



**BUPATI JEMBER
PROVINSI JAWA TIMUR**

**SALINAN
PERATURAN BUPATI JEMBER
NOMOR 1.1 TAHUN 2015**

TENTANG

**PEDOMAN PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL PADA PUSKESMAS DAN JARINGANNYA DI KABUPATEN JEMBER**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI JEMBER,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di Puskesmas dan jaringannya yang didukung Dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) serta untuk evaluasi terhadap program JKN di Kabupaten Jember Tahun 2014, perlu mengatur dan menetapkan Pedoman Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas dan Jaringannya di Kabupaten Jember;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
5. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
8. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
9. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 164, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4599) ;
12. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5165);
14. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);
15. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 81);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah dua kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah;
19. Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 14 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan yang menjadi Kewenangan Kabupaten Jember (Lembaran Daerah Kabupaten Jember Tahun 2008 Nomor 14);
20. Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 15 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Kabupaten Jember (Lembaran Daerah Kabupaten Jember Tahun 2008 Nomor 15), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 6 Tahun 2012;

21. Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 1 Tahun 2009 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Pemerintah Kabupaten Jember (Lembaran Daerah Kabupaten Jember Tahun 2009 Nomor 1);
22. Peraturan Bupati Jember Nomor 45 Tahun 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (Berita Daerah Kabupaten Jember Tahun 2008 Nomor 45);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PEDOMAN PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS DAN JARINGANNYA DI KABUPATEN JEMBER.

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah Kabupaten Jember adalah Bupati beserta Perangkat Kabupaten sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Kabupaten.
2. Kabupaten adalah Kabupaten Jember.
3. Bupati adalah Bupati Jember.
4. Sekretaris Kabupaten adalah Sekretaris Kabupaten Jember.
5. Jaminan Kesehatan Nasional, yang selanjutnya disingkat JKN adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.
6. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, yang selanjutnya disebut Dinas Kesehatan dalam hal ini bertindak sebagai koordinator pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kabupaten Jember.
8. Bidan adalah seorang yang telah menjalani program pendidikan bidan yang diakui oleh negara tempat ia tinggal, dan telah berhasil menyelesaikan studi terkait serta memenuhi persyaratan atau memiliki izin formal untuk praktek bidan baik sebagai Pegawai Negeri Sipil maupun swasta.
9. Puskesmas adalah unit pelayanan teknis kesehatan yang bertanggung jawab menyelenggarakan Pembangunan Kesehatan di wilayah Kabupaten Jember.
10. Jaringan Puskesmas adalah Puskesmas Pembantu, Pondok Kesehatan Desa (Ponkesdes), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Pondok Bersalin Desa (Polindes) dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).
11. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.
12. Kartu Peserta adalah identitas yang diberikan kepada setiap peserta dan anggota keluarganya sebagai bukti peserta yang sah dalam memperoleh pelayanan kesehatan sesuai denganketentuan perundang-undangan.
13. Fasilitas Kesehatan, yang selanjutnya disebut Faskes adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.

14. Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
15. Rawat Jalan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat RJTP adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik yang dilaksanakan pada Faskes tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
16. Rawat Inap Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat RITP adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik dan dilaksanakan pada puskesmas perawatan, untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari (*One day care*).
17. Tindakan Medis adalah tindakan yang bersifat operatif maupun non operatif yang dilaksanakan baik untuk tujuan diagnostik maupun pengobatan.
18. Pelayanan Obat adalah pemberian obat-obatan sesuai kebutuhan medis bagi Peserta, baik pelayanan obat RJTP dan RITP.
19. Kapitasi adalah sistem pembayaran pelayanan kesehatan kepada Faskes tingkat pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat pertama.
20. Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran pelayanan kesehatan kepada Faskes Tingkat Pertama (FKTP) berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
21. Dana non kapitasi adalah besaran pembayaran pelayanan kesehatan kepada FKTP berdasarkan tarif (non kapitasi) yang ditetapkan oleh BPJS kesehatan meliputi biaya pelayanan persalinan/ maternal dan neonatal, rujukan, protesa gigi, rawat inap, dan pelayanan lainnya bagi FKTP yang dapat melaksanakannya meliputi: pemeriksaan IVA, papsmear, gula darah puasa dan gula darah post pandrial (PP), prolanis dan senam sehat.
22. Pelayanan non kapitasi adalah pelayanan yang diberikan kepada peserta dan tercakup dalam benefit yang berhak diterima oleh peserta BPJS Kesehatan dan dibayarkan sesuai dengan jenis dan jumlah pelayanan.
23. *Home Visit* adalah kegiatan pelayanan kunjungan ke rumah peserta untuk pemberian informasi/edukasi kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta dan keluarga.
24. Komprehensif (*Comprehensiveness*) adalah fungsi Faskes tingkat pertama memberikan pelayanan yang komprehensif terutama untuk pelayanan promotif dan preventif.
25. Pelayanan KB adalah pelayanan kontrasepsi pada pasangan usia subur untuk menunda, menjarangkan kehamilan atau menghentikan kesuburan.
26. Pemeriksaan kehamilan *Antenatal Care* (ANC) adalah pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, yang dilaksanakan sesuai dengan standart pelayanan yang dilakukan minimal 4 (empat) kali selama kehamilan dengan jadwal sesuai dengan ketentuan (Trimester I = 1 kl, Trimester II = 1 kl, Trimester III = 2 kl).
27. Prolanis adalah Program pengelolaan penyakit kronis seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung dan asma obatnya secara otomatis dalam 1 (satu) bulan.
28. Komplikasi KB pasca persalinan adalah Peserta KB baru/lama yang mengalami gangguan kesehatan mengarah pada keadaan patologis, sebagai akibat dari proses tindakan/pemberian/pemasangan alat kontrasepsi, dimana pemasangan KB tersebut dalam jangka waktu sampai 42 (empat puluh dua) sesudah melahirkan.
29. Pra rujukan adalah Pelayanan pada suatu keadaan dimana terjadi kondisi yang tidak dapat ditata laksana secara paripurna di faskes tingkat pertama sehingga perlu rujukan ke faskes tingkat lanjut dengan mengupayakan stabilisasi pasien.
30. Biaya Operasional adalah biaya yang dibutuhkan untuk mendukung operasional suatu organisasi selama satu periode/dalam tahun berjalan.
31. Jasa pelayanan adalah biaya untuk pemberi pelayanan dalam rangka observasi, diagnostis, pengobatan, rehabilitasi medis, pelayanan medis dan/atau pelaksanaan administrasi pelayanan.

32. Tenaga kesehatan adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga kesehatan non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya seperti dalam upaya dan manajemen kesehatan.
33. Penilaian kinerja adalah proses menilai suatu hasil karya tenaga kesehatan dan non kesehatan dalam suatu organisasi melalui instrumen penilaian kinerja.
34. Unsur-unsur penilaian adalah faktor atau unsur yang dinilai, terdiri dari unsur-unsur penilaian dasar sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 dan unsur-unsur penilaian tambahan diberikan untuk memenuhi asas keadilan berdasarkan kebijakan daerah.
35. Unsur-unsur penilaian dasar meliputi unsur nilai dasar untuk Tenaga Medis, Profesi Keperawatan (Ners), dan Apoteker (sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014) dengan mempertimbangkan masa kerja, unsur kehadiran, unsur pendidikan, unsur jabatan sebagai kepala FKTP, Kepala Tata Usaha maupun Bendahara JKN.
36. Unsur-unsur penilaian tambahan meliputi unsur nilai yang terdiri dari unsur Penanggung Jawab JKN di Puskesmas dan unsur rangkap tugas (sebagai Bidan Koordinator, Kepala Ruang Rawat Inap, Driver Rujukan Pasien JKN, serta tanggung jawab sebagai Koordinator Program Kesehatan di Puskesmas).
37. Kelompok pegawai PNS/ PTT/ Kontrak Provinsi/ Kontrak Kabupaten adalah pegawai yang keberadaannya dinyatakan secara resmi dengan adanya Surat Keputusan Pengangkatan dari Pejabat terkait serta mendapatkan gaji dari APBN maupun APBD Provinsi/ Kabupaten; di luar ketentuan tersebut maka seorang pegawai dikelompokkan sebagai pegawai non PNS. Keberadaan pegawai non PNS di FKTP harus disertai dengan adanya Surat Penugasan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
38. Masa kerja untuk pegawai berstatus CPNS, kontrak propinsi/ kontrak kabupaten/ PTT, dihitung berdasarkan Surat Penghadapan. Termasuk juga pegawai yang berubah status (baik dari struktural, Rumah Sakit maupun Kabupaten lain) menjadi tenaga fungsional puskesmas, dihitung berdasarkan Surat Penghadapan.
39. Pegawai dengan status PTT perpanjangan, poin masa kerja diberikan berdasarkan SK terakhirnya.
40. Untuk tenaga kesehatan dan non kesehatan yang memiliki masa kerja kurang dari 1 (satu) tahun, belum berhak mendapatkan poin masa kerja.
41. Status pendidikan yang dapat digunakan dalam menentukan bobot nilai pada unsur pendidikan adalah pendidikan yang tercantum dalam Surat Keputusan Pengangkatan Pegawai, SK Penyesuaian Pendidikan, SK Pangkat Terakhir atau Surat Penugasan.
42. Tenaga kesehatan dibawah D3 dengan masa kerja lebih dari 10 (sepuluh) tahun, diberi poin 40.
43. Tenaga profesi keperawatan (Ners) yang berstatus pegawai PTT/ kontrak propinsi/ kontrak kabupaten, diberikan poin dasar 40 atau setara dengan D3.
44. Poin rangkap program diberikan kepada penanggung jawab program yang bertanggung jawab merangkap 1 (satu) program atau lebih yang tidak linier dengan keahliannya serta mengacu pada Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP). Untuk penanggung jawab rangkap program harus dikuatkan dengan surat tugas dari Kepala Puskesmas.
45. Tenaga kesehatan dan non kesehatan tidak diperkenankan mendapatkan poin rangkap pada jabatan dan penanggung jawab rangkap program. Apabila telah memperoleh poin untuk jabatan, maka tidak diperkenankan mendapatkan poin sebagai penanggung jawab rangkap program, atau sebaliknya.
46. Unsur kehadiran diberikan penilaian sebagai berikut:
 - a. hadir setiap hari kerja, diberi nilai 1 poin per hari;
 - b. terlambat hadir atau pulang sebelum waktunya yang diakumulasi sampai dengan 7 (tujuh) jam, dikurangi 1 poin;
 - c. cuti dan izin tidak masuk kerja mengurangi jumlah poin kehadiran;

- d. pegawai yang tidak hadir selama 1 bulan berturut-turut, tidak berhak mendapatkan jasa pelayanan JKN pada bulan tersebut; dan
 - e. pegawai yang cuti melahirkan tidak berhak mendapatkan jasa pelayanan JKN.
47. Ketidakhadiran akibat sakit dan atau penugasan keluar oleh Kepala FKTP dikecualikan dalam penilaian kehadiran. Ijin sakit harus disertai surat dokter. Apabila ijin sakit berturut-turut hingga 1 bulan, maka yang bersangkutan tidak berhak mendapatkan jasa pelayanan JKN pada bulan tersebut.
48. Ka FKTP yang berstatus rangkap jabatan sebagai Plh. Fungsional FKTP yang lain, untuk perhitungan bobot nilai dimana yang bersangkutan menjadi Plh, dihitung berdasarkan hasil perkalian bobot kehadiran dengan unsur dasar (tanpa poin masa kerja dan yang lainnya). Perhitungan menggunakan formula sebagai berikut:

$\frac{\text{Jumlah kehadiran sebulan}}{\text{Jumlah hari efektif sebulan}} \times 50\% \text{ Unsur Nilai Dasar}$
--

49. Kelompok Non PNS diberikan Jasa Pelayanan Kesehatan sebagai berikut:
- a. tenaga Medis Dokter/ Dokter gigi diberikan Jasa Pelayanan maksimal sebesar Rp1.500.000,- per bulan;
 - b. tenaga Kesehatan selain Dokter/ Dokter Gigi diberikan Jasa Pelayanan maksimal sebesar 1.000.000,- per bulan; dan
 - c. tenaga Non Kesehatan diberikan Jasa Pelayanan maksimal sebesar Rp. 750.000,- per bulan.
50. Pengajuan Jasa Pelayanan Kesehatan dari sumber Dana Kapitasi JKN wajib melampirkan absensi petugas puskesmas.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) **Maksud** ditetapkan Peraturan Bupati ini adalah sebagai Pedoman Penyelenggaraan JKN dan mekanisme pengelolaan Dana Kapitasi maupun Non Kapitasi pelayanan Kesehatan pada Puskesmas dan jaringannya di Kabupaten.
- (2) **Tujuan** ditetapkan Peraturan Bupati ini adalah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap peserta BPJS Kesehatan agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

BAB III

RUANG LINGKUP PELAYANAN JKN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 3

(1) Pelayanan RJTP meliputi :

- a. administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke Faskes lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di Faskes tingkat pertama;
- b. pelayanan promotif, preventif, meliputi kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, pelayanan KB (tidak termasuk alkon), skrining kesehatan;
- c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
- d. pemeriksaan ibu hamil (paket *antenatal care* (ANC) 4x), nifas (paket *postnatal care* (PNC) 3x), ibu menyusui dan bayi;
- e. upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi;
- f. tindakan medis non spesialisistik, baik operatif maupun non operatif;

- g. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- h. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama (pemeriksaan darah sederhana (hemoglobin, apusan darah tepi, trombosit, leukosit, hematokrit, eosinofil, eritrosit, golongan darah, laju endap darah, malaria), urin sederhana (warna, berat jenis, kejernihan, ph, leukosit, eritrosit), feses sederhana (*benzidin test*, mikroskopik cacing), gula darah sewaktu;
- i. pemeriksaan penunjang sederhana lain yang dapat dilakukan di Faskes tingkat pertama (untuk menunjang kompetensi level 4A/sesuai daftar penyakit yang bisa ditangani di Puskesmas);
- j. pelayanan rujuk balik dari Faskes lanjutan;
- k. pelaksanaan prolanis dan *home visit*;
- l. pelayanan gigi, terdiri dari :
 - 1. administrasi;
 - 2. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - 3. premedikasi;
 - 4. kegawatdaruratan oro-dental;
 - 5. pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi);
 - 6. pencabutan gigi permanen tanpa penyulit;
 - 7. obat pasca ekstraksi;
 - 8. tumpatan komposit/GIC; dan
 - 9. skeling (max 2x/th).

(2) Pelayanan RITP meliputi :

- a. administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke Faskes lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di Faskes tingkat pertama;
- b. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
- c. perawatan dan akomodasi di ruang perawatan;
- d. tindakan medis kecil/sederhana oleh Dokter ataupun paramedic;
- e. persalinan per vaginam tanpa penyulit maupun dengan penyulit;
- f. perawatan perdarahan paska keguguran di Puskesmas Poned;
- g. pelayanan tindakan paska persalinan di Puskesmas Poned;
- h. pelayanan pra rujukan;
- i. penanganan komplikasi KB paska persalinan;
- j. pemeriksaan penunjang diagnostik (sederhana) selama masa perawatan;
- k. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai selama masa perawatan; dan
- l. pelayanan transfusi darah sesuai indikasi medis (darah disediakan PMI).

Bagian Kedua
Jenis Pemeriksaan
Pasal 4

Jenis pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) dan ayat (2) meliputi: pengobatan, konsultasi medis, tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai serta pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama yang dilakukan di Faskes tingkat pertama sesuai dengan Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas yang berlaku.

Bagian Ketiga
Pelayanan Ambulan
Pasal 5

Pelayanan Ambulan merupakan Pelayanan rujukan dengan menggunakan Ambulan/ Puskesmas keliling untuk membawa peserta dari faskes primer ke faskes primer lain (yang lebih mampu) / faskes lanjutan sesuai dengan indikasi medis.

BAB IV
PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN
Pasal 6

(1) Prosedur RJTP adalah :

- a. peserta menunjukkan kartu peserta BPJS;
- b. faskes melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta;
- c. faskes melayani peserta yang terdaftar, untuk peserta yang tidak terdaftar dapat dilayani apabila dalam keadaan gawat darurat ataupun sedang berada di luar Kabupaten peserta, untuk di luar Kabupaten peserta dapat dilayani maksimal 2 (dua) kali pelayanan, selanjutnya bila tetap meminta pelayanan akan dikenakan tarif seperti pasien umum bukan peserta BPJS;
- d. faskes melakukan pemeriksaan kesehatan/pelayanan penunjang/pemberian tindakan/obat;
- e. setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing Faskes;
- f. faskes melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan;
- g. apabila diperlukan peserta akan memperoleh obat;
- h. apabila peserta membutuhkan pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pasca melahirkan, maka pelayanan dapat dilakukan oleh bidan atau dokter umum;
- i. apabila berdasarkan hasil pemeriksaan dokter ternyata peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis, maka Faskes tingkat pertama akan memberikan surat rujukan ke Faskes tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS sesuai dengan sistem rujukan terstruktur dan berjenjang;
- j. surat rujukan berlaku untuk periode maksimal 1 (satu) bulan sejak tanggal rujukan diterbitkan. Surat rujukan disediakan oleh masing-masing Faskes dengan format sesuai ketentuan; dan
- k. faskes wajib menginput pelayanan yang diberikan ke dalam aplikasi pelayanan Faskes tingkat pertama.

(2) Prosedur RITP adalah :

- a. peserta datang ke Faskes tingkat pertama yang memiliki fasilitas rawat inap;
- b. faskes dapat melayani peserta yang terdaftar maupun tidak terdaftar difaskes tsb;
- c. peserta menunjukkan kartu peserta;
- d. faskes melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta;
- e. faskes melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan BMHP;
- f. setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing Faskes;
- g. faskes melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan; dan
- h. peserta dapat dirujuk ke Faskes rujukan tingkat lanjutan bila berdasarkan indikasi medis diperlukan.

(3) Prosedur Pelayanan Ambulan adalah :

- a. peserta dirujuk ke Fasilitas Kesehatan lanjutan dengan disertai formulir rujukan;
- b. rujukan dilakukan dengan pendampingan tenaga kesehatan;
- c. surat rujukan ditandatangani oleh fasilitas kesehatan penerima rujukan; dan
- d. klaim rujukan dilakukan sesuai dengan formulir yang ditentukan.

BAB V
TARIF KAPITASI DAN NON KAPITASI
Pasal 7

- (1) Tarif pelayanan kesehatan pada Puskesmas dan jaringannya dibayar oleh BPJS berdasarkan kapitasi dan non kapitasi dengan besaran sesuai dengan ketentuan yang berlaku di BPJS.

- (2) Pembiayaan untuk pelayanan rujukan/ambulan merupakan bagian dari dana non kapitasi dengan besaran sesuai Peraturan Daerah Kabupaten.

BAB VI

MEKANISME PENGELOLAAN DANA

Pasal 8

- (1) Dana Kapitasi yang bersumber dari Program JKN diterima langsung ke Puskesmas melalui Rekening Bendahara JKN di Puskesmas yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (2) Besaran dana kapitasi yang diterima setiap bulan oleh Puskesmas sesuai dengan jumlah peserta tertanggung yang terdaftar di Puskesmas setiap bulannya tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
- (3) Dana Kapitasi dikelola langsung oleh puskesmas dan dipertanggungjawabkan secara formil dan materiil oleh Kepala Puskesmas.
- (4) Dana non kapitasi yang bersumber dari Program JKN masuk dalam mekanisme keuangan Daerah.
- (5) Besaran dana non kapitasi yang diterima setiap bulan oleh Puskesmas sesuai dengan biaya yang dikeluarkan oleh Puskesmas untuk kegiatan-kegiatan di luar kapitasi dengan memperhatikan ketentuan yang telah ditetapkan oleh BPJS.
- (6) Mekanisme pengelolaan dan pertanggungjawaban dana non kapitasi dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan.

BAB VII

KETENTUAN PEMBAGIAN DANA

Pasal 9

- (1) Penggunaan dana JKN, baik kapitasi maupun non kapitasi dapat digunakan untuk Jasa Pelayanan dan operasional Puskesmas.
- (2) Dana operasional dapat digunakan untuk operasional di Puskesmas dan jaringannya dalam upaya meningkatkan pelayanan.
- (3) Dana jasa pelayanan dapat digunakan untuk jasa pelayanan tenaga medis dan non medis di Puskesmas dan jaringannya.
- (4) Kegiatan dan jasa pelayanan yang belum terbayar di tahun berjalan/berkenaan akan diusulkan penganggarannya pada APBD Kabupaten pada Tahun berikutnya.
- (5) Ketentuan pembagian dana kapitasi diatur sebagai berikut :
 - a. 60 % (enam puluh per seratus) untuk jasa pelayanan kesehatan; dan
 - b. 40 % (empat puluh per seratus) untuk operasional pelayanan kesehatan termasuk pengadaan obat, alat kesehatan bahan medis habis pakai dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.
- (6) Ketentuan Pembagian dana non kapitasi diatur sebagai berikut :
 - a. 40 % (empat puluh per seratus) untuk jasa pelayanan; dan
 - b. 60 % (enam puluh per seratus) untuk biaya operasional.

BAB VIII

PENGUNAAN DANA

Pasal 10

(1) Jasa Pelayanan Kesehatan dari Dana JKN

a. Dana Kapitasi

1. ketentuan mengenai pemanfaatan dan penetapan pembagian jasa pelayanan kesehatan dari dana kapitasi yang diterima oleh Puskesmas diatur lebih lanjut dengan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan.

2. 60 % (enam puluh per seratus) dari jumlah seluruh dana kapitasi yang diterima oleh Puskesmas digunakan untuk jasa pelayanan kesehatan.

b. Dana Non Kapitasi

1. ketentuan mengenai pemanfaatan dan penetapan pembagian jasa pelayanan kesehatan dari dana non kapitasi yang diterima oleh Puskesmas diatur lebih lanjut dengan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan.
2. dalam hal pendapatan dana non kapitasi yang telah dibayarkan oleh BPJS Kesehatan tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran, dana non kapitasi tersebut digunakan untuk tahun anggaran berikutnya.
3. penetapan pembagian jasa pelayanan yang bersumber dari dana non kapitasi diatur sebagai berikut :
 - a) penggunaan 40% (empat puluh persen) jasa pelayanan rawat inap di puskesmas diatur sebagai berikut :
 - 1) 50% (lima puluh persen) dari 40% (empat puluh persen) diterimakan kepada dokter dan kepala puskesmas.
 - 2) 50% (lima puluh persen) dari 40% (empat puluh persen) diterimakan kepada petugas yang terlibat termasuk rekam medis dan pembuat surat pertanggung jawaban (SPJ) keuangan.
 - b) penggunaan 40% (empat puluh persen) jasa pelayanan persalinan di puskesmas diatur sebagai berikut :
 - 1) 50% (lima puluh persen) dari 40% (empat puluh persen) diterimakan kepada dokter/ bidan penolong persalinan dan kepala puskesmas.
 - 2) 50% (lima puluh persen) dari 40% (empat puluh persen) diterimakan kepada petugas yang terlibat termasuk rekam medis dan pembuat surat pertanggung jawaban (SPJ) keuangan.
 - c) penggunaan 40% (empat puluh persen) jasa pelayanan rujukan diatur sebagai berikut :
 - 1) 50% (lima puluh persen) dari 40% (empat puluh persen) diterimakan kepada tenaga kesehatan pendamping / perawat dan sopir.
 - 2) 50% (lima puluh persen) dari 40% (empat puluh persen) diterimakan kepada petugas yang terlibat di puskesmas termasuk rekam medis dan pembuat surat pertanggung jawaban (SPJ) keuangan.
 - d) penggunaan 40% (empat puluh persen) jasa pelayanan *prothese* gigi diatur sebagai berikut :
 - 100% (seratus persen) dari 40% (empat puluh persen) diterimakan kepada dokter gigi serta petugas yang terlibat termasuk rekam medis dan pembuat surat pertanggung jawaban (SPJ) keuangan.
 - e) penggunaan 40% (empat puluh persen) jasa pelayanan kesehatan lainnya yaitu: pemeriksaan IVA, papsmear, gula darah puasa dan gula darah post pandrial (PP), prolans dan senam sehat, diatur sebagai berikut:
 - 100% (seratus persen) dari 40% (empat puluh persen) diterimakan kepada petugas yang terlibat termasuk rekam medis dan pembuat surat pertanggung jawaban (SPJ) keuangan.

(2) Dana Operasional dari Dana JKN

a. Dana Kapitasi

Pemanfaatan dana operasional yang bersumber dari dana kapitasi digunakan untuk :

1. pembelian obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai; dan
2. kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya yang meliputi :
 - a) upaya kesehatan perorangan berupa kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif lainnya, termasuk di dalamnya biaya makan minum pertemuan;
 - b) kunjungan rumah dalam rangka upaya kesehatan perorangan;
 - c) operasional untuk puskesmas keliling;
 - d) bahan cetak, penggandaan, alat tulis kantor; dan/atau

e) administrasi keuangan dan sistem informasi.

b. Dana Non Kapitasi

Pemanfaatan dana operasional yang bersumber dari dana non kapitasi digunakan untuk :

1. pembelian obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai; dan
2. kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya yang meliputi :
 - a) membayarkan honorarium Tim Koordinasi Kabupaten, Pelaksana Kegiatan dan Pegawai Tidak Tetap lainnya;
 - b) operasional untuk kendaraan puskesmas keliling dalam rangka melaksanakan rujukan;
 - c) operasional rawat inap;
 - d) biaya perjalanan dinas dalam rangka Bimbingan Teknis ke Puskesmas; dan
 - e) biaya pelaksanaan kegiatan pertemuan, kegiatan prolanis dan kegiatan senam sehat.

BAB IX
PENGADAAN OBAT, ALAT KESEHATAN
DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI
Pasal 11

- (1) Pengadaan obat-obatan, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (5) huruf b serta Pasal 9 ayat (6) merupakan biaya untuk melengkapi kebutuhan obat, alat dan bahan medis habis pakai di Puskesmas dan jaringannya.
- (2) Perencanaan pengadaan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan bersama antara Puskesmas dan Dinas Kesehatan.
- (3) Pelaksanaan pengadaan obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai dapat dilakukan oleh Dinas Kesehatan.

BAB X
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
Pasal 12

- (1) Penggunaan dana yang berasal dari program JKN dipertanggung jawabkan oleh Puskesmas dan Dinas Kesehatan.
- (2) Dinas Kesehatan memberikan pembinaan dan pengawasan kepada Puskesmas dalam hal pelaksanaan Peraturan Bupati ini.

BAB XI
PELAPORAN
Pasal 13

Puskesmas dan jaringannya wajib melaporkan hasil kunjungan pelayanan melalui aplikasi *P-Care* langsung ke BPJS dan hasil kegiatannya ke Dinas Kesehatan.

BAB XII
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 14

Untuk pelaksanaan teknis di Puskesmas berpedoman pada petunjuk teknis yang diatur dan ditetapkan oleh Keputusan Kepala Dinas Kesehatan.

Pasal 15

Dengan berlakunya Peraturan ini, maka Peraturan Bupati Jember Nomor 27.1 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas dan Jaringan di Kabupaten Jember (Berita Daerah Kabupaten Jember Tahun 2014 Nomor 27.1) dan Peraturan Bupati Jember Nomor 28.1 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Jember Nomor 27.1 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas dan Jaringan di Kabupaten Jember (Berita Daerah Kabupaten Jember Tahun 2014 Nomor 28.1), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 16

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Jember.

DIUNDANGKAN DALAM BERITA DAERAH KABUPATEN JEMBER TANGGAL 2 - 1 - 2015 NOMOR 1.1

Ditetapkan di Jember
pada tanggal 2 Januari 2015

BUPATI JEMBER,

ttd

MZA DJALAL

Salinan sesuai dengan aslinya
a.n. SEKRETARIS KABUPATEN
ASISTEN PEMERINTAHAN
u.b.
KEPALA BAGIAN HUKUM,

HARI MUJianto,SH, MSi.
Pembina Tingkat I
NIP. 19610312 198603 1 014