



**BUPATI PESISIR BARAT
PROVINSI LAMPUNG**

**PERATURAN BUPATI PESISIR BARAT
NOMOR 01 TAHUN 2016**

TENTANG

**PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
PADA PUSKESMAS DI KABUPATEN PESISIR BARAT**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PESISIR BARAT,

- Menimbang** : a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diselenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada masyarakat;
- b. bahwa dalam upaya pelaksanaan JKN dapat berjalan, efektif, efisien, transparan dan akuntabel, maka perlu diatur pelaksanaan JKN pada Puskesmas;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu ditetapkan Peraturan Bupati tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Pesisir Barat;
- 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 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. 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);
5. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 2012 tentang Pembentukan Daerah Kabupaten Pesisir Barat di Provinsi Lampung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012

Nomor 231, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5354);

6. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 363);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan;
10. 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);
11. 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);
12. 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);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400);

15. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 206/PMK.02/2013 tentang Tata Cara Penyediaan, Pencairan, dan Pertanggungjawaban Dana Iuran Jaminan Kesehatan Penerima Bantuan Iuran;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik;
17. 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 I Milik Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 589);
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1287);
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktek Mandiri Dokter dan Tempat Praktek Dokter Gigi;
21. Peraturan Gubernur Lampung Nomor 28 tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Lampung Nomor 43 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan;
22. Peraturan Bupati Pesisir Barat Nomor 05 Tahun 2013 tentang Biaya Perjalanan Dinas bagi Pejabat Daerah dan Pegawai Negeri Sipil Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Pesisir Barat;
23. Peraturan Bupati Pesisir Barat Nomor 8 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Pada Puskesmas Di Kabupaten Pesisir Barat;

Memperhatikan : Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 900/2280/SJ Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Penganggaran, Pelaksanaan dan Penatausahaan, serta Pertanggungjawaban Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 5859);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS DI KABUPATEN PESISIR BARAT**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan

1. Daerah adalah Kabupaten Pesisir Barat.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Pesisir Barat.
3. Bupati adalah Penjabat Bupati Pesisir Barat.
4. Kepala DPPKAD adalah Kepala Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Kabupaten Pesisir Barat.
5. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Barat.
6. 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 telah dibayar pemerintah.
7. Peserta JKN adalah adalah setiap orang termasuk orang asing yang telah membayar atau dibayarkan iurannya, dan terdaftar sebagai peserta JKN.
8. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya di sebut BPJS Kesehatan adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang berbentuk badan hukum yang menyelenggarakan jaminan kesehatan.
9. Fasilitas Kesehatan yang selanjutnya disingkat Faskes adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
10. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
11. Puskesmas adalah Puskesmas rawat jalan dan Puskesmas rawat inap yang merupakan FKTP milik Pemerintah Daerah Kabupaten Pesisir Barat.

12. Puskesmas PONED adalah Puskesmas rawat inap yang mampu melaksanakan kegiatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar.
13. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKTL adalah Rumah Sakit Tipe C, B dan A.
14. Pengelolaan Dana Kapitasi adalah tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan.
15. Kepala FKTP adalah Kepala UPT Puskesmas Kabupaten Pesisir Barat.
16. Kepala FKTP bertanggungjawab secara formal dan material atas pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN.
17. Bendahara Dana Kapitasi JKN pada FKTP adalah Pegawai Negeri Sipil yang ditunjuk oleh Bupati untuk menjalankan fungsi menerima, menyimpan, membayarkan, menatausahakan, dan mempertanggungjawabkan dana Kapitasi.
18. Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Puskesmas berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
19. Dana Non Kapitasi adalah besaran dana pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
20. Bidan adalah bidan yang bertugas melaksanakan kegiatan pelayanan kebidanan dan neonatal.
21. Bidan Desa adalah bidan pemerintah baik PNS maupun Pegawai Tidak Tetap (PTT) yang ditempatkan di desa dan menjadi bagian dari Puskesmas setempat.
22. Bidan Jaringan adalah bidan swasta atau praktek mandiri yang mengikat kerjasama dengan Puskesmas setempat.

BAB II

PETUNJUK TEKNIS

Pasal 2

- (1) Petunjuk Teknis ini bertujuan untuk memberikan acuan bagi Puskesmas dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.
- (2) Petunjuk Pelaksanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam lampiran dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari peraturan ini.

Pasal 3

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu:

- a. Dana amanat dan nirlaba dengan manfaat untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
- b. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional.
- c. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
- d. Efisien, transparan dan akuntabel.

BAB III

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 3

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Krui
pada tanggal 05 - 1 - 2016

PENJABAT BUPATI PESISIR BARAT,

QUDROTUL IKHWAN

Diundangkan di Krui
pada tanggal 06 - 1 - 2016

**SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN PESISIR BARAT,**

FREDY SM

LEMBARAN BERITA DAERAH KABUPATEN PESISIR BARAT TAHUN 2016 NOMOR:

LAMPIRAN

PERATURAN BUPATI PESISIR BARAT

NOMOR : B.05/01/KPTS/III.03/2016

TANGGAL : 05 Januari 2016

TENTANG : PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS DI KABUPATEN PESISIR BARAT

PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS DI KABUPATEN PESISIR BARAT

I. PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Sesuai dengan falsafah dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hal ini juga termaktub dalam pasal 28H dan pasal 34 Undang-Undang Dasar 1945. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 Pasal 134 ayat 2, yaitu menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan UUD 1945, kemudian terbitnya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Melalui SJSN sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi WHA ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage (UHC)* bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program JKN.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 maka program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk program Jaminan Kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial. Penyelenggara jaminan kesehatan adalah BPJS Kesehatan.

Petunjuk Teknis Pelaksanaan JKN ini memuat berbagai ketentuan teknis pelaksanaan JKN pada Puskesmas sehingga diharapkan dapat menjadi acuan bagi semua pemangku kepentingan yaitu Tim Koordinasi Kabupaten JKN (TKK-JKN), Tim pelaksana JKN di Kabupaten dan Puskesmas, BPJS Kesehatan dan Dinas PPKAD sehingga pelaksanaan JKN pada Puskesmas di Kabupaten Pesisir Barat dapat berjalan dengan baik.

2. Tujuan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional

Pelaksanaan JKN untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

II. RUANG LINGKUP PELAYANAN KESEHATAN

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - a. Administrasi pelayanan meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut;
 - b. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - c. Pelaksanaan prolanis dan home visit;
 - d. Pelayanan promotif dan preventif, meliputi :
 - 1) Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat;
 - 2) Imunisasi dasar, meliputi *Baccile Calmett Guerin* (BCG), Difteri Pertusis Tetanus (DPT) dan Hepatitis-B (DPT-HB), Polio, dan Campak;
 - 3) Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, tubektomi, termasuk komplikasi KB bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana;
 - 4) Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
 - 5) Pelayanan skrining kesehatan tertentu diberikan secara selektif untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan, yaitu Diabetes melitus tipe II, Hipertensi, Kanker leher rahim, Kanker payudara, dan Penyakit lain yang ditetapkan Menteri. Pelayanan skrining kesehatan tertentu merupakan pelayanan non-kapitasi.
 - e. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama, sesuai dengan Panduan Praktik Klinik dari standar kompetensi Dokter Indonesia berupa :
 - 1) Pemeriksaan darah sederhana (hemoglobin, apusan darah tepi, trombosit, leukosit, hematokrit, eosinofil, eritrosit, golongan darah, laju endap darah, malaria);
 - 2) Pemeriksaan urin sederhana (warna, berat, jenis, kejernihan, ph, leukosit, eritrosit);
 - 3) Pemeriksaan feses sederhana (benzidin test, mikroskopik cacing);
 - 4) Pemeriksaan gula darah.
 - 5) Pemeriksaan IVA untuk kasus kanker payudara.
 - 6) Pemeriksaan gula darah dan IVA untuk kasus kanker payudara merupakan pelayanan non-kapitasi.
 - f. Pelayanan kesehatan gigi berupa :
 - 1) Pemeriksanaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - 2) Premedikasi;
 - 3) Kegawatdaruratan oro-dental;
 - 4) Pencabutan gigi sulung (topical, infiltrasi);
 - 5) Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit;
 - 6) Obat pasca ekstraksi;
 - 7) Tumpatan komposit/GIC;
 - 8) Skeling gigi satu (1) kali dalam setahun;
 - g. Pelayanan medis mencakup :
 - 1) Pemeriksanaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - 2) Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif;
 - 3) Kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama;
 - 4) Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dirujuk.
 - 5) Kasus medis rujuk balik;
 - 6) Pemeriksaan ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan balita;
 - 7) Rehabilitasi medik dasar.

2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
 - a. Administrasi pelayanan meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta, penyediaan dan pemberian surat rujukan;
 - b. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - c. Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif;
 - d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai selama masa perawatan;
 - e. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama;
 - f. Perawatan dan akomodasi di ruang perawatan;
 - g. Tindakan medis kecil/ sederhana oleh dokter ataupun paramedis;
 - h. Persalinan pervaginam tanpa penyulit maupun dengan penyulit;
3. Pelayanan Kebidanan dan Neonatal
 - a. Pemeriksaan ANC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 4 (empat) kali pemeriksaan;
 - b. Persalinan pervaginam normal
 - c. Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas Poned;
 - d. Pelayanan tindakan paska persalinan di Puskesmas Poned;
 - e. Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal;
 - f. Pemeriksaan PNC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 3 (tiga) kali kunjungan ibu dan 3 (tiga) kali kunjungan bayi;
 - g. Pelayanan KB dan Penanganan komplikasi KB paska persalinan.
4. Pelayanan Alat Bantu Kesehatan
Pelayanan alat bantu kesehatan yang dijamin adalah prothesa gigi yang diberikan kepada peserta yang kehilangan gigi sesuai dengan indikasi medis
5. Pelayanan Ambulan
Pelayanan ambulans diberikan pada pelayanan ambulans darat dan air bagi pasien dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan.
6. Pelayanan, penyediaan dan penggunaan obat di Puskesmas
 - a. Pelayanan Obat
 - 1) Pelayanan obat dilakukan oleh apoteker di ruang farmasi;
 - 2) Apabila Puskesmas tidak memiliki apoteker maka pelayanan obat dilakukan oleh tenaga teknis kefarmasian dengan pembinaan apoteker dari Dinas Kesehatan;
 - 3) Pelayanan obat mengacu pada daftar obat dalam Formularium Nasional
 - b. Penyediaan Obat
 - 1) Penyediaan obat menggunakan mekanisme *e-purchasing* berdasarkan e-katalog, bila terdapat kendala operasional dilakukan secara manual;
 - 2) Apabila jenis obat tidak tersedia di dalam Fornas dan harganya tidak terdapat dalam e-katalog, maka pengadaannya dapat menggunakan mekanisme pengadaan yang lain sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku tentang pengadaan barang/jasa pemerintah.
 - c. Penggunaan obat diluar Formularium Nasional
Penggunaan obat di luar Fornas dapat digunakan jika sesuai indikasi medis dan standar pelayanan kedokteran serta biayanya sudah termasuk dalam kapitasi dan tidak boleh dibebankan kepada peserta.
7. Pelayanan kesehatan yang Tidak Dijamin Program JKN
 - a. Pelayanan Kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur.
 - b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan kecuali keadaan gawat darurat.
 - c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin 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 untuk tujuan estetik;
- f. Pelayanan yang dilakukan di luar negeri;
- g. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
- h. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
- i. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
- j. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan;
- k. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan;
- l. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi dan susu;
- m. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
- n. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
- o. Biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah, yaitu cedera yang berhubungan dengan kelalaian penatalaksanaan medis termasuk kesalahan terapi dan diagnosis, ketidaklayakan alat dan lain-lain kecuali komplikasi penyakit terkait;
- p. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

III. JENJANG DAN WILAYAH RUJUKAN

1. Jenjang Rujukan
 - a. Faskes Tingkat I sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat I adalah :
 - 1) Puskesmas dan jaringannya
 - 2) Puskesmas mampu PONE
 - b. Faskes Tingkat II/Spesialistik sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat II adalah rumah sakit umum daerah atau rumah sakit swasta;
 - c. Faskes Tingkat III/Sub Spesialistik sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat III adalah :
 - 1) Rumah Sakit Nasional meliputi :
 - a) Rumah Sakit Umum Pusat Nasional dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta
 - b) Rumah Sakit Umum Pusat Muhammad Husein Palembang.
 - 2) Rumah Sakit Provinsi meliputi :
 - a) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdul Moeloek Bandar Lampung
 - b) Rumah Sakit Umum Daerah Ahmad Yani Metro
 - c) Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Kabupaten Tulang Bawang
 - d) Rumah Sakit Jiwa Provinsi
 - 3) Balai laboratorium Kesehatan Provinsi
2. Wilayah Cakupan Rujukan Medis
 - a. Wilayah cakupan rujukan FKTP
 - 1) Wilayah Cakupan Rujukan 1 dengan fasilitas rujukan tertinggi adalah Puskesmas Krui, meliputi Puskesmas Lemong, Puskesmas Pugung Tampak, Puskesmas Pulau Pisang, Puskesmas Karya Penggawa dan Puskesmas Krui.
 - 2) Wilayah Cakupan Rujukan 2 dengan fasilitas rujukan tertinggi adalah Puskesmas Biha, meliputi Puskesmas Biha.
 - 3) Wilayah Cakupan Rujukan 3 dengan fasilitas rujukan tertinggi adalah Puskesmas Ngambur, meliputi Puskesmas Ngambur.
 - 4) Wilayah Cakupan Rujukan 4 dengan fasilitas rujukan tertinggi adalah Puskesmas Bengkuntat, meliputi Puskesmas Bengkuntat dan Puskesmas Bengkuntat Belimbing.

- b. Rujukan tertinggi di Kabupaten Pesisir Barat adalah RSUD Liwa, RSUD Kabupaten Tenggamus dan Rumah Sakit Umum Daerah Pringsewu
- c. Wilayah cakupan rujukan provinsi :
Rumah sakit sebagai rujukan tertinggi provinsi wilayah 3 adalah RSUD Pringsewu.
- d. Wilayah cakupan rujukan Kabupaten/Kota:
Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten
- e. Rujukan tertinggi di Provinsi Lampung adalah :
 - 1) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdul Moeloek Bandar Lampung
 - 2) Rumah Sakit Umum Daerah Ahmad Yani Metro
 - 3) Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Kabupaten Tulang Bawang
 - 4) Rumah Sakit Jiwa Provinsi
 - 5) Balai laboratorium Kesehatan Provinsi
- f. Wilayah cakupan rujukan nasional terdiri dari RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dan RSUP Muhammad Husein Palembang.

IV. PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - a. Setiap peserta harus terdaftar pada Puskesmas yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk memperoleh pelayanan;
 - b. Peserta menunjukkan kartu yang mempunyai nomor identitas peserta JKN;
 - c. Puskesmas melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta;
 - d. Puskesmas melakukan pemeriksaan kesehatan/pelayanan penunjang/pemberian tindakan/obat;
 - e. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan oleh Puskesmas;
 - f. Puskesmas melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan;
 - g. Bila berdasarkan hasil pemeriksaan dokter ternyata peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis, maka Puskesmas akan memberikan surat rujukan ke Rumah Sakit tipe C yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku;
 - h. Surat rujukan berlaku untuk periode maksimal 1 (satu) bulan sejak tanggal rujukan diterbitkan. Surat rujukan disediakan oleh Puskesmas dengan format sesuai ketentuan;
 - i. Puskesmas wajib menginput pelayanan yang diberikan ke dalam aplikasi Primary Care (P-Care) pelayanan FKTP.
2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
 - a. Peserta datang ke Puskesmas yang memiliki fasilitas rawat inap;
 - b. Faskes dapat melayani peserta yang terdaftar maupun peserta yang dirujuk dari FKTP rawat jalan lain;
 - c. Peserta menunjukkan kartu yang mempunyai nomor identitas peserta JKN;
 - d. Puskesmas melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta;
 - e. Puskesmas melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP);
 - f. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan oleh Puskesmas;
 - g. Puskesmas melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan dan wajib menginput pelayanan yang diberikan ke dalam aplikasi p-care pelayanan FKTP;
 - h. Peserta dapat dirujuk ke Rumah Sakit tipe C berdasarkan indikasi medis diperlukan.

3. Pelayanan Kegawatdaruratan (*Emergency*):
 - a. Pada keadaan kegawatdaruratan (*emergency*), seluruh Puskesmas wajib memberikan pelayanan penanganan pertama kepada peserta JKN;
 - b. Fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan gawat darurat tidak diperkenankan menarik biaya kepada peserta.

V. BESARAN TARIF

1. Tarif Kapitasi

Besarnya tarif kapitasi berdasarkan seleksi dan kredensialing yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan dan komitmen pelayanan yang diberikan Puskesmas.

a. Tarif kapitasi Puskesmas ditetapkan sebagai berikut :

No	Faskes Tingkat Pertama	Tarif (Rp)
1	Puskesmas	3.000-6.000

Penetapan besaran tariff kapitasi berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

b. Adapun norma besaran tarif kapitasi sebagai berikut :

No	Ketersediaan	Tarif Kapitasi Puskesmas					
		1	2	3	4	5	6
1	1 Dokter Umum						
2	Minimal 2 Dokter Umum						
3	Dokter Gigi						
4	Bidan/Perawat						
5	Pelayanan Obat						
6	Laboratorium Sederhana						
		6.000	5.500	5.000	4.500	3.500	3.000

2. Tarif Non Kapitasi

A. Rawat Inap Tingkat Pertama

- b. Tarif rawat inap di Puskesmas diberlakukan dalam bentuk paket.
- c. Tarif rawat inap di Puskesmas ditetapkan sebagai berikut :

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1	Rawat Inap di Puskesmas	120.0 per hari

B. Pelayanan Kebidanan dan Neonatal termasuk KB

- a. Pemeriksaan ANC sekurang-kurangnya dilakukan 4 kali, dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester pertama kehamilan, 1 kali pada trimester kedua kehamilan, dan 2 kali pada trimester ketiga kehamilan.
- b. Pemeriksaan ANC berupa pengukuran tinggi badan dan berat badan, pemeriksaan tekanan darah, pengukuran lingkaran lengan atas, pemeriksaan tinggi fundus uteri, pemeriksaan denyut jantung janin dan posisi janin, skrining status dan pemberian imunisasi tetanus toksoid, pemberian tablet tambah darah dan asam folat, serta temu wicara.

- c. Pemeriksaan ANC berupa pemeriksaan laboratorium rutin meliputi pemeriksaan kadar hemoglobin dan pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil wajib dilakukan oleh pemberi pelayanan antenatal yang memiliki alat pemeriksaan laboratorium tersebut.
- d. Pertolongan persalinan normal;
- e. Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas PONED meliputi penatalaksanaan untuk mengatasi kegawatdaruratan medik, perdarahan pada kehamilan muda (abortus), preeklamsia, eklamsia, dan persalinan macet (distosia).
- f. Pemeriksaan PNC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 3 (tiga) kali pelayanan ibu nifas dan 3 (tiga) kali pelayanan neonatal. yaitu :
 - 1) Kunjungan pertama untuk Kf1 dan KN1 (6 jam s/d hari ke-2)
 - 2) Kunjungan kedua untuk KN2 (hari ke-3 s/d hari ke-7)
 - 3) Kunjungan ketiga untuk Kf2 dan KN3 (hari ke-8 s/d hari ke-28)
 - 4) Kunjungan keempat untuk Kf3 (hari ke-29 s/d hari ke-42)
- g. Pelayanan ibu nifas meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu; pemeriksaan tinggi fundus uteri; pemeriksaan lochia dan pengeluaran pervaginam lainnya; pemeriksaan payudara dan dukungan pemberian ASI Eksklusif; pemberian vitamin A; pelayanan KB pasca persalinan; konseling dan edukasi perawatan kesehatan; serta penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada ibu nifas.
- h. Pelayanan neonatal meliputi pelayanan neonatus dengan menggunakan Form Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), memastikan pemberian vitamin K1, salep mata antibiotika dan imunisasi hepatitis B0, perawatan tali pusat serta konseling terkait dengan pemberian ASI Eksklusif, perawatan tali pusat, deteksi dini tanda bahaya dan pencegahan infeksi.
- i. Pelayanan tindakan pasca persalinan di Puskesmas PONED meliputi penatalaksanaan untuk mengatasi kegawatdaruratan medik, perdarahan pasca persalinan, preeklamsia, eklamsia, dan infeksi nifas.
- j. Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal dilaksanakan di Puskesmas PONED.
- k. Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal meliputi:
 - 1) Tindakan untuk menjamin kelancaran jalan nafas, pemulihan sistem respirasi, dan sirkulasi;
 - 2) Tindakan untuk menghentikan sumber perdarahan atau infeksi;
 - 3) Tindakan untuk mengganti cairan tubuh yang hilang;
 - 4) Tindakan untuk mengatasi rasa nyeri atau gelisah; dan/atau
 - 5) Tindakan pemberian obat/medikamentosa sesuai indikasi.
- l. Pelayanan KB pasca persalinan dilakukan hingga 42 hari pasca persalinan.
- m. Penanganan komplikasi KB pasca persalinan.
- n. Hasil Pelayanan kebidanan, neonatal dan KB dicatat pada Kartu Ibu dan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (buku KIA) dan wajib dibawa peserta pada setiap kunjungan.

o. Tarif jasa pelayanan kebidanan dan neonatal ditetapkan sebagai berikut :

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)
1	Pemeriksaan ANC` (4 kali pemeriksaan) Trimester I : 1 kali Trimester II : 1 kali Trimester III : 2 kali	200.000 paket
2	Persalinan pervaginam normal	600.000
3	Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas Poned	750.000
4	Pemeriksaan PNC - 1 kali KF1-KN1 - 1 kali KN 2 - 1 kali KF2-KN3 - 1 kali KF3	25.000 per Kunjungan
5	Pelayanan tindakan paska persalinan di Puskesmas Poned	175.000
6	Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal	125.000
7	Pelayanan KB - Pemasangan atau pencabutan IUD/Implant - Suntik (setiap kali suntik) - Penanganan komplikasi KB pasca persalinan - Pelayanan KB MOP/Vasektomi	100.000 15.000 125.000 350.000

C. Pelayanan ambulan

- a. Pelayanan ambulan berupa kendaraan darat maupun air merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu, antar fasilitas kesehatan disertai dengan upaya atau menjaga kestabilan kondisi pasien dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.
- b. Penghitungan tarif pelayanan ambulan berpedoman pada Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Barat tentang Retribusi Jasa Umum.
- c. Pelayanan ambulan hanya diberikan untuk :
 - 1) Rujukan dari Puskesmas ke Puskesmas atau Faskes pratama lainnya;
 - 2) Dari Puskesmas ke faskes lanjutan.
- d. Pelayanan ambulan yang tidak dijamin antara lain :
 - 1) Jemput pasien dari selain Faskes (rumah, jalan, lokasi lain);
 - 2) Mengantar pasien ke selain faskes;
 - 3) Rujukan farsial (antar jemput pasien atau spesimen dalam rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau tindakan yang merupakan rangkaian perawatan pasien disalah satu faskes);
 - 4) Ambulan/mobil jenazah; dan
 - 5) Pasien rujuk balik rawat jalan.

D. Pelayanan obat rujuk balik

- a. Pelayanan obat rujuk balik diberikan oleh ruang farmasi Puskesmas.
- b. Dalam hal ruang farmasi Puskesmas belum dapat melakukan pelayanan obat rujuk balik, maka pelayanan obat rujuk balik disediakan oleh apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan
- c. Obat rujuk balik diberikan untuk penyakit Diabetes Melitus, Hipertensi, Jantung, Asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), Epilepsi, Gangguan Kesehatan Jiwa Kronik, Stroke, dan Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) dan penyakit kronis lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan bersama

organisasi profesi terkait;

- d. Peresepan obat program rujuk balik harus sesuai dengan obat rujuk balik yang tercantum dalam Formularium Nasional.
- e. Harga Obat Program Rujuk Balik yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan mengacu pada harga dasar obat sesuai *E-Catalogue* ditambah biaya pelayanan kefarmasian.
- f. Besarnya biaya pelayanan kefarmasian adalah faktor pelayanan kefarmasian dikali Harga Dasar Obat sesuai *E-Catalogue*.
- g. Faktor pelayanan kefarmasian adalah sebagai berikut :

No	Harga Dasar Satuan Obat	Faktor Pelayanan
1	< Rp.50.000,-	0,28
2	Rp.50.000,- sampai dengan Rp.250.000,-	0,26
3	Rp.250.000,- sampai dengan Rp.500.000,-	0,21
4	Rp.500.000,- sampai dengan Rp.1.000.000,-	0,16
5	Rp.1.000.000,- sampai dengan Rp.5.000.000,-	0,11
6	Rp.5.000.000,- sampai dengan Rp.10.000.000,-	0,09
7	≥ Rp.10.000.000,-	0,07

E. Pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik

- a. Pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik di Puskesmas terdiri dari Pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS), Pemeriksaan gula darah puasa (GDP), dan Pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP).
- b. Pemeriksaan penunjang rujuk balik dilakukan untuk satu bulan satu kali.
- c. Dalam keadaan tertentu, pemeriksaan gula darah sewaktu dilakukan sesuai indikasi medis.
- d. Tarif pemeriksaan darah ditetapkan sebagai berikut :

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)	Keterangan
1	Pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS)	12.500	Sesuai indikasi medis
2	Pemeriksaan gula darah puasa (GDP)	12.500	1 bulan 1 kali
3	Pemeriksaan gula darah <i>Post Prandial</i> (GDPP).	12.500	1 bulan 1 kali

F. Pelayanan Skrining Kesehatan

- a. Pelayanan skrining kesehatan tertentu diberikan secara perorangan dan selektif untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan meliputi Diabetes melitus tipe II, Hipertensi, Kanker leher rahim, Kanker payudara, dan Penyakit lain yang ditetapkan Menteri;
- b. Pelayanan skrining kesehatan penyakit Diabetes melitus tipe II dan Hipertensi dimulai dengan analisis riwayat kesehatan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali.
- c. Deteksi kanker rahim melalui pemeriksaan *Inpeksi Visual Asetat (IVA)* dan Pap Smear;
- d. Deteksi kanker payudara melalui Pemeriksaan metode Clinical Breast Examination (CBE).

Tarif pelayanan skrining kesehatan :

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)	Keterangan
1	Skrining riwayat kesehatan	1.000,-	Bentuk paket biaya formulir dan entri ke dalam aplikasi.
2	Pemeriksaan IVA	25.000,-	di-entri ke dalam aplikasi oleh FKTP
3	Pemeriksaan Pap Smear	125.000,-	di-entri ke dalam aplikasi oleh FKTL
4	Terapi Krio	150.000,-	Untuk kasus IVA positif
5	Pemeriksaan GDS, GDP dan GDPP	12.500,-	

VI. TATA CARA PEMBAYARAN OLEH BPJS KESEHATAN KE PUSKESMAS

1. Pembayaran dana Kapitasi dan Non Kapitasi dari BPJS kesehatan dilakukan langsung melalui rekening dana kapitasi JKN pada Puskesmas dan diakui sebagai pendapatan.
2. Tata Cara Pembayaran Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - a. Biaya pelayanan RJTP dibayar dengan Kapitasi didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di Puskesmas sesuai dengan data BPJS Kesehatan.
 - b. Ketentuan mutasi tambah kurang peserta
 - 1) Peserta lama yang melakukan penggantian FKTP.
 - a) Apabila peserta melakukan perpindahan (mutasi) dari FKTP ke FKTP lainnya pada bulan berjalan, maka perhitungan kapitasi pada FKTP yang baru akan dihitung pada bulan berikutnya.
 - b) Peserta yang melakukan mutasi pada bulan berjalan tidak dapat langsung mendapatkan pelayanan di FKTP yang baru sampai dengan bulan berjalan selesai. Peserta berhak mendapatkan pelayanan di FKTP yang baru pada bulan berikutnya.
 - 1) Peserta baru
 - a) Peserta yang baru masuk pada tanggal 1 s.d 31 bulan berjalan, dapat langsung dilayani meskipun kapitasi belum dibayarkan.
 - b) Perhitungan kapitasi dengan penambahan peserta baru yang masuk pada tanggal 1 s.d 31 bulan berjalan, maka kapitasi pada bulan berjalan tersebut akan dibayarkan dengan menambahkan pada pembayaran kapitasi pada bulan berikutnya.
 - b. Pembayaran kapitasi kepada Puskesmas dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan.
3. Tata Cara Pembayaran Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
 - a. Pembayaran dana non Kapitasi pelayanan JKN oleh BPJS Kesehatan di Puskesmas secara klaim dilakukan secara kolektif setiap bulan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya;
 - b. adapun berkas klaim yang diajukan meliputi :
 - 1) Kuitansi asli rangkap 3 (tiga) bermaterai.
 - 2) FPK rangkap 3 (tiga).
 - 3) Rekapitulasi pelayanan
 - a) Nama penderita
 - b) Nomor identitas
 - c) Alamat dan nomor telepon pasien
 - d) Diagnosa penyakit
 - e) Tanggal masuk dan keluar perawatan
 - f) Jumlah hari rawat
 - g) Besaran tarif paket

- h) Jumlah tagihan paket RITP (Besaran tarif paket dikalikan jumlah hari rawat)
 - i) Jumlah seluruh tagihan.
- 4) Berkas pendukung masing-masing pasien
- a) Fotocopy kartu identitas peserta
 - b) Surat perintah rawat inap dari dokter
 - c) Bukti pelayanan ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga
5. Tata Cara Pembayaran Pelayanan Ambulan
- a. Pengajuan klaim ambulan diajukan ke BPJS Kesehatan oleh Puskesmas secara kolektif setiap bulan atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya;
1. Adapun berkas klaim yang diajukan meliputi :
- 1) Kuitansi asli rangkap 3 (tiga) bermaterai
 - 2) FPK rangkap 3 (tiga)
 - 3) Rekapitulasi pelayanan
 - a) Nama penderita
 - b) Nomor identitas
 - c) Alamat dan nomor telpon pasien
 - d) Diagnosa penyakit
 - e) Tanggal pelayanan
 - f) Faskes perujuk
 - g) Faskes tujuan
 - g) Jarak (km)
 - h) Besaran tarif
 - g) Jumlah seluruh tagihan.
 - 4) Berkas pendukung masing-masing pasien
 - a. Fotocopy kartu identitas peserta
 - b. Surat keterangan medis dari dokter yang merawat yang menerangkan kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk.
 - c. Bukti pelayanan ambulan yang memuat informasi tentang : Identitas pasien, waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari faskes perujuk dan jam tiba di faskes tujuan), faskes perujuk, faskes tujuan, tanda tangan dan cap dari faskes perujuk dan faskes tujuan, tanda tangan pasien atau anggota keluarga.
6. Pembayaran klaim pelayanan rawat inap termasuk pelayanan kebidanan, dan persalinan, serta pelayanan ambulan dilaksanakan selambat-lambatnya 15 (lima belas) hari kerja setelah berkas diterima lengkap.
7. Kadaluarsa klaim pelayanan rawat inap, pelayanan kebidanan dan persalinan, serta pelayanan ambulan adalah 2 (dua) tahun terhitung sejak pelayanan diberikan.

VII. PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA KAPITASI

- 1. Kepala Puskesmas menyampaikan rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN kepada Kepala Dinas Kesehatan dan dianggarkan dalam RKA-SKPD Dinkes;
- 2. Dana kapitasi yang diterima Puskesmas, 70% diantaranya digunakan untuk jasa pelayanan dan 30% untuk biaya operasional pelayanan kesehatan.
- 3. Jasa pelayanan kesehatan
 - a. Dana kapitasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan di Puskesmas;
 - b. Pembagian jasa pelayanan ditetapkan dengan menggunakan variabel Jenis Ketenagaan dan/atau Jabatan, variabel Kehadiran, variabel Kinerja, variabel Status Kepegawaian, dan variabel Masa Kerja.

- c. Variabel jenis ketenagaan dan atau jabatan dinilai sebagai berikut :
 - 1) Tenaga medis (dokter umum dan dokter gigi) diberi nilai 150
 - 2) Tenaga apoteker atau tenaga profesi keperawatan (Ners) diberi nilai 100
 - 3) Tenaga kesehatan setara S1/D4 diberi nilai 60
 - 4) Tenaga non kesehatan setara D3, tenaga kesehatan D3 atau tenaga kesehatan dibawah D3 dengan masa kerja lebih 10 tahun diberi nilai 40
 - 5) Tenaga kesehatan dibawah D3 diberi nilai 25, dan
 - 6) Tenaga non-kesehatan dibawah D3 diberi nilai 15
 - 7) Tenaga kesehatan yang merangkap tugas administratif sebagai Kepala Puskesmas, Kepala Sub Bagian Tata Usaha dan Bendahara JKN diberi tambahan nilai 30.
 - d. Variabel kehadiran dinilai sebagai berikut :
 - 1) Hadir setiap hari kerja diberi nilai 1 per hari
 - 2) Tidak hadir dikurangi 1 nilai per hari
 - 3) Terlambat hadir atau pulang sebelum waktunya diakumulasi sampai dengan 7 (tujuh) jam dikurangi 1 nilai
 - 4) Ketidakhadiran karena sakit dan/atau penugasan ke luar Puskesmas dikecualikan dalam penilaian kehadiran.
 - 5) Bagi Pegawai yang tidak hadir lebih dari 5 hari bukan karena sakit atau penugasan keluar, tidak berhak menerima dana Kapitasi.
 - a. Variabel Kinerja/beban kerja dinilai sebagai berikut :
 - 1) Kepala Puskesmas diberikan tambahan nilai 200.
 - 2) Bendahara JKN diberikan tambahan nilai 150
 - 3) Anggota pengelola JKN (3 orang) diberikan tambahan nilai 30 per orang.
 - 4) Staf yang memegang 1 program/unit pelayanan diberikan nilai 10, kecuali :
 - a. Bidan koordinator diberikan nilai : 15
 - b. Surveilans diberikan nilai : 15
 - c. Petugas laboratorium : 15
 - b. Variabel Status Kepegawaian dinilai sebagai berikut :
 - 1) PNS diberikan nilai 25.
 - 2) CPNS diberikan nilai 5.
 - c. Variabel Masa Kerja dinilai sebagai berikut :
 - 1) PNS masa kerja 0 tahun-5 tahun diberikan nilai 5.
 - 2) PNS masa kerja 5 tahun lebih 1 (satu) hari-10 tahun diberikan nilai 10.
 - 3) PNS masa kerja 10 tahun lebih 1 (satu) hari-15 tahun diberikan nilai 15
 - 4) PNS masa kerja 15 tahun lebih 1 (satu) hari-20 tahun diberikan nilai 20
 - 5) PNS masa kerja 20 tahun lebih 1 (satu) hari-25 tahun diberikan nilai 25
 - 6) PNS masa kerja di atas 25 tahun lebih 1 (satu) hari diberikan nilai 30.
 - d. Jumlah jasa pelayanan kesehatan yang diterima oleh masing-masing tenaga kesehatan dihitung dari Jumlah Nilai Tenaga dibagi Jumlah Nilai Total dikali Total Jasa Pelayanan.
 - 1) Jumlah Nilai Perorangan adalah jumlah seluruh poin ketenagaan, poin kehadiran, poin kinerja, poin status kepegawaian dan poin masa kerja
 - 2) Jumlah Nilai Total adalah penjumlahan seluruh Jumlah Nilai perorangan.
 - 3) Total Jasa Pelayanan adalah 70% dana kapitasi yang diterima Puskesmas
4. Biaya operasional pelayanan kesehatan
- a. Dana kapitasi untuk dukungan biaya operasional pelayan kesehatan dimanfaatkan untuk :
 - 1) Obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai
 - 2) Kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya
 - b. Kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya berupa :

- 1) Upaya kesehatan perorangan berupa kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif lainnya. Untuk kegiatan ini dana yang ada antara lain dapat dibelanjakan seperti biaya makan-minum, Jasa profesi Narasumber, foto copy bahan, service ringan alat kesehatan, perjalanan.
 - 2) Kunjungan rumah dalam rangka upaya kesehatan perorangan. Dana yang ada antara lain dapat dibelanjakan seperti perjalanan, uang harian.
 - 3) Operasional untuk Puskesmas keliling. Dana yang ada antara lain dapat dibelanjakan seperti Bahan Bakar Minyak (BBM), penggantian Oli, suku cadang kendaraan pusling.
 - 4) Bahan cetak atau alat tulis kantor, dan/atau
 - 5) Administrasi keuangan dan sistem informasi. Dana yang ada antara lain dapat dibelanjakan seperti perjalanan, uang harian, foto copy bahan, belanja piranti keras dan piranti lunak dalam mendukung implementasi sistem informasi JKN, biaya operasional sistem informasi.
5. Transport ke kabupaten dan pekon
- a. Transport petugas kesehatan dari Puskesmas ke kabupaten dan ke pekon ataupun sebaliknya berpedoman pada Peraturan Penjabat Bupati Pesisir Barat Nomor 05 Tahun 2013 tentang Biaya Perjalanan Dinas Bagi Pejabat Daerah dan Pegawai negeri Sipil Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Pesisir Barat.
 - b. Biaya yang ditetapkan adalah transport dengan kendaraan umum (angkutan umum, ojek, dan sebagainya), sedangkan biaya dengan kendaraan dinas (mobil dan sepeda motor) sesuai dengan jumlah BBM yang diperlukan.

VIII. PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA NON KAPITASI

1. Puskesmas mengusulkan dalam bentuk program dan kegiatan pada RKA-DPA SKPD Dinas Kesehatan.
2. Dana non kapitasi rujukan ambulan berdasarkan Peraturan Daerah tentang retribusi jasa umum dan disesuaikan dengan ketentuan tarif non kapitasi JKN;
3. Dana non kapitasi Puskesmas pada rawat inap dimanfaatkan untuk :

No	Jenis Pelayanan	Jasa Puskesmas	Rekam Medis	Jasa Pelayanan	JASA petugas Gizi	Bahan Makanan	Jumlah
1	Rawat Inap	15.000	3.000	72.000	5.000	25.000	120.000

4. Dana non kapitasi pada pelayanan kebidanan dan neonatal pada Puskesmas dimanfaatkan untuk :

No	Jenis Pelayanan	Jasa Puskesmas	Rekam Medik	Jasa Pelayanan	Jumlah
1	Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas Poned	145.000	5.000	600.000	750.000
2	Pelayanan tindakan paska persalinan di Puskesmas Poned	35.000	5.000	135.000	175.000
3	Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan Neonatal	25.000	5.000	95.000	125.000
4	Pelayanan KB MOP/Vasektomi	77.500	10.000	262.500	350.000
5	Penanganan komplikasi KB pasca persalinan	25.000	5.000	95.000	125.000

5. Dana Non Kapitasi pelayanan kebidanan dan neonatal pada Bidan Desa dan Bidan Jaringan dimanfaatkan untuk jasa pelayanan bidan desa dan bidan jaringan.

6. Dana Non Kapitasi pelayanan penunjang dimanfaatkan untuk :

No	Jenis Pelayanan	Jasa Puskesmas	Rekam Medik	Jasa Pelayanan	Jumlah
1	Pemeriksaan Gula darah sewaktu, Gula darah puasa (GDP), Gula darah <i>Post Prandial</i> (GDPP)	2.000	1.000	9.500	12.500
2	Pemeriksaan <i>Inpeksi Visual Asetat (IVA)</i>	4.000	1.000	20.000	25.000

IX. PELAKSANAAN, PENATAUSAHAAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN

1. Untuk menyelenggarakan fungsi perbendaharaan dana kapitasi JKN, Bupati mengangkat Bendahara dan menetapkan Rekening Dana Kapitasi JKN pada Puskesmas atas usul Kepala Dinas Kesehatan melalui Kepala Dinas PPKAD.
2. Rekening dana Kapitasi JKN pada FKTP merupakan bagian dari rekening BUD;
3. Pembayaran dana kapitasi oleh BPJS Kesehatan langsung ke rekening Puskesmas dan diakui sebagai pendapatan;
4. Tata cara pencatatan dan penyampaian laporan realisasi pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN sebagai berikut:
 - a. Bendahara Dana Kapitasi JKN mencatat pendapatan dan belanja pada buku kas dan menyampaikannya setiap bulan kepada Kepala Puskesmas dengan melampirkan bukti-bukti pendapatan dan belanja yang sah paling lambat pada tanggal 2 bulan berikutnya untuk pengesahan oleh Kepala Puskesmas;
 - b. Berdasarkan buku kas tersebut, Bendahara Dana Kapitasi JKN menyusun laporan realisasi pendapatan dan belanja Puskesmas, selanjutnya Kepala Puskesmas menyampaikan laporan tersebut dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab Kepala Puskesmas setiap bulan kepada Kepala Dinas Kesehatan paling lambat pada tanggal 5 bulan berikutnya.
 - c. Berdasarkan laporan realisasi pendapatan dan belanja Kepala Puskesmas, Kepala Dinas Kesehatan menyampaikan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP3B) Puskesmas termasuk saldo yang belum digunakan setiap bulan kepada Dinas PPKAD untuk penerbitan Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) FKTP oleh Dinas PPKAD selaku Bendaharan Umum Daerah (BUD).
 - d. Pejabat Penatausahaan Keuangan Dinas Kesehatan dan Dinas PPKAD selaku BUD melakukan pembukuan atas pendapatan dan belanja Puskesmas sesuai SP2B Puskesmas berpedoman pada peraturan perundang-undangan.
 - e. Dalam hal pendapatan tidak digunakan seluruhnya, maka dapat digunakan untuk tahun anggaran berikutnya;
5. Kepala FKTP bertanggungjawab secara formal dan material atas pendapatan dan belanja dana Kapitasi JKN;
6. Pendapatan dan belanja disajikan dalam laporan keuangan SKPD dan laporan keuangan Pemerintah Daerah;

X. PENANGANAN KELUHAN

1. Prinsip penanganan keluhan
 - a. Obyektif yaitu penanganan keluhan harus berdasarkan fakta atau bukti yang dapat dinilai berdasarkan kriteria tertentu yang ditetapkan.

- c. Responsif yaitu setiap permasalahan ditangani secara cepat dan tepat.
 - d. Koordinatif yaitu penanganan keluhan dilaksanakan dengan kerjasama yang baik diantara terkait, berdasarkan mekanisme, tata kerja, dan prosedur yang berlaku, sehingga permasalahan dapat diselesaikan sebagaimana mestinya.
 - e. Efektif dan efisien yaitu penanganan keluhan dilaksanakan secara tepat sasaran, hemat tenaga, waktu, dan biaya.
 - f. Akuntabel yaitu proses penanganan keluhan dan tindak lanjutnya harus dapat dipertanggungjawabkan sesuai ketentuan dan prosedur yang berlaku.
 - g. Transparan yaitu penanganan keluhan dilakukan dengan mekanisme dan prosedur yang jelas dan terbuka.
2. Mekanisme Penanganan Keluhan
- Penanganan keluhan merupakan salah satu instrumen untuk menyelesaikan masalah pelayanan kesehatan, baik yang bersifat administratif maupun bersifat medis. Permasalahan bisa terjadi antara Peserta dengan Puskesmas; antara peserta dengan BPJS Kesehatan, antara BPJS Kesehatan dengan Puskesmas atau antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan;
- a. Apabila terjadi masalah antara peserta dengan Puskesmas atau antara Peserta dengan BPJS kesehatan atas pelayanan yang diberikan tidak memuaskan, maka peserta dapat mengajukan keluhan kepada Puskesmas dan diselesaikan secara musyawarah. Jika keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu ke BPJS Kesehatan dan Tim Monev Kabupaten selaku mediator.
 - b. Apabila terjadi masalah antara BPJS Kesehatan dengan puskesmas maka sebaiknya diselesaikan secara musyawarah. Jika penanganan keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu Tim Monev Kabupaten selaku mediator.
 - c. Apabila terjadi masalah antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan maka sebaiknya diselesaikan secara musyawarah. Jika penanganan keluhan tidak dapat diselesaikan, maka dapat diteruskan ke jenjang selanjutnya yaitu Tim Monev Kabupaten dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan selaku mediator.

XI. MONITORING DAN EVALUASI

1. untuk melaksanakan Monitoring dan Evaluasi (Monev) dibentuk Tim Monev Penyelenggaraan JKN di tingkat Kabupaten. Tim Monev dibentuk secara internal dan lintas program.
2. Tim Monev penyelenggaraan pelayanan JKN tingkat Kabupaten ditetapkan dengan SK kepala Dinas Kesehatan Provinsi.
3. Pelaksanaan monev penyelenggaraan pelayanan JKN mengacu pada pedoman monev penyelenggaraan pelayanan JKN.
4. Pelaksanaan Monev penyelenggaraan JKN aspek yang dimonitor Kepesertaan, Fasilitas Kesehatan, SDM Kesehatan, Obat dan Alat Kesehatan, utilitas pelayanan dan keuangan.
5. Evaluasi penyelenggaraan JKN aspek yang dievaluasi yaitu status kesehatan, kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, jaminan social.

XII. PENGAWASAN

1. Kepala SKPD Dinas Kesehatan dan Kepala FKTP melakukan pengawasan secara berjenjang terhadap penerimaan dan pemanfaatan dana kapitasi oleh bendahara dana kapitasi JKN;
2. Aparat Pengawas Internal Pemerintah Kabupaten melaksanakan pengawasan fungsional terhadap pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi.
3. Pengawasan dilakukan untuk menilai efektifitas , efisiensi dan akuntabilitas pengelolaan dan pemanfaatan dana Kapitasi;

XIII. PENGORGANISASIAN

1. Penunjukan Bendahara Dana Kapitasi JKN Puskesmas (Keputusan Bupati tersendiri)
2. Alokasi Dana Kapitasi JKN pada Puskesmas (Keputusan Bupati tersendiri)
3. Tim Monitoring Evaluasi JKN (Keputusan Kepala Dinas Kesehatan tersendiri)

XIV. PENUTUP

Dengan terbitnya Petunjuk Teknis ini diharapkan pengelolaan dana kapitasi dan non kapitasi di Puskesmas dapat berjalan efektif, efisien, transparan dan akuntabel, sehingga pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya dapat lebih optimal dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Pesisir Barat.

PENJABAT BUPATI PESISIR BARAT,

QUDROTUL IKHWAN