berfungsi sebagai pengawas eksternal, sedari awal lembaga ini memang getol menyuarakan agar pemerintah memberlakukan kebijakan iur premi peserta.

Bila hal itu tidak dilakukan, niscaya *sustainability* program JKN dan BPJS Kesehatan bisa terancam.

Lantas bagaimana solusi yang ditawarkan oleh DJSN agar program JKN bisa berjalan langgeng dan tetap memberikan jaminan pelayanan kesehatan yang berkualitas? Untuk mengetahui lebih jauh soal hal itu, Info BPJS Kesehatan mewawancarai Ketua DJSN Chazali H Situmorang, saat yang bersangkutan menghadiri acara jumpa pers, di kantor BPJS Kesehatan, di Jakarta, beberapa waktu lalu. Berikut petikan wawancaranya :

## **Apa hasil evaluasi pelaksanaan JKN di 2014?**

Secara umum pelaksanaan JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan berjalan cukup baik. Bila ada sejumlah masalah, hal itu dirasa masih wajar. Pasalnya sistem JKN yang menggunakan sistem layanan berjenjang dan pola pembayaran berdasarkan paker diagnosa adalah hal yang baru di bidang kesehatan di Indonesia.

Guna merubah kebiasaan selama puluhan tahun tentu sulit. Di negara maju, untuk membangun sistem jaminan

sosial yang kokoh memerlukan waktu tahunan. Jadi wajar saja jika program JKN yang terhitung baru menemui sedikit masalah di sana-sini.

Yang penting harus ada perbaikan di bidang ketersediaan obat dan penguatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Dengan demikian FKTP benar-benar bisa menjadi gate keeper di layanan kesehatan JKN. Sehingga tidak perlu ada lagi penumpukan pasien di rumah sakit (RS) dan pembengkakan biaya klaim.

## **Lalu, bagaimana dengan adanya mismatch dalam rasio klaim ?**

Sejauh ini adanya *mismatch* dalam rasio klaim tersebut memang belum sampai mengancam *sustainability* program JKN dan BPJS Kesehatan. Pasalnya adanya kejadian itu memang jauh-jauh hari telah kita antisipasi. Untuk 2014, potensi adanya *mismatch*, telah diantisipasi dengan penyiapan dana cadangan Rp5,6 triliun yang diambil dari pengalihan aset PT Askes (Persero).

Sedangkan untuk 2015, BPJS Kesehatan telah mendapatkan suntikan dana tambahan dalam bentuk Penyertaan Modal Negara (PMN) sebesar Rp5 triliun dari pemerintah.

Namun, saya beranggapan itu semua tentu solusi yang bersifat sementara. Bila BPJS Kesehatan ingin terus langgeng dan tidak perlu 'disuapi' pemerintah pada setiap tahunnya, program JKN memerlukan solusi yang lebih stabil. Salah satu solusi terbaik adalah dengan mengadakan penyesuaian iur premi sesuai dengan kebutuhan riil pembiayaan di lapangan.

## **Kenapa iur premi harus naik ?**

Jawabannya sebetulnya sederhana. Pasalnya iur premi bagi kelompok Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebanyak Rp19.225 dipandang sudah tidak relevan lagi diterapkan di 2016. Besaran iuran perlu ditingkatkan signifikan agar sesuai dengan belanja kesehatan fasilitas kesehatan.

Jadi sudah sangat tepat jika Presiden Joko Widodo memerintahkan agar DJSN dan BPJS Kesehatan menghitung kembali iuran kepesertaan JKN-BPJS Kesehatan yang pantas di 2016. Iuran yang memadai diperlukan agar dapat memenuhi nilai keekonomian fasilitas kesehatan sehingga keberlangsungan program

JKN terjaga. Sementara ini, DJSN mengusulkan besaran iuran Rp 27.500 seperti yang pernah diusulkan di 2012.

## **Apakah kenaikan iur premi menjadi Rp 27.500 ?**

Ya, jumlahnya tentu seperti itu. Pasalnya angka Rp27.500 merupakan hasil perhitungan secara aktuarial pada 2012. Jika ditetapkan pada 2016, tentu jumlahnya belum tentu sesuai dengan kebutuhan di saat itu.

Oleh karena itu, pada saat ini, baik DJSN, BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan tengah menghitung besaran ideal iur premi untuk 2016. Mungkin saja tidak hanya iur PBI yang perlu naik, tetapi juga yang non-PBI. Namun, itu semua masih dalam pengkajian.

Sesuai jadwal, seharusnya masing-masing perhitungan yang dilakukan sudah bisa rampung pada awal April ini. Hasil hitungan masing-masing akan dibahas lagi di Kementerian Bidang Koordinasi Pemberdayaan Masyarakat dan Kebudayaan (PMK) sampai nantinya disampaikan ke Kementerian Keuangan.

Idealnya memang, perhitungan iuran kepesertaan JKN-BPJS Kesehatan seharusnya dimulai dengan menetapkan manfaat apa saja yang jadi hak peserta. Berdasarkan penetapan manfaat itu, akan terlihat besar dana kapitasi puskesmas dan tarif layanan pada rumah sakit dalam sistem *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBGs) yang dibutuhkan. Kemudian, baru dihitung berapa besaran iuran yang harus dibayar seorang peserta.

## **Bagaimana jika kenaikan iur premi pada PBI membebani fiskal pemerintah?**

Intinya begini, program JKN adalah amanat dari UUD 1945. Sedangkan BPJS Kesehatan adalah lembaga yang secara *mandatory* ditunjuk oleh pemerintah untuk mengelola JKN.

Jadi mustahil pemerintah akan membiarkan BPJS Kesehatan bangkrut. Negara pasti ingin agar BPJS Kesehatan bisa terus hidup sehingga publik mendapat garansi untuk mengakses fasilitas layanan kesehatan.

Saat ini saja pemerintah berani menyuntikan dana PMN ke sejumlah BUMN hingga Rp74 triliun dari pencabutan alokasi BBM. Masa demi jaminan kesejahteraan rakyat pemerintah tidak berani memberikan suntikan dana.



## Manfaat Program Rujuk Balik Bagi Pasien Penyakit Kronis

**D**i era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pelayanan kesehatan kini tidak lagi terpusat di rumah sakit atau fasilitas kesehatan (faskes) tingkat lanjutan, namun harus dilakukan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis. Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan.

Salah satu program unggulan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan adalah Program Rujuk Balik (PRB). Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan Fajriadinur menjelaskan, Program Rujuk Balik adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang.

*"Pelayanan ini dilaksanakan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atas rekomendasi dari Dokter Spesialis atau Sub Spesialis yang merawat," kata Fajriadinur.*

Sesuai dengan ketentuan yang berlaku, untuk saat ini Program Rujuk Balik diberikan kepada penderita penyakit kronis seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), epilepsy, stroke, schizophrenia, dan Systemic Lupus Erythematosus (SLE) yang sudah terkontrol atau stabil, namun masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan dalam jangka panjang. Di luar penyakit ini, pelayanan PRB tidak dapat diberikan.

Bagi peserta BPJS Kesehatan, Program Rujuk Balik tentunya dapat meningkatkan kemudahan akses pelayanan kesehatan dan juga meningkatkan pelayanan kesehatan yang mencakup akses promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Program ini juga dapat meningkatkan hubungan dokter dengan pasien dalam konteks pelayanan holistic, serta memudahkan pasien untuk mendapatkan obat yang diperlukan.

Bagi Faskes Tingkat Pertama, Program Rujuk Balik dapat meningkatkan fungsi Faskes selaku Gate Keeper dari aspek pelayanan komprehensif dalam pembiayaan yang rasional, meningkatkan kompetensi penanganan medik berbasis kajian ilmiah terkini (evidence based) melalui bimbingan organisasi/dokter spesialis, serta meningkatkan fungsi pengawasan pengobatan. Sementara bagi Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan dapat mengurangi waktu tunggu pasien di poli rumah sakit, meningkatkan kualitas pelayanan spesialis di Rumah Sakit, serta meningkatkan fungsi spesialis sebagai koordinator dan konsultan manajemen penyakit

### PELAYANAN OBAT RUJUK BALIK

Sebagai bagian dari Program Rujuk Balik, salah satu pelayanan yang diberikan adalah Pelayanan Obat Rujuk Balik di Faskes Tingkat Pertama. Jenis obat yang termasuk dalam Obat Rujuk Balik ini terbagi dalam dua kelompok, yaitu obat utama dan obat tambahan.



Obat utama merupakan obat kronis yang diresepkan oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dan tercantum pada Formularium Nasional untuk obat Program Rujuk Balik. Sementara obat tambahan mutlak diberikan bersama obat utama dan diresepkan oleh dokter Spesialis/Sub Spesialis di Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan untuk mengatasi penyakit penyerta atau mengurangi efek samping akibat obat utama.

"Untuk bisa memperoleh obat PRB, peserta BPJS Kesehatan harus terdiagnosa penyakit kronis yang telah ditetapkan dalam kondisi terkontrol atau stabil oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis dan telah mendaftarkan diri untuk menjadi peserta Program Rujuk Balik," terang Fajriadinur.

Mekanisme pelayanan obat dalam Program Rujuk Balik adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama :
  - a. Peserta melakukan kontrol ke Faskes Tingkat Pertama (tempatnya terdaftar) dengan menunjukkan identitas peserta BPJS, SRB (Surat Rujuk Balik) dari Rumah Sakit dan buku kontrol peserta PRB.
  - b. Dokter Faskes Tingkat Pertama melakukan pemeriksaan dan menuliskan resep obat rujuk balik yang tercantum pada buku kontrol peserta PRB.



2. Pelayanan pada Apotek/depo Farmasi yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk pelayanan obat PRB :
  - a. Peserta menyerahkan resep dari Dokter Faskes Tingkat Pertama.
  - b. Peserta menunjukkan SRB dan Buku Kontrol Peserta.

Pelayanan obat rujuk balik ini dilakukan tiga kali berturut-turut selama tiga bulan di Faskes Tingkat Pertama. Setelah tiga bulan, peserta dapat dirujuk kembali oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan untuk dilakukan evaluasi oleh dokter spesialis/subspesialis.

Namun pada saat kondisi peserta tidak stabil, peserta dapat dirujuk kembali ke dokter Spesialis/Sub Spesialis sebelum tiga bulan dan menyertakan keterangan medis dan/atau hasil pemeriksaan klinis dari dokter Faskes Tingkat Pertama yang menyatakan kondisi pasien tidak stabil atau mengalami gejala atau tanda-tanda yang mengindikasikan perburukan dan perlu penatalaksanaan oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis.

Apabila hasil evaluasi kondisi peserta dinyatakan masih terkontrol atau stabil oleh dokter spesialis/subspesialis, maka pelayanan program rujuk balik dapat dilanjutkan kembali dengan memberikan SRB baru kepada peserta.

### KETENTUAN PELAYANAN OBAT

Obat PRB yang dijamin oleh BPJS Kesehatan adalah obat yang tercantum di dalam Formularium Nasional untuk Program Rujuk Balik sesuai dengan restriksi dan peresepan maksimal serta ketentuan lain yang berlaku. Jika pasien diresepkan obat di luar daftar tersebut oleh Dokter di FKTP, maka biaya obat sudah termasuk di dalam komponen kapitasi yang dibayarkan BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Pemberian Obat PRB tersebut diberikan untuk kebutuhan maksimal 30 (tiga puluh) hari setiap kali peresepan dan harus sesuai dengan Daftar Obat Formularium Nasional untuk Obat Program Rujuk Balik serta ketentuan lain yang berlaku. Perubahan atau penggantian obat program rujuk balik juga hanya dapat dilakukan oleh Dokter Spesialis/sub spesialis yang memeriksa di Faskes Tingkat Lanjutan dengan prosedur pelayanan RJTL (Rawat Jalan Tingkat Lanjutan).

Dokter di Faskes Tingkat Pertama akan melanjutkan resep yang ditulis oleh Dokter Spesialis/sub-spesialis dan tidak berhak mengubah resep obat PRB. Namun dalam kondisi tertentu, Dokter di Faskes Tingkat Pertama dapat melakukan penyesuaian dosis obat sesuai dengan batas kewenangannya.

Jika peserta masih memiliki obat PRB, maka peserta tersebut tidak boleh dirujuk ke Faskes Rujukan Tingkat Lanjut, kecuali terdapat keadaan kegawatdaruratan yang menyebabkan pasien harus konsultasi ke Faskes Rujukan Tingkat Lanjut.



## PENTINGNYA Akurasi Data Peserta

Prosedur yang sama juga harus dilakukan ketika peserta ingin melakukan perubahan faskes tingkat I. Namun perubahan ini hanya dapat dilakukan apabila peserta sudah terdaftar minimal 3 bulan di Faskes tingkat I sebelumnya.

Sementara itu bila peserta ingin melakukan perubahan hak kelas perawatan, bagi peserta PBPU (Pekerja Bukan Penerima Upah) perubahan hak kelas pada peserta dapat dilakukan di Kantor BPJS Kesehatan dengan mengisi Formulir Perubahan Data. Ketentuan perubahan hak kelas perawatan yaitu setelah 1 (satu) tahun terdaftar pada hak kelas rawat sebelumnya. Sementara untuk peserta PPU (Pekerja Penerima Upah), hak kelas perawatan sesuai dengan gaji/upah, jadi tidak dapat diubah atas keinginan pribadi

Apabila peserta meninggal dunia, keluarganya juga diwajibkan untuk melaporkan ke Kantor BPJS Kesehatan dengan membawa kartu peserta yang meninggal dunia dan surat keterangan kematian, agar status kepesertaannya dapat dinonaktifkan

Sementara itu bila terdapat penambahan anggota keluarga, sebaiknya segera melapor ke Kantor BPJS Kesehatan terdekat dengan mengisi Formulir Daftar Isian Penambahan Anggota Keluarga dan menunjukkan dokumen asli/fotokopi SK terakhir (bagi PNS), asli/fotokopi gaji terakhir yang telah dilegalisasi pimpinan unit kerja, asli/fotokopi Kartu Keluarga, asli/fotokopi Akte Kelahiran / Surat Keterangan Lahir (bagi penambahan anak), serta pasphoto ukuran 3x4 sebanyak 1 lembar.

Untuk memperlancar proses pendaftaran peserta BPJS Kesehatan, akurasi data menjadi hal yang sangat penting. Namun seringkali calon peserta tidak teliti atau kurang lengkap dalam memberikan data, sehingga bisa menghambat proses pendaftaran.

Salah satu syarat utama yang wajib dimiliki calon peserta adalah Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang tercantum pada Kartu Tanda Penduduk (e-KTP) atau Kartu Keluarga (KK). Bila belum memiliki e-KTP, calon peserta masih dapat menggunakan KTP non elektronik yang masih berlaku, sepanjang NIK pada KTP tersebut sama dengan NIK Kartu Keluarga dan dapat ditemukan pada data Kependudukan dan Catatan Sipil (Dukcapil). Sedangkan pengisian NIK untuk bayi dalam kandungan diisi berdasarkan nomor KK orang tua calon peserta.



Sri Endang Tidarwati

Direktur Kepesertaan dan Pemasaran BPJS Kesehatan, Sri Endang Tidarwati mengatakan, syarat-syarat dasar ini hendaknya dipersiapkan calon peserta agar proses pendaftaran sebagai peserta BPJS Kesehatan menjadi lebih mudah dan cepat.

*“Calon peserta seringkali salah dalam menuliskan NIK. Padahal ini menjadi syarat penting dalam proses pendaftaran. Paling sering terjadi ketika pendaftaran online. Karena kalau digitnya kurang satu saja, prosesnya akan otomatis gagal,” kata Sri Endang Tidarwati kepada Info BPJS Kesehatan.*

Selain NIK, kesalahan juga sering terjadi saat penulisan nama. “Misalnya nama saya Sri Endang Tidarwati. Kadang saya menuliskannya Endang Tidar Wati, kadang Endang Tidarwati. Ini yang tidak boleh karena seharusnya itu konsisten. Bila penulisan nama ini berbeda dengan data di Dukcapil, proses pendaftaran juga akan terhambat,” ujar dia.

Kolom identitas data peserta juga harus diisi secara lengkap dan jelas. Selain NIK dan nama lengkap, calon peserta perlu menuliskan tempat dan tanggal lahir, nomor telepon yang dapat dihubungi, alamat E-mail, alamat rumah sesuai KTP/KK dan alamat surat menyurat. “Nomor telepon, E-mail dan alamat surat menyurat harus ditulis dengan jelas agar informasi yang perlu diketahui dapat segera disampaikan,” sambungnya.

### MUTASI DATA

Selain memperlancar proses pendaftaran, pemberian data yang akurat juga sangat dibutuhkan untuk memudahkan peserta mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu, peserta BPJS Kesehatan dihimbau untuk selalu melaporkan segala perubahan atau penambahan data ke kantor cabang BPJS Kesehatan, misalnya bila peserta pindah domisili atau mutasi.

“Ada peserta BPJS Kesehatan yang KTP-nya di Jakarta, tetapi tinggalnya di Solo. Ini kan nggak benar, jadi harus segera melapor agar peserta tersebut bisa mengakses Fasilitas Kesehatan Primer yang ada di Solo,” jelas Endang.

Perubahan domisili menurutnya dapat dilaporkan di Kantor BPJS Kesehatan dengan mengisi Formulir Perubahan Data dan menunjukkan KTP dengan alamat domisili terbaru.

### SYARAT PENDAFTARAN PESERTA

**Bagi Pekerja Penerima Upah (PPU)**, prosedur pendaftaran dilakukan secara kolektif melalui perusahaan ke kantor BPJS Kesehatan. Sementara untuk peserta mandiri, pendaftaran peserta dapat dilakukan di seluruh kantor cabang BPJS Kesehatan, melalui Bank yang bekerjasama seperti BRI, BNI dan Bank Mandiri, serta secara online melalui website BPJS Kesehatan [www.bpjs-kesehatan.go.id](http://www.bpjs-kesehatan.go.id)

Untuk pendaftaran melalui Kantor Cabang BPJS Kesehatan Pengisian Formulir Daftar Isian Peserta, dilampiri dengan pas foto terbaru masing-masing 1(satu) lembar ukuran 3 cm x 4 cm (kecuali bagi anak usia balita), serta menunjukkan/memperlihatkan dokumen sebagai berikut:

- Asli/foto copy KTP (diutamakan KTP elektronik)
- Asli/foto copy Kartu Keluarga
- Foto copy surat nikah (bagi yang telah menikah)
- Foto copy akte kelahiran anak/surat keterangan lahir yang menjadi tanggungan (bagi yang telah mempunyai anak)
- Foto copy buku rekening salah satu di antara Bank yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, yaitu BNI, BRI dan Mandiri.

Untuk pendaftaran online, peserta dapat membuka website BPJS Kesehatan [www.bpjs-kesehatan.go.id](http://www.bpjs-kesehatan.go.id). Pilih Menu Layanan Peserta kemudian pilih Pendaftaran Peserta dan lakukan pengisian data peserta pada kolom yang tersedia beserta email untuk mendapatkan Link Aktifasi. Setelah itu peserta dapat membuka E-mail dari Admin BPJS Kesehatan dan klik Link Aktifasi untuk mendapatkan Virtual Account.

Selanjutnya peserta dapat melakukan pembayaran pada 3 Bank yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (BNI, BRI, Mandiri). Setelah melakukan pembayaran, Anda dapat mencetak e-ID BPJS-Kesehatan dengan cara mengklik atau membuka ulang link aktivasi pendaftaran pada email konfirmasi.



## Rosihan Anwar (Pasien Gagal Ginjal Kronis) "Nyawaku Diselamatkan BPJS Kesehatan"

Di usianya yang sudah menginjak 61 tahun, Rosihan Anwar seharusnya tengah menikmati masa-masa tua dan pensiunnya dengan bahagia. Namun ayah tiga anak ini justru harus menghadapi kenyataan pahit karena baru saja divonis menderita gagal ginjal kronis.

Yang membuatnya semakin menderita, penyakit tersebut baru diketahui saat sudah berada pada stadium lanjut, di mana pengobatan yang harus dilakukan menjadi lebih sulit.

### Sering Mual dan Muntah

Sebelum divonis menderita gagal ginjal kronis, Anwar sebetulnya tidak terlalu sering mengeluhkan masalah kesehatannya. Beberapa kali dia memang pernah sakit ringan dan biasanya akan membaik setelah mengonsumsi jamu. Namun sejak beberapa tahun terakhir, dia memang sering mengalami masalah hipertensi atau tekanan darah tinggi.

Sekitar pertengahan November 2014, Anwar mengaku mulai merasakan ada gejala yang aneh di dalam tubuhnya. Setiap kali bangun tidur, selalu saja ada dorongan ingin muntah. Kondisinya semakin tidak nyaman ketika dia harus bersentuhan dengan air saat berwudhu.

"Setiap pagi selalu mual-mual dan muntah, padahal tidak ada isinya. Kalau terkena air wudhu, tubuh saya bisa langsung menggigil," kata Anwar memulai cerita.

Saat itu, tak terbersit pun curiga kalau gejala yang muncul tersebut merupakan tanda-tanda fungsi ginjalnya sudah berkurang. Apalagi hasil pemeriksaan dokter di puskesmas juga menunjukkan dia hanya mengalami masalah pencernaan. Namun setelah mengonsumsi obat maag, gejala tersebut tak juga lenyap. Anwar bahkan mulai mengalami gejala tremor (gemetar) mirip penderita parkinson. Wajahnya pucat dan tubuhnya mendadak rapuh, hilang tenaga.

Karena kondisinya yang semakin memburuk, Anwar kemudian dilarikan ke ruang UGD Rumah Sakit Harapan Bunda Jakarta untuk mendapatkan penanganan dan kejelasan diagnosa. "Sudah hampir sebulan kondisinya tidak juga membaik, malahan semakin parah. Saat itu pun kami tidak curiga kalau bapak menderita penyakit gagal ginjal. Yang kami takutkan hanyalah terjadi pendarahan di organ dalam tubuhnya. Karena HB-nya waktu itu sudah turun sampai 4," ujar Yanti Marlina, istri Rosihan Anwar.

Setibanya di RS. Harapan Bunda, Anwar langsung menjalani tes darah untuk mengetahui penyakit yang dideritanya, termasuk juga pemeriksaan kreatinin dalam darah sebagai parameter penting untuk mengetahui fungsi ginjal. Dari hasil pemeriksaan tersebut, akhirnya diketahui kalau Anwar menderita gagal ginjal kronis stadium lanjut.

"Mendengar hasil diagnosa itu, saya seperti dilempar granat. Kaget, takut, bingung, semua perasaan campur aduk," ungkap Anwar.

Perasaan yang muncul tersebut memang sangat wajar. Karena seperti halnya kanker, penyakit gagal ginjal juga termasuk "silent disease" karena baru menimbulkan gejala ketika sudah berada pada stadium lanjut.

"Sebelum gejala muntah-muntah itu timbul, saya memang

tidak merasakan keluhan fisik yang berat. Makanya waktu divonis menderita gagal ginjal dan harus menjalani cuci darah (hemodialisis), saya benar-benar kaget dan hampir tidak percaya," ucap Anwar.

### Cuci Darah dengan Kartu BPJS Kesehatan

Ketidaktahuan Anwar mengenai pentingnya cuci darah bagi penderita gagal ginjal sempat membuat dia ragu melakukan terapi ini. Ketika kondisinya sedikit membaik, dia bahkan lebih memilih kembali ke rumah, berharap pengobatan alternatif bisa menyembuhkan penyakitnya itu.

Namun yang terjadi justru sebaliknya. Kondisi fisik Anwar semakin melemah. Obat-obatan herbal yang diminumnya tak memberikan pertolongan apa-apa. Dia semakin terjebak dalam kondisi yang kritis.

Atas bujukan istri dan anak-anaknya, awal Januari 2015 akhirnya Anwar bersedia menjalani cuci darah di RS PGI Cikini, Jakarta. Kebetulan rumah sakit tersebut merupakan salah satu provider BPJS Kesehatan yang melayani cuci darah. Anwar dan istrinya juga sudah terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan golongan Penerima Bantuan Iuran (PBI).

Namun keragu-raguan itu kembali memunculkan sesaat sebelum operasi pemasangan double lumen di dada. Anwar rupanya masih berharap penyakitnya itu bisa disembuhkan tanpa harus menjalani cuci darah. Padahal dokter di rumah sakit sudah berkali-kali mengingatkan kalau dia harus segera menjalani terapi tersebut.

Anwar akhirnya memilih pulang untuk kedua kalinya. Namun ketakutannya itu justru membuat kondisi penyakitnya semakin parah. Bahkan fungsi ginjalnya saat itu hanya tinggal enam persen saja. Nyawanya hampir tak bisa tertolong lagi.



"Saya pikir masih kuat tanpa harus menjalani cuci darah. Ternyata fisik saya malah makin drop. Mata saya bahkan sampai memerah seperti dipenuhi darah. Sempat terfikir, apakah nyawa saya masih bisa tertolong?," ungkap Anwar.

Tidak ingin kelalaiannya itu semakin mengancam nyawanya, Anwar memantapkan diri untuk sesegera mungkin menjalani cuci darah. Saat keberanian itu muncul, prosesnya ternyata juga tidak rumit. "Pagi hari masuk



rumah sakit, siangnya operasi pemasangan double lumen, dan sorenya langsung cuci darah," ujarnya. Sebagai peserta BPJS Kesehatan, Anwar merasa sangat dimudahkan.

Biaya yang harus dikeluarkan tiap kali cuci darah sebetulnya sekitar Rp 900.000. Namun sebagai peserta BPJS Kesehatan, pelayanan tersebut bisa didapatkan Anwar secara gratis. "Saya menjalani cuci darah di RS PGI Cikini tiga kali seminggu tanpa perlu mengeluarkan uang. Kecuali kalau saya meminta pelayanan lain di luar yang ditanggung," terang dia.

### Ajak Keluarga Daftar BPJS Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang didapatkan Anwar sebagai peserta BPJS Kesehatan memang sangat membantunya dan juga keluarganya. Apalagi sudah lebih dari 10 tahun Anwar pensiun dari pekerjaannya di perusahaan kargo.

*"Kalau tidak jadi peserta BPJS Kesehatan, entah dari mana saya harus membayar biaya cuci darah yang sangat mahal dan seumur hidup. Saya benar-benar tertolong oleh BPJS Kesehatan," tandasnya.*

Karena sudah merasakan banyak manfaat dari program JKN yang dijalankan BPJS Kesehatan, Anwar juga mengingatkan anak-anak dan menantunya untuk segera mendaftar jadi peserta BPJS Kesehatan secara mandiri. Hal ini menurutnya sangat penting sebagai langkah antisipasi sebelum terkena penyakit.

"Siapa pun tidak ada yang mau sakit. Tetapi kalau sudah jadi peserta BPJS Kesehatan, istilahnya kita sudah ada yang menjamin. Anak-anak dan menantu saya sekarang juga sudah jadi peserta BPJS Kesehatan," ungkapnya.

Setelah menjalani cuci darah, Anwar mengaku kondisinya juga sudah berangsur membaik. Gejala awal yang sempat dirasakan kini tidak muncul lagi. Ia juga mulai bisa melakukan aktivitas harian tanpa bantuan istri dan anak-anaknya. "Sebetulnya juga sudah bisa naik motor, tapi sama anak-anak masih dilarang," ujarnya.

Saat ini, Anwar juga sudah berada dalam tahap pasrah menerima takdir yang digariskan Tuhan. Dia tak lagi menganggap masa tuanya telah "dirampas" oleh penyakit gagal ginjal kronis, meski harus menjalani pengobatan seumur hidup "Menerima takdir adalah kunci terbaik menghadapi penyakit ginjal. Apalagi pengobatan penyakit ini harus dijalani seumur hidup. Fokus saya saat ini adalah disiplin menjalani pengobatan, karena untuk biaya sudah ditanggung BPJS Kesehatan," pungkas Anwar.



# LARI & GAYA HIDUP

## Waspadai Risiko Cedera Saat Berlari

Saat ini lari memang tidak lagi sekedar latihan fisik yang menyehatkan, tetapi sudah menjadi bagian dari gaya hidup masyarakat. Beragam kegiatan lari yang digagas oleh komunitas lari hampir setiap pekan diadakan. Hal ini juga tidak terlepas dari hadirnya event car free day atau Hari Bebas Kendaraan yang digelar di beberapa kota.

Menurut dokter spesialis kedokteran olahraga dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FK-UI) Hario Tilarso, alasan yang membuat lari banyak digemari masyarakat karena latihan fisik ini tergolong murah dan praktis. Cukup dengan sepatu lari dan pakaian yang nyaman, kita sudah dapat melakukannya.

“Latihan fisik ini juga sangat fleksibel. Kita bisa melakukannya kapan saja dan di mana saja tanpa membutuhkan alat atau tempat khusus,” ujar Hario Tilarso.

Manfaat lari bagi kesehatan juga sangat besar. Bila dilakukan secara teratur dengan tahapan-tahapan yang benar, tubuh menjadi lebih sehat dan bugar. Bahkan menurut sebuah penelitian yang dilakukan di Stanford University di Amerika Serikat, lari juga bisa memperlambat proses penuaan.

### RISIKO CEDERA

Walau pun memberi banyak manfaat bagi kesehatan, minimnya pengetahuan tentang lari ternyata juga bisa meningkatkan risiko terjadinya cedera. Menurut Hario Tilarso, cedera pada saat berlari umumnya terjadi ketika seseorang tidak melakukan tahapan lari dengan benar, atau menggunakan alas kaki yang keliru.

Karena itu, sangat penting melakukan tahapan lari dengan benar mulai dari pemanasan, bagaimana melakukan gerakan yang tepat saat berlari, hingga tahapan pendinginan. Jangan lupa untuk menggunakan sepatu khusus lari dengan ukuran yang tepat untuk kaki.

Bagi pelari pemula yang ingin memulai rutinitas lari, latihan fisik ini sebaiknya dilakukan secara rutin tiga kali seminggu. Saat

memulai latihan, lakukan lari-lari kecil semampunya, boleh diselingi dengan jalan kaki. Aktivitas ini dapat dilakukan selama 15-20 menit atau sesuai kemampuan.

Bila rutinitas ini sudah dijalankan selama sepekan, frekuensi dan intensitasnya boleh ditambah. Lakukan terus lari tersebut dengan penambahan kecepatan tiap satu atau dua minggu, atau penambahan jarak 10 persen dari jarak sebelumnya.

### JENIS CEDERA SAAT BERLARI

Cedera yang paling sering terjadi pada pelari adalah **fascitis plantaris** berupa sakit pada telapak kaki akibat benturan dengan tanah. Selain itu, **shin splint** atau cedera tulang kering juga paling sering dikeluhkan.



“Bila mengalami kedua masalah ini, yang perlu dilakukan adalah istirahat berlari dan ganti dengan olahraga lain, seperti bersepeda atau renang. Sebaiknya gunakan *heel cup* atau *insole*,” pesan Hario Tilarso.

Masalah lainnya adalah kram atau kejang otot, yaitu keadaan di mana otot menjadi kaku pada posisi kontraksi. Bila ini terjadi, sebaiknya segera lakukan peregangan, *massage*, atau mengonsumsi ion.

Ada juga cedera **arthritis** atau kerusakan pada lutut akibat benturan keras. Terapi yang perlu dilakukan antara lain dengan berhenti berlari, memperbaiki teknik lari, atau segera berkonsultasi ke dokter bedah ortopedi.

“Pelari juga bisa mengalami **heat stroke** akibat suhu tubuh sangat panas dan kurang cairan. Keluhannya itu mulai dari lemas, pusing, meracau, denyut nadi cepat dan kuat, kulit kering dan kemerahan, serta koordinasi otot yang menurun,” ungkap Hario Tilarso.



Bila **heat stroke** muncul, yang harus dilakukan adalah berhenti berlari, kemudian minum minuman dingin atau sebaiknya yang mengandung ion atau isotonik. “Terapinya juga bisa dengan cara berendam di air dingin. Kalau perlu segera konsultasi ke dokter,” pesan dia.

Berikutnya adalah **bonk (hit the wall)**, yaitu keadaan di mana cadangan glikogen dan glukosa tubuh habis yang membuat pelari tidak ada tenaga sama sekali. “Untuk mengatasinya, pelari tersebut harus segera diberi makanan yang manis-manis untuk mengembalikan tenaganya, atau minum minuman isotonik,” tambahnya lagi.

Yang terakhir dan juga paling membahayakan adalah **rhabdomyolysis**, yaitu kondisi di mana tubuh tidak dapat mempertahankan keseimbangan cairan, sehingga cairan banyak keluar dari tubuh. Kondisi ini termasuk keadaan gawat darurat, jadi harus segera dibawa ke rumah sakit. Karena bila terlalu parah dapat menyebabkan kerusakan ginjal dan otak.

### CEGAH DEHIDRASI SAAT LARI

Dari jenis-jenis cedera yang bisa dialami pelari tersebut, diketahui bahwa ternyata masalah ini juga bisa muncul akibat kondisi tubuh yang kekurangan cairan. Karena pada saat melakukan latihan fisik, panas tubuh yang meningkat akan dikeluarkan tubuh melalui keringat, sehingga terjadi pengeluaran dan penurunan cairan tubuh.

Dehidrasi atau kekurangan cairan bisa terjadi apabila cairan yang keluar lewat keringat lebih banyak dari asupan cairan yang dikonsumsi.

Dalam buku “Pemenuhan Kebutuhan Cairan dalam Latihan Fisik” yang disusun oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Olahraga (PDSKO), dianjurkan untuk mengonsumsi 500-600 mL air putih empat jam sebelum latihan fisik. Bila sejak waktu minum tersebut hingga 2 jam sebelum latihan fisik tidak berkemih atau berkemih namun warna urinnya gelap (kuning tua), dianjurkan untuk minum lagi 3-5 ml/KG berat badan. Contohnya, bila berat badan 60 Kg, maka minum 180-300 mL. Selanjutnya 10-15 menit sebelum latihan dianjurkan kembali minum 250 - 350 mL.

Sementara konsumsi cairan saat latihan fisik ditentukan oleh durasi atau intensitas latihan. Bila latihan inti kurang dari 60 menit, maka minum 100-250 mL air minum sehari-hari tiap 15-20 menit latihan. Tapi bila waktu latihannya lebih dari 60 menit, dianjurkan minum sport drink dengan aturan yang sama. Namun perlu diingat untuk tidak minum lebih dari 950 mL/jam karena berisiko menjadi kelebihan atau keracunan air.

### 5 MANFAAT BESAT DARI LARI

Meski tergolong latihan fisik yang murah dan praktis, lari ternyata memiliki banyak manfaat bagi kesehatan. Dengan catatan bila latihan fisik tersebut dilakukan secara teratur dengan tahapan-tahapan yang benar. Berikut ini beberapa manfaat lari seperti dikutip dari Boldsky.

#### 1. Menurunkan berat badan.

Tidak perlu operasi untuk menghilangkan lemak berlebih di tubuh. Karena cara yang paling aman dan memberikan hasil maksimal untuk menurunkan berat badan adalah dengan melakukan latihan fisik secara tepat dan teratur, salah satunya dengan berlari.

#### 2. Meningkatkan stamina.

Dengan berlari, kekuatan paru-paru kita akan meningkat. Hal ini pada akhirnya akan membuat stamina kita tetap dalam kondisi prima.

#### 3. Menjaga kesehatan lutut.

Dengan berlari secara teratur, sendi akan tetap dilumasi dengan baik, sehingga terbebas dari rasa sakit.

#### 4. Menyehatkan jantung.

Berlari juga sangat baik untuk kesehatan jantung karena membantu mengurangi jumlah kolesterol jahat di dalam tubuh. Tidak hanya menyehatkan jantung, latihan fisik ini juga bisa mengurangi risiko terkena berbagai penyakit yang disebabkan oleh gaya hidup tidak sehat, seperti kanker, diabetes, hingga obesitas.

#### 5. Menekan stres.

Berlari atau latihan fisik lainnya bisa menjadi cara yang ampuh untuk menekan stres. Karena ketika berlari, hormon kebahagiaan akan dikeluarkan.



**Prioritaskan Kenyamanan Peserta, BPJS Kesehatan Resmikan 9 Kantor Baru**

**Jakarta** – Sebagai upaya meningkatkan kepuasan masyarakat khususnya dalam memperoleh pelayanan administratif di kantor cabang, pada Senin (16/2) di Palembang BPJS Kesehatan meresmikan sembilan kantor baru yang terdiri atas tujuh Kantor Cabang (KC) dan dua Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota (KLOK). Adapun kesembilan kantor tersebut adalah KC Batam, KC Bekasi, KC Mataram, KC Tanjung Pinang, KC Sumedang, KC Banda Aceh, KCU Palembang, KLOK Wonosobo, dan KLOK Cilacap.

Peningkatan sarana-prasarana tersebut diharapkan dapat memfasilitasi tingginya jumlah masyarakat yang hendak melakukan pendaftaran peserta BPJS Kesehatan secara manual. Terlebih antusiasme masyarakat untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan meningkat pesat setelah mengetahui besarnya manfaat program jaminan kesehatan. Berdasarkan data per 6 Februari 2015, terdapat 136.610.852 jiwa peserta BPJS Kesehatan. Dengan disediakannya tempat yang lebih luas dan lebih strategis dengan fasilitas penunjang lainnya, diharapkan ke depannya tidak ada lagi keluhan peserta soal fasilitas di lokasi pendaftaran yang kurang memadai.

Selain melalui kantor cabang, BPJS Kesehatan juga telah membuka pendaftaran online melalui website [bpjs-kesehatan.go.id](http://bpjs-kesehatan.go.id). Selain prosesnya lebih singkat dan praktis, masyarakat juga dapat mencetak kartu BPJS Kesehatan-nya sendiri (e-ID), yang mana sama sahnyanya dan sama validnya dengan Kartu BPJS Kesehatan pada umumnya.

Sejumlah wilayah yang masuk dalam cakupan kerja Kantor Cabang Utama (KCU) Palembang antara lain Palembang, Banyuasin, Musi Banyuasin, Ogan Ilir, dan Ogan Komering Ilir. Hingga Februari ini, jumlah peserta BPJS Kesehatan yang terdaftar di KCU Palembang telah mencapai 1.956.278 jiwa atau 46% dari total jumlah penduduk. Sementara untuk badan usaha, sebanyak 2.035 badan usaha sudah mendaftarkan karyawannya menjadi peserta BPJS kesehatan. Terdapat pula 249 fasilitas kesehatan

primer, 22 fasilitas kesehatan rujukan, dan empat apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan guna melayani kebutuhan sejumlah peserta tersebut.

Utamakan Transparansi Pengadaan Barang dan Jasa, BPJS Kesehatan Gandeng LKPP

Jakarta – Untuk memastikan pengadaan barang dan jasa terkelola dengan optimal dan transparan, BPJS Kesehatan menjalin kerjasama dengan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP) melalui Penandatanganan Kesepakatan Bersama yang dilakukan di BPJS Kesehatan Kantor Pusat, Selasa (17/2).

“Kerjasama ini merupakan bentuk komitmen BPJS Kesehatan dalam menjalankan amanat negara. Ke depannya kami berharap kerjasama ini dapat meningkatkan kualitas kapasitas regulasi, organisasi, serta sumber daya manusia di bidang pengadaan barang dan jasa BPJS Kesehatan,” kata Direktur Utama BPJS Kesehatan Fachmi Idris dalam sambutannya.

Dalam salah satu poin nota kesepahaman itu disebutkan bahwa penyelenggaraan pengadaan barang dan jasa di BPJS Kesehatan yang karena sifat dan kebutuhannya akan lebih optimal apabila dikerjasamakan dengan LKPP. Ia juga menjelaskan, BPJS Kesehatan akan terus berupaya menjalankan pengadaan yang clean *governance* baik dari sisi administratif maupun dari sisi sikap *compliance* terhadap ketentuan-ketentuan yang berlaku sesuai dengan kebijakan pengadaan barang dan jasa pemerintah yang tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2010. Oleh karena itu, dukungan dari LKPP sangat diperlukan dalam melaksanakan hal tersebut.



■ “Direktur Utama BPJS Kesehatan bersama Ketua LKPP Melakukan Penandatanganan Nota Kesepahaman”



■ “Direktur SDM dan Umum BPJS Kesehatan bersama Asisten III, Pemprov Sumatera Selatan Meresmikan Kantor Cabang Utama Palembang”

**Q&A** Question and Answer



**Pelayanan Alat Kesehatan**

**1. Alat kesehatan apa saja yang dijamin oleh BPJS Kesehatan ?**

a. Pelayanan alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai untuk Peserta Jaminan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan berpedoman pada daftar dan harga alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri.

b. Daftar alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dituangkan dalam Kompendium Alat Kesehatan.

**2. Alat kesehatan apa saja yang dijamin di Faskes Rujukan tingkat Lanjutan?**

a. Pelayanan alat kesehatan sudah termasuk ke dalam paket INA CBG's.

b. Selain itu, peserta berhak mendapatkan pelayanan berupa alat bantu kesehatan di luar paket INA CBG's yang jenis dan plafon harganya ditetapkan oleh Menteri.

**3. Apakah yang dimaksud dengan alat kesehatan di luar paket INA CBG's?**

a. Alat kesehatan di luar paket INA CBG's adalah pelayanan alat bantu kesehatan yang Jenis dan plafon harganya ditetapkan oleh Menteri yaitu : Kacamata, Alat bantu dengar, Protesa Alat Gerak, Protesa Gigi dan Korset tulang belakang, collar neck dan kruk.

b. Alat bantu kesehatan di luar paket INA CBG's adalah pelayanan yang dibatasi, yaitu:  
1) Pelayanan diberikan atas indikasi medis,

- 2) Adanya plafon maksimal harga alat kesehatan
- 3) Adanya batasan waktu pengambilan alat kesehatan

**4. Apakah dapat dilakukan klaim perorangan atas pelayanan alat bantu kesehatan di luar paket INA CBG's?**

Tidak, biaya alat kesehatan di luar paket INA CBG's ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan

**5. Bagaimana prosedur untuk mendapatkan pelayanan alat bantu kesehatan di luar paket INA CBG's?**

a. Dokter Spesialis menuliskan resep alat kesehatan sesuai indikasi medis

b. Peserta mengurus legalisasi alat kesehatan ke petugas BPJS Center atau Kantor BPJS Kesehatan.

c. Peserta dapat mengambil alat kesehatan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit atau di jejaring fasilitas kesehatan penyedia alat kesehatan di luar paket INA CBG's yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, Peserta wajib membawa :

- 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP) atau salinannya
- 2) Resep alat kesehatan yang telah dilegalisir petugas BPJS Kesehatan

d. Fasilitas kesehatan melakukan verifikasi resep dan berkas lainnya kemudian menyerahkan alat kesehatan tersebut.

e. Peserta wajib menandatangani bukti penerimaan alat kesehatan.



# BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial



Kartu Indonesia Sehat Berlaku Sebagai Identitas Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan



KARTU IDENTITAS PESERTA LAINYA MASIH BERLAKU :

[www.bpjs-kesehatan.go.id](http://www.bpjs-kesehatan.go.id)