



## **BUPATI SITUBONDO**

### **PERATURAN BUPATI SITUBONDO NOMOR 8 TAHUN 2014**

#### **TENTANG**

#### **PEDOMAN OPERASIONAL PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS DAN JARINGANNYA DI KABUPATEN SITUBONDO**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI SITUBONDO,**

**Menimbang** : bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional sebagai pelaksanaan ketentuan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan guna tertib administrasi pengelolaan keuangan daerah terkait dengan pembayaran dana kapitasi oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013, perlu membentuk Peraturan Bupati tentang Pedoman Operasional Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas dan Jaringannya di Kabupaten Situbondo.

**Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 41, 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 06, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);

4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);

5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4844);
6. Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
7. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indoensia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
9. 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);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara 3637);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 264, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5372);
13. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional;

16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat;
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 326/Menkes/SK/IX/2013 tentang Penyiapan Kegiatan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional;
18. Peraturan Daerah Kabupaten Situbondo Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintah Kabupaten Situbondo (Lembaran Daerah Kabupaten Situbondo Tahun 2008 Nomor 2);
19. Peraturan Daerah Kabupaten Situbondo Nomor 21 tahun 2011 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan pada Puskesmas dan Laboratorium Kesehatan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Situbondo Tahun 2011 Nomor 21)
20. Peraturan Bupati Nomor 60 Tahun 2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Pelaksanaan Retribusi Pelayanan Kesehatan Pada Pusat Kesehatan Masyarakat dan Laboratorium Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Situbondo (Berita Daerah Kabupaten Situbondo Tahun 2008 Nomor 60);
21. Peraturan Bupati nomor 61 Tahun 2011 tentang Pedoman Remunerasi pada Pusat Kesehatan Masyarakat dan Laboratorium Kesehatan Masyarakat Kabupaten Situbondo (Berita Daerah Kabupaten Situbondo Tahun 2008 Nomor 61).

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PEDOMAN OPERASIONAL PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS DAN JARINGANNYA DI KABUPATEN SITUBONDO**

**BAB I  
KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

1. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Situbondo.
2. Bupati adalah Bupati Situbondo.
3. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo.
4. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo.
5. Jaminan Kesehatan 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. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas pada Dinas Kesehatan yang bertanggung jawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, meliputi Puskesmas tanpa perawatan, Puskesmas dengan perawatan, Puskesmas Pembantu, Puskesmas keliling, pondok bersalin desa dan pondok kesehatan desa.
7. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
8. Forum Asosiasi Fasilitas Kesehatan adalah Asosiasi fasilitas kesehatan yang akan melakukan negosiasi dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam rangka Sistem Jaminan Sosial Nasional.
9. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.
10. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
11. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
12. Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
13. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya.
14. Fasilitas Kesehatan 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.
15. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
16. Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
17. Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis

- dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.
18. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialistik atau sub spesialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
  19. Pelayanan Kesehatan Darurat Medis adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan, dan/atau kecacatan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan.
  20. Alat Kesehatan adalah instrumen, apparatus, mesin, dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
  21. Formularium Nasional adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, didasarkan pada bukti ilmiah mutakhir berkhasiat, aman, dan dengan harga yang terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam jaminan kesehatan nasional.
  22. Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.
  23. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

## **BAB II**

### **KEPESERTAAN**

#### **Pasal 2**

- (1) Peserta jaminan kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh masyarakat Kabupaten Situbondo yang meliputi :
  - a) PBI Jaminan Kesehatan; dan
  - b) bukan PBI Jaminan Kesehatan.
- (2) Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf a adalah Ex-peserta Jamkesmas.



- (3) Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana ayat (1) huruf b adalah Ex-peserta Askes, Jamsostek, TNI, Polri dan Mandiri.

### **BAB III**

## **PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN**

### **Bagian Kesatu Pelayanan yang dijamin**

#### **Pasal 3**

Setiap peserta jaminan kesehatan mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang meliputi:

- a. Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), terdiri dari :
- 1) 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;
  - 2) pelayanan promotif preventif, meliputi kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, keluarga berencana, skrining kesehatan Penyediaan dan distribusi vaksin dan alat kontrasepsi dasar menjadi tanggung jawab pemerintah pusat dan/atau pemerintah daerah. BPJS Kesehatan hanya membiayai jasa pelayanan pemberian vaksin dan alat kontrasepsi dasar yang sudah termasuk dalam kapitasi, kecuali untuk jasa pelayanan pemasangan IUD/Implan dan Suntik di daerah perifer diluar kapitasi;
  - 3) pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
  - 4) pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui dan bayi;
  - 5) upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi;
  - 6) rehabilitasi medik dasar;
  - 7) tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
  - 8) pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
  - 9) 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.
- 10) pemeriksaan penunjang sederhana lain yang dapat dilakukan di faskes tingkat pertama;
  - 11) pelayanan rujuk balik dari faskes lanjutan;
  - 12) pelaksanaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis).
- b. Pelayanan Gigi, terdiri dari :
- 1) 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;
  - 2) pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
  - 3) premedikasi;
  - 4) kegawatdaruratan oro-dental;
  - 5) pencabutan gigi salung (topikal, infiltrasi);
  - 6) pencabutan gigi permanen tanpa penyulit;
  - 7) obat pasca ekstraksi;
  - 8) tumpatan komposit/GIC;
  - 9) skeling gigi (1x dalam setahun).
- c. Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), terdiri dari :
- 1) 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;
  - 2) pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
  - 3) perawatan dan akomodasi di ruang perawatan;
  - 4) tindakan medis kecil/sederhana oleh Dokter ataupun paramedis;
  - 5) persalinan per vaginam tanpa penyulit maupun dengan penyulit;
  - 6) pemeriksaan penunjang diagnostik selama masa perawatan;
  - 7) pelayanan obat dan bahan medis habis pakai selama masa perawatan;
  - 8) pelayanan transfusi darah sesuai indikasi medis.
- d. Pelayanan Maternal dan Neonatal, terdiri dari :
- 1) Pelayanan ANC sesuai standar pelayanan KIA dengan frekuensi 4 (empat) kali;
  - 2) Persalinan pervaginam normal, di Puskesmas/Puskesmas PONEK/Klinik/Dokter Praktik perorangan, dan jejaringnya serta Bidan Desa/Bidan Praktik mandiri baik sebagai jejaring atau faskes tingkat pertama.

- 3) Penanganan perdarahan pasca keguguran, persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar;
  - 4) Pemeriksaan PNC (Ibu Nifas dan Neonatus), Pelayanan nifas diintegrasikan antara pelayanan ibu nifas, bayi baru lahir dan pelayanan KB pasca salin sesuai standar pelayanan KIA Pelayanan bayi baru lahir dilakukan pada saat lahir dan kunjungan neonatal Pelayanan PNC bagi ibu dan bayi baru lahir sesuai standar pelayanan KIA dengan frekuensi 4 kali kunjungan, yang terdiri dari:
    1. Pelayanan nifas bagi ibu pasca melahirkan selama 42 (empat puluh dua) hari;
    2. Pelayanan PNC bagi bayi baru lahir selama 28 (dua puluh delapan) hari.
  - 5) Pelayanan tindakan pasca persalinan (mis. placenta manual);
  - 6) Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal;
  - 7) Pelayanan KB pasca persalinan untuk pemasangan :
    1. IUD, Implant;
    2. Suntik KB.
  - 8) Penanganan komplikasi KB pasca persalinan.
- e. Pelayanan Ambulan, terdiri dari :
- 1) Pelayanan Ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu, antar Fasilitas Kesehatan, disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.
  - 2) Kondisi tertentu sebagaimana dimaksud pada huruf e angka 1, adalah sebagai berikut :
    1. kondisi pasien sesuai indikasi medis berdasarkan rekomendasi medis dari dokter yang merawat;
    2. kondisi kelas perawatan sesuai hak peserta penuh dan pasien sudah dirawat paling sedikit selama 3 (tiga) hari pada kelas satu tingkat di atas haknya;
    3. pasien rujuk balik rawat inap yang masih memerlukan pelayanan rawat inap di faskes tujuan.
  - 3) Pelayanan ambulan hanya diberikan untuk rujukan :
    1. sesama faskes tingkat pertama;
    2. dari faskes tingkat pertama ke faskes rujukan;
    3. sesama faskes rujukan sekunder;
    4. dari faskes sekunder ke faskes tersier; dan
    5. rujukan balik ke faskes dengan tipe di bawahnya.



- 4) Pelayanan Ambulan yang tidak dijamin adalah:
1. jemput pasien selain dari Faskes (rumah, jalan, lokasi lain);
  2. mengantar pasien ke selain Faskes;
  3. rujukan parsial (antar jemput pasien atau spesimen dalam rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau tindakan, yang merupakan rangkaian perawatan pasien di salah satu Faskes);
  4. Ambulan/mobil jenazah;
  5. Pasien rujuk balik rawat jalan.

## **Bagian Kedua Pelayanan yang Tidak Dijamin**

### **Pasal 4**

Jenis Pelayanan yang tidak dijamin dalam pelayanan jaminan kesehatan, meliputi:

- a. pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
- b. pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
- c. pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
- d. pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
- e. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
- f. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
- g. pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
- h. pelayanan meratakan gigi (ortodontisi);
- i. gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
- j. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
- k. pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, shinshe, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);
- l. pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan eksperimen;
- m. alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu
- n. perbekalan kesehatan rumah tangga;
- o. pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
- p. Kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*) yang ditetapkan oleh Menteri; dan

- q. biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

#### BAB IV

### PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

#### Pasal 5

- (1) Prosedur pelayanan kesehatan di faskes tingkat pertama, sebagai berikut :
- a. peserta menunjukkan kartu identitas BPJS Kesehatan (proses administrasi);
  - b. faskes melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta;
  - c. faskes melakukan pemeriksaan kesehatan/ pemberian tindakan;
  - d. setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing faskes dan bila diperlukan peserta akan memperoleh obat;
  - e. apabila peserta membutuhkan pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pasca melahirkan, maka pelayanan dapat dilakukan oleh bidan atau dokter umum;
  - f. bila 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 Kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku;
  - g. Surat rujukan disediakan oleh masing-masing faskes dengan format sesuai ketentuan BPJS dan berlaku untuk periode maksimal 1 (satu) bulan sejak tanggal rujukan diterbitkan;
  - h. faskes wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan BPJS Kesehatan.
- (2) Prosedur Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), sebagai berikut :
- a. peserta datang ke faskes tingkat pertama yang memiliki fasilitas rawat inap;
  - b. faskes dapat melayani peserta yang terdaftar maupun peserta yang dirujuk dari faskes tingkat pertama lain;
  - c. peserta menunjukkan identitas BPJS Kesehatan;
  - d. faskes melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta;

- e. faskes melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan BMHP;
  - f. setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing faskes;
  - g. faskes wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan BPJS Kesehatan;
  - h. peserta dapat dirujuk ke faskes tingkat lanjutan bila secara indikasi medis diperlukan.
- (3) Prosedur Pelayanan Kebidanan dan Neonatal, antara lain :
- a. peserta memeriksakan kehamilan (ANC) pada faskes tingkat pertama atau jejaringnya sesuai dengan prosedur pemeriksaan di faskes tingkat pertama;
  - b. pemeriksaan ANC dan PNC dilakukan pada satu tempat yang sama, misalnya pemeriksaan ANC dilakukan pada bidan jejaring maka diharapkan proses persalinan dan pemeriksaan PNC juga dilakukan pada bidan jejaring tersebut;
  - c. pemeriksaan ANC dan PNC tidak dapat dilakukan pada tempat yang berbeda kecuali dalam keadaan darurat;
  - d. pemeriksaan ANC dan PNC pada tempat yang sama dimaksudkan untuk :
    - 1) ketepatan pencatatan partograf;
    - 2) monitoring terhadap perkembangan kehamilan;
    - 3) memudahkan dalam administrasi pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.

## **BAB V**

### **SISTEM PEMBAYARAN**

#### **Pasal 6**

- (1) Sistem pembayaran kapitasi pada rawat jalan tingkat pertama, adalah sebagai berikut :
  - a. faskes yang dibayarkan kapitasi adalah faskes yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
  - b. biaya pelayanan RJTP dibayar dengan kapitasi, yaitu berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di faskes tersebut tanpa pengenaan iuran biaya kepada peserta;
  - c. besaran kapitasi standar ditetapkan oleh Menteri Kesehatan;
  - d. ketentuan norma kapitasi dan besaran kapitasi diatur berdasarkan kesepakatan antara BPJS dengan Forum Asosiasi Fasilitas Kesehatan.
- (2) Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama dibayarkan dengan sistem paket rawat inap per hari rawat

berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (3) Pembayaran persalinan pada faskes tingkat pertama dibayarkan dengan sistem paket dengan cakupan tarif berdasarkan peraturan yang berlaku.
- (4) Pembayaran pelayanan Ambulan dilakukan dengan cara *fee for service* atas setiap pelayanan ambulan yang telah diberikan.

## BAB VI

### TARIF PELAYANAN

#### Pasal 7

- (1) Tarif pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama ditetapkan berdasarkan sistem pembiayaan kapitasi dengan besaran kapitasi per jiwa per bulan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (2) Tarif non kapitasi untuk pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama dan pelayanan maternal dan neonatal ditetapkan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (3) Untuk tarif pelayanan ambulan merupakan hasil kesepakatan antara BPJS Kesehatan bersama penyedia layanan ambulan tergantung pada jarak tempuh antara faskes perujuk dengan faskes tujuan rujukan, sesuai dengan tarif yang berlaku di Daerah.

## BAB VII

### PEMANFAATAN DANA HASIL KAPITASI DAN NON KAPITASI

#### Pasal 8

- (1) Dana hasil Kapitasi dan Non Kapitasi di Puskesmas dan Jaringanya harus disctor bruto ke Kas Daerah melalui Dinas Kesehatan sebagai penerimaan daerah, selanjutnya akan dikembalikan ke Puskesmas melalui mekanisme keuangan daerah.
- (2) Seluruh penerimaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) akan dikembalikan seluruhnya ke Puskesmas dan jaringanya dalam komponen Jasa Pelayanan dan Jasa Sarana.
- (3) Alokasi anggaran untuk komponen Jasa Pelayanan sebesar 40% (empat puluh perseratus) dan alokasi anggaran untuk komponen Jasa Sarana sebesar 60% (enam puluh perseratus).
- (4) Pemanfaatan jasa pelayanan kapitasi sebagaimana dimaksud ayat (3) diatur dengan pola sebagai berikut :

4

- a. Paling tinggi 7% (tujuh perseratus) dari jasa pelayanan, dialokasikan untuk anggaran pembinaan yang berhubungan langsung maupun tidak langsung dengan upaya peningkatan mutu pelayanan publik khususnya dibidang kesehatan atau bidang lain yang relevan;
  - b. Selebihnya dialokasikan untuk jasa pelayanan yang dibagi berdasarkan sistem indeksing (*indexing*) dan pembobotan (*rating*) yang telah ditetapkan.
- 5) Dikecualikan pemanfaatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) yaitu pada jasa pelayanan klaim non kapitasi.
  - 6) Penggunaan komponen jasa sarana sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi;
    - a. belanja administrasi perkantoran (surat menyurat, ATK, barang cetakan, penggandaan, dll);
    - b. belanja pemeliharaan ringan untuk sarana prasarana, alat kesehatan dan gedung (ruangan);
    - c. belanja modal terbatas seperti alat medik sederhana, komputer, instrumen set bedah minor yang merupakan komponen tariff;
    - d. belanja obat-obatan non obat subsidi;
    - e. belanja perbekalan kesehatan (bahan alat habis pakai) yang terbatas termasuk reagensia, oksigen, negative film radiologi serta kertas print EKG/USG;
    - f. belanja meubelair terbatas serta penunjang pelayanan (linen, sprei, sarung bantal, kasur, gorden, dll);
    - g. belanja peralatan rumah tangga (dapur);
    - h. belanja akomodasi bagi pasien;
    - i. belanja bahan bakar minyak (BBM) rujukan;
    - j. operasional rujukan terbatas;
    - k. biaya pemeliharaan kendaraan (Ambulan/Pusling) terbatas;
    - l. belanja bahan kontak dan percontohan;
    - m. pendidikan dan pelatihan Sumber Daya Manusia;
    - n. studi banding untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan;
    - o. biaya manajemen termasuk supervisi dan konsultasi pelayanan di Puskesmas.

## BAB VIII

### PELAPORAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

#### Pasal 9

Pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas dan Jaringan nya di Kabupaten Situbondo dilaporkan ke Dinas Kesehatan paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya.



**BAB IX**  
**PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN PEMERIKSAAN**

**Pasal 10**

- 1) Kepala Dinas Kesehatan sebagai penanggungjawab pelaksana pembinaan, pengawasan dan pemeriksaan terhadap pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Situbondo.
- 2) Secara teknis pelaksanaan pembinaan, pengawasan dan pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Tim Saveguarding Kabupaten.
- 3) Hasil pembinaan, pengawasan dan pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan secara berkala kepada Bupati.

**BAB X**

**KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 11**

Peraturan Bupati ini berlaku sejak tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Situbondo

Ditetapkan di Situbondo  
pada tanggal 19 FEB 2014

**BUPATI SITUBONDO,**

  
**DADANG WIGIARTO**

Diundangkan di Situbondo  
pada tanggal 19 FEB 2014

**SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN SITUBONDO,**

  
**SYAIFULLAH**

	Sekda.	
	As. 1	
	Ka. Dimpes	
	Reg. Hewan	
	Asst. Pw	