



BUPATI LAMPUNG SELATAN

PERATURAN BUPATI LAMPUNG SELATAN NOMOR 04. TAHUN 2014

TENTANG

PETUNJUK PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) PADA PELAYANAN KESEHATAN DASAR DI KABUPATEN LAMPUNG SELATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI LAMPUNG SELATAN,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin agar tercapai derajat kesehatan masyarakat secara optimal, perlu adanya pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS);
- b. bahwa untuk mendukung pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Lampung Selatan, dipandang perlu mengatur Petunjuk Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)) pada pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten Lampung Selatan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b diatas, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Lampung Selatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 4 Tahun 1956, Undang-Undang Darurat Nomor 5 Tahun 1956, Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Tingkat I termasuk Kota Praja dalam lingkungan Daerah Tingkat I Sumatera Selatan sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1821);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia, Nomor 4437), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4548);
5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
6. 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 4436);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Pertauran Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
9. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor);
10. 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);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2007 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor);
13. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;

14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarf Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
15. Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Selatan Nomor 06 Tahun 2008 tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Lampung Selatan sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Selatan Nomor 23 Tahun 2012 (Lembaran Daerah Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2012 Nomor 23, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Lampung Selatan Nomor 23).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG PETUNJUK PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) PADA PELAYANAN KESEHATAN DASAR DI KABUPATEN LAMPUNG SELATAN.**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Daerah Kabupaten Lampung Selatan.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah Kabupaten Lampung Selatan.
3. Bupati adalah Bupati Lampung Selatan.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Lampung Selatan.
5. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan.
6. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan.
7. Unit Pelaksana Teknis selanjutnya disingkat UPT adalah Unit Pelaksana Teknis Pusat Kesehatan Masyarakat yang ada di Kabupaten Lampung Selatan.
8. Kepala UPT adalah Kepala Unit Pelaksana Teknis kesehatan masyarakat yang ada di Kabupaten Lampung Selatan.
9. 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 dan/atau iuran dibayar oleh pemerintah.

10. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
11. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.
12. Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.
13. Masyarakat Miskin adalah masyarakat yang berdasarkan kriteria Pemerintah ditetapkan dalam Keputusan Bupati sebagai kategori tidak mampu secara ekonomi.
14. Rumah Sakit Umum Daerah selanjutnya disebut RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Bob Bazar, SKM Kalianda.
15. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Puskesmas yang ada di Kabupaten Lampung Selatan.
16. Jaringan Puskesmas adalah Puskesmas Pembantu, Poskesdes dan Bidan Desa.
17. Surat Keterangan Tidak Mampu yang selanjutnya disingkat SKTM adalah surat yang dikeluarkan oleh Pemerintah Desa/Lurah.
18. Kapitasi adalah cara pelayanan yang bersifat pra-upaya (Prospektif) yang dilakukan Kementerian Kesehatan kepada Puskesmas untuk masyarakat miskin dengan memperhitungkan jumlah peserta yang terdaftar.
19. Pelayanan menyeluruh adalah pelayanan kesehatan yang meliputi upaya peningkatan kesehatan (Promotif), pencegahan penyakit (Preventif), pengobatan penyakit (Kuratif), dan pemulihan Kesehatan (Rehabilitatif).
20. Retribusi Pelayanan kesehatan adalah pembayaran atas pelayanan kesehatan di Puskesmas, Puskesmas Keliling, Puskesmas Pembantu, Balai Pengobatan, Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) dan Rumah Sakit Umum Daerah tidak termasuk pelayanan pendaftaran.
21. Jasa Pelayanan Kesehatan adalah jasa yang diberikan kepada tenaga kesehatan dalam rangka observasi, diagnosa, pengobatan atau pelayanan kesehatan lainnya.
22. Manajemen dan operasional Puskesmas adalah kegiatan pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan kesehatan dasar, penguatan manajemen puskesmas, peningkatan mutu pelayanan kesehatan baik di dalam gedung maupun diluar gedung.

23. Managed care adalah system yang menyeimbangkan antara peningkatan mutu dan pengendalian biaya pelayanan kesehatan.
24. Visit rate adalah jumlah kunjungan baru dan kunjungan lama masyarakat miskin perbulan dibagi jumlah masyarakat miskin yang ada diwilayah tersebut dikalikan 100% (seratus persen).
25. Jasa pelayanan adalah imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan pada orang sakit dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medis, tindakan bersama dan/atau pelayanan lainnya yang terdiri atas jasa sarana, jasa medis dan jasa paramedik.
26. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan di poliklinik terhadap orang yang datang untuk keperluan konsultasi, observasi, diagnosis, pengobatan, Rehabilitasi medik, dan/atau Pelayanan Kesehatan lainnya tanpa tinggal dirawat inap.
27. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, Rehabilitasi medik, dan/atau Pelayanan Kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Maksud Peraturan ini adalah untuk memberikan arah dan acuan teknis dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- (2) Tujuan Peraturan ini adalah sebagai berikut :
 - a. memberikan kepastian hukum tentang ketentuan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam rangka manajemen kesehatan masyarakat di daerah; dan
 - b. memberikan pedoman teknis bagi Puskesmas dan Jaringannya.

BAB III PRINSIP PENYELENGGARAAN

Pasal 3

- (1) Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilakukan dengan prinsip portabilitas, managed care, dan dilakukan untuk pelayanan kesehatan yang menyeluruh.
- (2) Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilakukan berdasarkan kendali mutu dan kendali biaya.

BAB IV KEPESERTAAN

Pasal 4

- (1) Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah masyarakat yang Kepala Keluarga dan anggota keluarganya telah didata dengan kriteria antara lain :
 - a. keluarga miskin dan tidak mampu;
 - b. gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar; dan
 - c. semua peserta Program Keluarga Harapan (PKH).

- (2) Masyarakat yang nama Kepala Keluarga dan anggota keluarganya telah didata dengan kriteria keluarga miskin dan tidak mampu didaftarkan menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan akan diterbitkan kartu peserta oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan melampirkan persyaratan sebagai berikut :
 - a. Kartu Tanda Penduduk (KTP);
 - b. Kartu Keluarga (KK) ; dan
 - c. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dari Desa/Kelurahan.

- (3) Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diluar penduduk daerah dan/atau tidak mempunyai kartu kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dipungut bayaran sesuai dengan tarif dan ketentuan yang berlaku serta dana tersebut dapat dipergunakan langsung oleh Puskesmas sesuai dengan ketentuan Peraturan yang berlaku.

Pasal 5

- (1) Untuk menjaga ketepatan sasaran dan menghindari penyalahgunaan identitas peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilakukan verifikasi kepesertaan.
- (2) Apabila ditemukan ketidaktepatan sasaran dan/atau penyalahgunaan identitas peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kepala Puskesmas wajib memberitahukan kepada Kepala Dinas.

BAB V PROSEDUR PELAYANAN

Pasal 6

- (1) Setiap peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan dari Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) harus menunjukkan Kartu Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- (2) Pelayanan Kesehatan Rujukan dapat dilakukan sesuai indikasi medis dan berjenjang dari Pemberi Pelayanan Kesehatan I (PPK I) kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan II (PPK II) berdasarkan kompetensi medis serta memperhatikan prinsip wilayah. Untuk memperoleh pelayanan kesehatan ditempat Pemberi Pelayanan Kesehatan II (PPK II), peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) harus menunjukkan identitas terdiri dari :

- a. kartu peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) asli; dan
 - b. surat rujukan dari Puskesmas.
- (3) Pelayanan Gawat Darurat tanpa rujukan dari Puskesmas persyaratannya sama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b serta harus dilengkapi paling lambat dalam waktu 3 x 24 jam (tiga kali dua puluh empat jam).

BAB VI

RUANG LINGKUP PELAYANAN

Pasal 7

Ruang lingkup pelayanan kesehatan dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi :

- a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dilaksanakan pada Puskesmas dan Jaringannya meliputi pelayanan :
 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;
 3. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
 4. pemeriksaan ibu hamil paket antenatal care (ANC) 4 x, nifas/PNC 3 x, ibu menyusui dan bayi;
 5. upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi;
 6. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 7. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 8. 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), feces sederhana (benzidin tes, mikroskopik cacing), gula darah sewaktu;
 9. pemeriksaan penunjang sederhana lain yang dapat dilakukan di faskes tingkat pertama;
 10. pelayanan rujuk balik pada faskes lanjutan; dan
 11. pelayanan prolanis dan home visit.
- b. jenis pemeriksaan, 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 pada faskes tingkat pertama sesuai dengan Panduan Praktik Klinik (PPK) dan standar kompetensi Dokter Indonesia yang berlaku.

c. pelayanan gigi meliputi :

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 sulung (topikal, infiltrasi);
6. pencabutan gigi permanen tanpa penyulit;
7. obat pasca ekstraksi; dan
8. tumpatan komposit/GIC.

d. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) dilaksanakan pada Puskesmas dan Jaringannya meliputi pelayanan :

1. administrasi pelayanan meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke faskes lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani pada 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; dan
8. pelayanan transfusi darah sesuai dengan indikasi medis.

e. Jenis pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis, tindakan medis non spesialis baik operatif maupun non operatif, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai serta pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama yang dilakukan pada faskes tingkat pertama sesuai dengan Panduan Praktik Klinik (PPK) dan standar kompetensi Dokter Indonesia yang berlaku.

Pasal 8

Pelayanan yang tidak dijamin Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah sebagai berikut :

- a. pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan;
- b. bahan alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetik;
- c. pemeriksaan kesehatan rutin (general check up);
- d. protesi gigi tiruan, alat bantu dengar, alat bantu gerak termasuk kursi roda, tongkat penyangga dan korset;

- e. penunjang diagnostik canggih, kecuali untuk penyelamatan kehidupan (life saving);
- f. pengobatan alternatif seperti akupuntur, pengobatan tradisional; dan
- g. rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapatkan keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi.

BAB VII LAYANAN TRANSPORTASI

Pasal 9

- (1) Kepala Puskesmas atau petugas yang ditunjuk mempunyai wewenang untuk menentukan berlaku atau tidaknya peserta menggunakan fasilitas transportasi dengan alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.
- (2) Pelayanan transportasi meliputi :
 - a. rujukan gawat darurat; dan
 - b. rujukan non emergency.
- (3) Pelayanan transportasi untuk Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dibatasi paling jauh lingkup wilayah Provinsi.
- (4) Transportasi rujukan termasuk untuk tenaga kesehatan pendamping.

BAB VIII MEKANISME KAPITASI PUSKESMAS

Pasal 10

- (1) Untuk kapitasi jasa pelayanan kesehatan dilakukan dengan cara sebagai berikut:
 - a. biaya kapitasi Puskesmas sesuai dengan pelayanan dengan tarif sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - b. biaya Pelayanan Rawat Inap di Puskesmas dengan tarif sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - c. setelah Puskesmas dan jaringannya mendapat pembayaran dana kapitasi dari Dinas Kesehatan, maka status dana tersebut berubah menjadi pendapatan / penerimaan fasilitas kesehatan.
 - d. dana pertolongan persalinan diajukan oleh Puskesmas melalui kepala Dinas Kesehatan setiap tanggal 5 (lima) bulan berikutnya, dengan melampirkan :
 - 1. surat pengantar permohonan dana yang sudah ditandatangani oleh Kepala UPT Puskesmas ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
 - 2. lembar persetujuan tim verifikasi;
 - 3. rekapitulasi seluruh biaya pelayanan klaim persalinan;

4. daftar pelayanan persalinan byname/byadres yang dilayani; dan
 5. kelengkapan berkas persyaratan.
- e. Usulan dana pertolongan persalinaan akan diverifikasi oleh Tim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan , setelah berkas persyaratan diterima dan dinyatakan lengkap, maka klaim dana persalinan tersebut akan dibayarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.
 - f. setelah tenaga kesehatan penolong persalinan melakukan pelayanan pertolongan persalinan dan mendapat pembayaran dari Tim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan maka status dana tersebut berubah menjadi pendapatan.
 - g. pendapatan tersebut seluruhnya dilaporkan oleh bendahara penerimaan kepada kantor kas daerah (tidak secara fisik) untuk dicatat dan dana tersebut dapat digunakan langsung untuk pembayaran jasa pelayanan persalinan normal dan diserahkan 100% (seratus persen) untuk jasa tenaga kesehatan penolong persalinan dan pajak penghasilan dari jasa pelayanan persalinan dipungut oleh penanggung jawab keuangan dan wajib disetor ke Kas Negara sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (2) Kapitasi transportasi rujukan dilaksanakan dengan penagihan dan dilengkapi dengan persyaratan antara lain sebagai berikut :
- a. blanko rujukan;
 - b. SPT rujukan; dan
 - c. bukti pengesahan dari tempat merujuk.

Pasal 11

- (1) Dana kapitasi pelayanan kesehatan pada Puskesmas dipergunakan untuk membiayai kegiatan antara lain sebagai berikut :
 - a. jasa pelayanan; dan
 - b. jasa sarana.
- (2) Pembayaran dilakukan dengan cara sebagai berikut :
 - a. Dinas Kesehatan membuka rekening atas nama instansi pada bank yang telah ditunjuk;
 - b. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) Kesehatan akan mentransfer dana kapitasi ke rekening Dinas Kesehatan setiap bulannya;
 - c. Dinas Kesehatan mentransfer dana kapitasi ke UPT Puskesmas sesuai dengan jumlah dana kapitasi yang dikirim oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan; dan
 - d. Dinas Kesehatan memberikan laporan penerimaan dana yang diterima kepada Pemerintah Daerah;

Pasal 12

Penggunaan dana kapitasi pelayanan kesehatan ditentukan sebagai berikut :

- a. jasa pelayanan sebesar 80 % (Delapan puluh persen) digunakan untuk :
 - 1. jasa Pelayanan Langsung sebesar 70% (Tujuh Puluh Persen); dan
 - 2. jasa Pelayanan Program sebesar 30% (Tiga Puluh Persen).
- b. jasa sarana sebesar 20 % (dua puluh persen).

Pasal 13

- (1) Jasa Pelayanan langsung digunakan untuk jasa pelayanan kesehatan bagi setiap petugas Puskesmas termasuk Puskesmas Pembantu, dan Pos Kesehatan Desa ditetapkan secara internal Puskesmas dengan memperhatikan beban kerja dan prestasi kerja setiap petugas dan dibayarkan oleh pemegang kas setelah mendapat persetujuan dari Kepala UPT Puskesmas, jasa pelayanan dibagikan kepada seluruh pegawai Puskesmas termasuk Puskesmas Pembantu dan Pos Kesehatan Desa.
- (2) Jasa Pelayanan program merupakan kegiatan yang dilaksanakan dengan mengacu kepada dokumen Perencanaan Terpadu Puskesmas (PTP) dengan melalui lokakarya mini, berupa kegiatan :
 - a. pertemuan/sosialisasi;
 - b. perjalanan dinas konsultasi;
 - c. perjalanan petugas rapat koordinasi tingkat Kabupaten;
 - d. transport petugas pembinaan ke desa/posyandu;
 - e. pertemuan rapat koordinasi/lokmin tingkat puskesmas;
 - f. pembelian bahan makanan penanggulangan BGM/Gizbur/KEK;
 - g. pembuatan media penyuluhan/promosi/informasi;
 - h. pembayaran pelayanan kesehatan luar gedung; dan
 - i. kegiatan preventif/promotif lainnya guna menunjang pelaksanaan program kesehatan.
- (3) Jasa Sarana meliputi kegiatan :
 - a. pembelian Alat Tulis Kantor (ATK) dan penggandaan/foto copy;
 - b. biaya belanja bahan /alat pendukung kegiatan pelayanan kesehatan dasar berupa obat-obatan dan perbekalan kesehatan (perbekes);
 - c. pengadaan sarana dan prasarana operasional berupa meubelair,alat kerja elektronik, alat kebersihan,dan alat sarana prasarana lainnya;
 - d. pemeliharaan kendaraan operasional puskesmas (Puskesmas keliling dan kendaraan dinas roda 2 (dua);
 - e. pemeliharaan (ringan) gedung dan tempat kerja;
 - f. pembayaran rekening listrik;
 - g. jasa langganan surat kabar; dan
 - h. jasa petugas kebersihan puskesmas.

Pasal 14

Pajak penghasilan dari jasa pelayanan kesehatan dipungut oleh penanggung jawab keuangan dan wajib disetor ke Kas Negara sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

BAB IX PENANGANAN KELUHAN

Pasal 15

Penanganan keluhan dilakukan melalui mekanisme sebagai berikut :

- a. pencatatan keluhan formal yakni dengan cara mencatat semua keluhan yang berasal dari surat, telepon, dan media masa dalam formulir khusus;
- b. penelitian dan pemeriksaan keluhan yakni dengan cara memeriksa dan meneliti kebenaran keluhan dan ditangani oleh unit sesuai dengan masalahnya dalam waktu 1 (satu) bulan;
- c. pemeriksaan formal yakni apabila peserta tidak puas dengan jawaban penanganan dan dilanjutkan dengan hearing dalam waktu 14 (empat belas) hari sesudah jawaban;
- d. hearing, yakni melalui tahapan :
 1. persetujuan dari Kepala Dinas atas permohonan hearing lengkap dengan penjelasan dan tanggal;
 2. pelaksanaan hearing sudah harus dilaksanakan dalam waktu 15 (lima belas) hari setelah tanggal persetujuan Dinas Kesehatan; dan
 3. peserta diberikan kesempatan untuk secara langsung mengemukakan keluhan kepada panel yang tidak berpihak, dan keputusan 10 (sepuluh) hari setelah hearing.
- e. arbitrase, yakni melalui tahapan sebagai berikut :
 1. apabila pada tahap hearing tidak diperoleh penyelesaian yang memuaskan maka dilakukan arbitrase oleh lembaga yang berwenang dan apabila tidak puas dilanjutkan penuntutan atau pengaduan; dan
 2. apabila upaya-upaya yang dilakukan pada tahapan sebelumnya gagal maka akan dilakukan tuntutan kepada lembaga lain dan merupakan jalan terakhir.

BAB X PELAPORAN DAN PEMBINAAN

Pasal 16

- (1) Puskesmas wajib memberikan laporan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ke Dinas Kesehatan, paling lambat setiap tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya.

- (2) Dinas wajib memberi pembinaan kepada Puskesmas dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

**BAB XI
KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 17

Hala-hal yang belum cukup diatur dalam Peraturan ini akan diatur lebih lanjut dengan Keputusan Bupati.

Pasal 18

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Kalianda
pada tanggal 3 JANUARI 2014

BUPATI LAMPUNG SELATAN,

RYCKQ MENOZA SZP

Diundangkan di Kalianda
pada tanggal 2014

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN,

ŞUTONO

BERITA DAERAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN TAHUN 2014 NOMOR 04