



**BUPATI PENAJAM PASER UTARA  
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR**

**PERATURAN BUPATI PENAJAM PASER UTARA  
NOMOR 45 TAHUN 2014**

**TENTANG**

**PETUNJUK TEKNIS  
PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI PENAJAM PASER UTARA,**

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 19 Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2012 tentang Jaminan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Penajam Paser Utara, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Petunjuk teknis Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah;
- Mengingat : 1. Pasal 28 H ayat (1) dan Pasal 34 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia;
2. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Penajam Paser Utara di Propinsi Kalimantan Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4182);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 1161, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

7. Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5589);
9. 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);
10. 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);
11. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah dua kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/068/I/2010 tentang kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 210/MENKES/PER/I/2012 tentang Petunjuk teknis bantuan Operasional Kesehatan (BOK).
15. 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;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional;
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/MENKES/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (UGD) Rumah Sakit;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.03.01/MENKES/146/I/2010 tentang Harga Obat Generik;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 328 Tahun 2013 tentang Formularium Nasional;
21. Keputusan Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan No.HK.02.03/IV/343/10 tentang Daftar Obat dan Perbekalan kesehatan untuk Pelayanan Kesehatan Dasar Tahun 2010;

22. Keputusan Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan No. 316/MENKES SK/III/2010 Tentang Harga Serum dan Vaksin Program Imunisasi Tahun 2010;
23. Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 14 Tahun 2006 tentang Pola Tarif Rumah Sakit Umum Daerah Propinsi Kalimantan Timur;
24. Keputusan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 14 tahun 2006 yang terdiri dari Jasa Sarana, Jasa Pelayanan dan obat Generik;
25. Peraturan Daerah Nomor 19 tahun 2009 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah di Kabupaten Penajam Paser Utara;
26. Peraturan Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Nomor 10 Tahun 2012 tentang Jaminan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Penajam Paser Utara (Lembaran Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Tahun 2012 Nomor 10);
27. Peraturan Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Nomor 11 Tahun 2012 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Penajam Paser Utara (Lembaran Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Tahun 2012 Nomor 10);
28. Peraturan Bupati Nomor 30 tahun 2009 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Jaminan Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara (Berita Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Tahun 2009 Nomor 30);

- Memperhatikan:
1. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
  2. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta BPJS Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;

#### **MEMUTUSKAN:**

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH.**

#### **Pasal 1**

Dengan Peraturan Bupati Ini, diatur Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah.

## **Pasal 2**

(1) Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah sebagaimana dimaksud dalam pasal 1, terdiri dari:

BAB I : Pendahuluan;

BAB II : Ruang Lingkup Program Jaminan Pelayanan Kesehatan, Kepesertaan Dan Prosedur Pelayanan;

BAB III : Dukungan Obat Dan Perbekalan Kesehatan Untuk Pelayanan;

BAB IV : Pembiayaan;

BAB V : Pengujian Tagihan;

BAB VI : Penutup.

(2) Uraian Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

## **Pasal 3**

Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 dipergunakan sebagai pedoman teknis dalam pelaksanaan pemberian Jaminan pelayanan Kesehatan Daerah di Kabupaten Penajam Paser Utara.

## **Pasal 4**

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan peraturan bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara.

Ditetapkan di Penajam  
pada tanggal 2 Desember 2014

**BUPATI PENAJAM PASER UTARA,**

Ttd

**H. YUSRAN ASPAR**

Diundangkan di Penajam  
pada tanggal 4 Desember 2014

**Plt. SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA,**

Ttd

**H. TOHAR**

**BERITA DAERAH KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA TAHUN 2014 NOMOR 45.**

**Lampiran: PERATURAN BUPATI PETAJAM PASER UTARA  
NOMOR : 45 TAHUN 2014  
TANGGAL: 2 DESEMBER 2014**

---

**PETUNJUK TEKNIS  
PELAKSANAAN  
JAMINAN KESEHATAN DAERAH**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena hanya atas perkenan-Nya sehingga Petunjuk Teknis Jaminan Kesehatan Daerah ini dapat diterbitkan. Petunjuk Teknis Jaminan Kesehatan Daerah ini merupakan hasil revisi dari juknis sebelumnya yang dilakukan sinkronasi dengan fakta lapangan dan perubahan beberapa regulasi terkait metode jaminan pelayanan kesehatan di Daerah pada khususnya dan secara Nasional pada umumnya.

Pelayanan Jaminan Kesehatan sebagai salah satu bentuk pelayanan profesional Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara yang teknis pelaksanaannya dikelola dan dilaksanakan oleh UPT. Jaminan Kesehatan Daerah (UPT. Jamkesda) Kabupaten Penajam Paser Utara yang merupakan bagian integral yang tidak dapat dipisahkan dari upaya pelayanan kesehatan masyarakat dengan memberikan jaminan kepada masyarakat untuk memperoleh hak hidupnya atas pelayanan kesehatan baik yang bersifat dasar di Puskesmas maupun lanjutan di rumah sakit. Di sisi lain, Keberhasilan Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara merupakan salah satu faktor penentu baik buruknya mutu dan citra Daerah, oleh karena itu, kualitas pelayanan harus dipertahankan serta ditingkatkan seoptimal mungkin.

Bertolak dari kerangka pikiran inilah, maka keberadaan Petunjuk Teknis Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara sangat diperlukan sebagai pedoman kerja bagi pelaksana dan pengelola program Jamkesda serta sebagai tolok ukur mutu pelayanan yang telah diberikan kepada masyarakat. Oleh karena itu, Program Jaminan Kesehatan Daerah harus dilaksanakan oleh semua pihak terkait agar pelayanan kesehatan yang diberikan dapat dipertanggungjawabkan secara professional terutama dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan untuk mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC).

Kepada pihak-pihak yang telah berperan serta dan memberikan bantuan pemikiran serta sumbang saran demi tersusunnya Petunjuk Teknis Jaminan Kesehatan Daerah ini, kami sampaikan terima kasih. Kami menyadari bahwa masih banyak kekurangan di dalam penyusunan Petunjuk Teknis Jaminan Kesehatan Daerah ini, sehingga masukan dan kritik yang sifatnya membangun sangat kami harapkan.

Penajam, 2 Desember 2014

**BUPATI PENAJAM PASER UTARA,**

Ttd

**H. YUSRAN ASPAR**

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI .....	ii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	2
C. Sasaran .....	3
D. Dasar Hukum.....	3
BAB II RUANG LINGKUP PROGRAM JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN, KEPESERTAAN DAN PROSEDUR PELAYANAN.....	6
A. Ruang Lingkup .....	6
1. Pelayanan Kesehatan .....	6
2. Manajemen Jaminan Pelayanan Kesehatan .....	10
B. Kepesertaan.....	11
C. Prosedur Pelayanan .....	12
1. Kartu Sehat .....	12
2. Surat Rujukan .....	12
3. Surat Jaminan Pelayanan Kesehatan .....	13
4. Persetujuan Tindakan Medik/Tindakan Diagnostik dan Pemberian Obat/Alat Bahan Habis Pakai .....	16
5. Alur Pelayanan di Puskesmas dan Rumah Sakit.....	16
a. Puskesmas dan Jaringannya .....	16
b. Rumah Sakit Umum Daerah Penajam Paser Utara .....	19
c. Rumah Sakit Rujukan dengan Perjanjian Kerjasama ..	22
d. Rumah Sakit, Apotik dan Unit Pelayanan Kesehatan Lain tanpa Perjanjian Kerjasama .....	26
BAB III DUKUNGAN OBAT DAN PERBEKALAN KESEHATAN UNTUK PELAYANAN .....	28
A. Puskesmas dan Jaringannya.....	28
B. Rumah Sakit.....	29
BAB IV PEMBIAYAAN .....	30
A. Sumber Biaya.....	30
B. Alokasi Anggaran.....	30
C. Tata Cara Pengajuan Tagihan (Klaim) .....	30
D. Persyaratan Pengajuan Tagihan (Klaim) .....	31
1. Puskesmas dan Jaringannya.....	31
2. Rumah Sakit Rujukan.....	32
3. Klaim Perorangan.....	34

E. Besaran Tarif Pelayanan .....	35
BAB V PENGUJIAN TAGIHAN .....	36
A. Verifikator .....	36
B. Alur, Tata Cara dan Kelengkapan Berkas Proses Verifikasi...	37
1. Alur Proses Verifikasi .....	37
2. Tata Cara dan Kelengkapan Berkas Proses Verifikasi .....	37
a. Rawat Jalan dan Rawat Inap .....	37
b. Rujukan .....	41
c. Hasil Verifikasi .....	42
BAB VI PENUTUP .....	43
Lampiran-Lampiran:	
Lampiran 1. Standarisasi dan Syarat Penerima Bantuan Akomodasi ..	44
Lampiran 2. Tarif Rujukan .....	45
Lampiran 3. Lembar Rincian Pelayanan Kesehatan.....	46
Lampiran 4. Surat Keterangan Pemakaian Ambulans .....	47
Lampiran 5. Surat Tugas .....	48
Lampiran 6. Surat Rujukan Peserta JPK-PPU .....	49
Lampiran 7. Laporan Kegiatan Pembiayaan dan Jaminan di Puskesmas .....	50
Lampiran 8. Laporan Pelaksanaan Program Jaminan Pelayanan Kesehatan.....	51
Lampiran 9. Laporan Jumlah, Asal dan Jenis Penanganan Keluhan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.....	52
Lampiran 10. Laporan Pelaksanaan Program Jaminan Pelayanan Kesehatan.....	53
Lampiran 11. Surat Jaminan Kesehatan (Rawat Jalan).....	54
Lampiran 12. Surat Jaminan Kesehatan (Rawat Inap) .....	55

## DAFTAR BAGAN

Bagan 1. Alur Pelayanan Peserta Jamkesda .....	14
Bagan 2. Alur Pelayanan Peserta Jamkesda di Rumah Sakit .....	15
Bagan 3. Alur Pelayanan Surat Jaminan Pelayanan Kesehatan .....	15
Bagan 4. Alur Proses Verifikasi.....	37

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat 1 dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental manusia dan merupakan investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa. Untuk itu perlu diselenggarakan pembangunan kesehatan secara menyeluruh agar terwujud masyarakat yang sehat. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu hal ini sesuai dengan amandemen Undang-Undang Dasar 1945 pasal 34.

Perwujudan hak fundamentalis tersebut merupakan kewajiban dari pemerintah untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata, adil dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Puskesmas dan jaringannya serta Rumah Sakit dan rujukannya sebagai sarana pelayanan kesehatan mempunyai tugas pokok untuk memberikan pelayanan kesehatan yang dapat menjangkau dan dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat di wilayah nusantara termasuk masyarakat Kabupaten Penajam Paser Utara (PPU) secara proaktif dan responsif.

Masalah kesehatan nasional sampai saat ini masih cukup tinggi dilihat dari indikator keberhasilan secara umum yaitu : Angka Harapan Hidup 70.8, Angka Kematian Ibu 125/100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi 34/1000 kelahiran hidup, angka prevalensi gizi kurang 17,9 %. Status kesehatan tersebut akan lebih buruk pada kelompok masyarakat miskin dan kurang mampu yaitu 4 kali lebih besar. Hal tersebut karena keterbatasan pengetahuan, akses pelayanan kesehatan dan kemampuan daya beli masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang semakin hari semakin mahal. Melalui program jaminan pelayanan kesehatan yang merupakan program kabupaten Penajam Paser Utara (PPU) telah di mulai sejak tahun 2007, keterbatasan tersebut khususnya akses dan kemampuan membayar akan dapat berkurang sehingga status kesehatan masyarakat akan meningkat.

Upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin telah diupayakan oleh pemerintah sejak tahun 1998. Dan pada tahun 2005 pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin diselenggarakan dalam mekanisme asuransi kesehatan yang dikenal dengan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat miskin/askeskin. Atas pertimbangan pengendalian biaya kesehatan pada tahun 2008 yang dikenal dengan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) dengan sasaran adalah masyarakat miskin dan masyarakat tidak mampu. Dewasa ini pembagian atau klasifikasi masyarakat miskin dan kurang mampu khususnya di kabupaten Penajam Paser Utara (PPU) yang berpenduduk 186.037 jiwa yang tidak jelas tolak ukurnya sehingga ada kelompok masyarakat yang akan jatuh miskin dikala mereka dan anggota keluarga mereka sakit parah dan perlu penanganan yang lebih intensif seperti jika harus mendapatkan tindakan pembedahan, kemoterapi dan hemodialisa di Rumah Sakit rujukan.

Kebijakan program jaminan pelayanan kesehatan tahun 2014 pada dasarnya merupakan kelanjutan program tahun sebelumnya dengan beberapa penyempurnaan dalam pelaksanaan terhadap beberapa masalah utama antara lain masih adanya masyarakat yang belum mengerti tentang program ini, tidak sedikit pula yang belum mendapat pelayanan yang maksimal, obat dan bahan habis pakai masih dibeli di apotik dengan memakai dana masyarakat sendiri (*out of pocket*) sehingga masih banyak yang belum tersentuh oleh program ini, antara lain minim kegiatan sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) yang terbentur pada regulasi dan koordinasi antar Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) terkait belum lagi terkait masalah Peraturan Daerah tentang tarif retribusi nomor 11 tahun 2012 yang tidak memuat mekanisme pengembalian jasa pelayanan kesehatan yang diberikan, sehingga kompensasi bagi pemberi layanan kesehatan (*nakes*) yang sampai saat ini belum tepat peruntukannya, alur pelayanan dan alur pembayaran yang belum di atur dengan cermat dan masalah lain yang perlu diselesaikan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA).

Dalam mengakomodir kebijakan pemerintah kabupaten ini dalam pemenuhan hak warga masyarakat akan pelayanan kesehatan, maka Dinas Kesehatan melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kegiatan sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) kepada masyarakat dan pelaksana pelayanan kesehatan, melakukan konsultasi dan pembelajaran kedaerah lain yang telah lebih dahulu melaksanakan program serupa, membuat perjanjian kerjasama dengan Rumah Sakit rujukan dan menyusun petunjuk teknis Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA).

Penerbitan petunjuk teknis ini diharapkan dapat memberikan acuan kepada semua pihak terkait tentang mekanisme penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) di Puskesmas dan jaringannya serta Rumah Sakit dan rujukannya disamping acuan lain yang terkait dengan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA). Dalam pelaksanaan di lapangan diharapkan setiap pemberi pelayanan kesehatan (PPK) baik di tingkat Puskesmas maupun Rumah Sakit dapat memberikan pelayanan yang optimal sesuai dengan jenis layanan yang dapat diberikan dengan mengacu pada Peraturan Bupati Nomor 30 ( tiga puluh ) tahun 2009 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Jaminan Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara dan Peraturan Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Nomor 10 Tahun 2012 tentang Jaminan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Penajam Paser Utara maupun Peraturan Bupati tentang petunjuk teknis JAMKESDA yang ada.

## **B. TUJUAN**

### **1. Umum**

Meningkatnya akses, pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat selaku peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah.

### **2. Khusus**

- a. Terselenggaranya pelayanan kesehatan dasar oleh Puskesmas dan jaringannya bagi peserta program Jaminan Pelayanan Kesehatan Daerah.

- b. Terselenggaranya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dan rujukannya.
- c. Terkendalinya mekanisme pelayanan dan pembiayaan dalam penyelenggaraan program Jaminan Pelayanan Kesehatan Daerah.
- d. Terselenggaranya manajemen pengelolaan program Jaminan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan jaringannya.
- e. Terselenggaranya manajemen pengelolaan program Jaminan Kesehatan di Dinas Kesehatan.
- f. Terselenggaranya pembinaan program Jaminan Pelayanan Kesehatan di setiap jenjang administrasi.

### **C. SASARAN**

1. Peserta Program Jaminan Pelayanan Kesehatan
  - a. Masyarakat Kabupaten Penajam Paser Utara yang bukan sebagai Peserta BPJS ( Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) atau Jaminan Kesehatan Sosial lainnya.
  - b. Seluruh Masyarakat Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan Kartu Identitas resmi (Kartu Sehat / KTP dan atau Kartu Keluarga yang masih berlaku) dan telah berdomisili di Kabupaten Penajam Paser Utara sekurang-kurangnya 36 (tiga puluh enam ) bulan terhitung dari tanggal penerbitan KK/KTP, kecuali:
    - 1) Masyarakat yang telah menikah/berkeluarga dengan warga Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan akta nikah;
    - 2) Bayi/anak yang lahir dari masyarakat Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan akta kelahiran;
    - 3) Masyarakat yang telah memperoleh pekerjaan tetap di Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan surat keterangan dari tempat bekerja dan belum memiliki jaminan kesehatan sosial lainnya;
  - c. Masyarakat lain :
    - 1) Orang tanpa identitas (Mr.X) dan penghuni panti asuhan di wilayah Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan surat keterangan dari Dinas Sosial.
    - 2) Orang yang memiliki identitas yang terlantar di wilayah Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan surat keterangan dari Dinas Sosial.
    - 3) Tamu Pemerintah Kabupaten Penajam Paser Utara yang dinyatakan oleh Pemerintah Kabupaten dan Surat Tugas tamu yang bersangkutan.
2. Pemberi pelayanan/fasilitas kesehatan
  - a. Seluruh Puskesmas dan jaringannya (Pusban dan Polindes)
  - b. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Penajam Paser Utara
  - c. Rumah Sakit Rujukan Propinsi, Khusus dan Nasional
  - d. UPTC Palang Merah Indonesia (PMI)

### **D. DASAR HUKUM**

1. Pasal 28 H ayat (1) dan Pasal 34 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia;
2. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Penajam Paser Utara di Propinsi Kalimantan Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4182);

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 1161, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5589);
9. 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);
10. 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);
11. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah dua kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/068/I/2010 tentang kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 210/MENKES/PER/I/2012 tentang Petunjuk teknis bantuan Operasional Kesehatan (BOK).
15. 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;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional;

17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/MENKES/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (UGD) Rumah Sakit;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.03.01/MENKES/146/I/2010 tentang Harga Obat Generik;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 328 Tahun 2013 tentang Formularium Nasional;
21. Keputusan Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan No.HK.02.03/IV/343/10 tentang Daftar Obat dan Perbekalan kesehatan untuk Pelayanan Kesehatan Dasar Tahun 2010;
22. Keputusan Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan No. 316/MENKES SK/III/2010 Tentang Harga Serum dan Vaksin Program Imunisasi Tahun 2010;
23. Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 14 Tahun 2006 tentang Pola Tarif Rumah Sakit Umum Daerah Propinsi Kalimantan Timur;
24. Keputusan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 14 tahun 2006 yang terdiri dari Jasa Sarana, Jasa Pelayanan dan obat Generik;
25. Peraturan Daerah Nomor 19 tahun 2009 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah di Kabupaten Penajam Paser Utara;
26. Peraturan Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Nomor 10 Tahun 2012 tentang Jaminan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Penajam Paser Utara (Lembaran Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Tahun 2012 Nomor 10);
27. Peraturan Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Nomor 11 Tahun 2012 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Penajam Paser Utara (Lembaran Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Tahun 2012 Nomor 10);
28. Peraturan Bupati Nomor 30 ( tiga puluh ) tahun 2009 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Jaminan Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara (Berita Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Tahun 2009 Nomor 30 ( tiga puluh ));
29. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
30. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta BPJS Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;

**BAB II**  
**RUANG LINGKUP**  
**PROGRAM JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN, KEPESERTAAN**  
**DAN PROSEDUR PELAYANAN**

**A. RUANG LINGKUP**

Ruang lingkup kegiatan ini adalah jenis kegiatan yang diutamakan pada upaya pelayanan kesehatan perorangan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) yang berupa rawat jalan, rawat inap di Puskesmas, Puskesmas perawatan dan Rumah Sakit. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada Unit Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) mencakup semua kelompok umur, semua jenis pelayanan kesehatan dasar yang tersedia di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan tingkat lanjutan di Rumah Sakit, dengan standart operasional prosedur (SOP) yang sama bagi setiap masyarakat sesuai indikasi medis.

Ruang lingkup Program Jaminan Kesehatan Daerah meliputi :

**1. Pelayanan Kesehatan**

- a. Pelayanan rawat jalan tingkat dasar/pertama adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas dan jaringannya yang terdiri dari:
  - 1) Pemeriksaan dan penyuluhan kesehatan.
  - 2) Pelayanan imunisasi dasar yang diwajibkan melalui program pemerintah
  - 3) Pelayanan keluarga berencana (KB) yang masuk program pemerintah: Pil, suntik, IUD, Implant/susuk dan kondom.
  - 4) Penanganan kasus gawat darurat.
  - 5) Pelayanan kesehatan pada jenjang pelayanan kesehatan tingkat pertama cakupannya meliputi :
    - a) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi dokter;
    - b) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi oleh dokter gigi meliputi penambalan, pencabutan, perawatan syaraf gigi, karang gigi, dan lain-lain tergantung fasilitas yang dimiliki;
    - c) Tindakan medis baik yang bersifat operatif maupun non operatif dalam rangka diagnosis dan atau pengobatan tergantung sarana dan alat medis penunjang lain yang dimiliki, yang meliputi :
      - i. Penjahitan luka, pembersihan luka, balut, insisi, eksisi, dan tindakan medis layanan primer lainnya, dan
      - ii. Odontektomi, alveolektomi, insisi, dan eksisi.
  - 6) Pemberian obat/resep dokter sesuai dengan indikasi medis;
  - 7) Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) termasuk pertolongan persalinan normal, pemeriksaan ibu hamil, pemeriksaan bayi/ anak balita dan pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT, campak, hepatitis dan polio), pemeriksaan masa nifas;
  - 8) Pelayanan laboratorium sederhana;
  - 9) Pelaksanaan rujukan/konsultasi ke fasilitas tingkat lanjutan;

Pemberian pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat dasar/pertama dilaksanakan di :

- a. Puskesmas perawatan;
- b. Puskesmas;
- c. Puskesmas pembantu;
- d. Polindes.

Pada kondisi pasien rawat jalan perlu dilakukan perawatan maka sebagai alternatif untuk perawatan lanjutan adalah dilakukan pelayanan rawat inap di Puskesmas perawatan sesuai dengan kemampuan sarana yang dimiliki, apabila tidak memiliki kemampuan perawatan lanjutan harus dilakukan rujukan ke sarana kesehatan (sarkes) lanjutan yang memberikan pelayanan bagi peserta program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA).

b. Pelayanan kesehatan rujukan di PPK II dan PPK III:

- 1) Rawat Jalan yang meliputi :
  - a) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi, oleh dokter spesialis dan sub spesialis;
  - b) Tindakan medis sesuai indikasi medis;
  - c) Pemberian resep obat sesuai dengan kebutuhan medis;
  - d) Rehabilitasi medis;
  - e) Pelayanan penunjang diagnostik sesuai indikasi medis seperti;
    - 1) Pemeriksaan laboratorium klinik;
    - 2) Pemeriksaan radiologi;
    - 3) Pemeriksaan patologi anatomi /mikrobiologi;
    - 4) Pemeriksaan Patologi klinis;
    - 5) Pemeriksaan elektromedik;
- 2) Rawat inap di Rumah Sakit, meliputi :
  - a) Ruang rawat inap di kelas 3 (tiga)
  - b) Makanan sesuai kebutuhan gizi;
  - c) Konsul dan visite dokter spesialis dan subspecialis sesuai indikasi medis;
  - d) Pemeriksaan penunjang diagnostik lanjutan sesuai indikasi medis
  - e) Pemberian obat sesuai indikasi medis;
  - f) Tindakan medis spesialis dan sub spesialis;
  - g) Perawatan khusus ( ICCU, ICU, HCU, HCB, NICU, PICU,Isolasi)
  - h) Tindakan medis operatif termasuk operasi rekonstruksi pasca luka bakar atau trauma/rudapaksa, serta MOP ( Metode Operasi Pria ) dan MOW ( Metode Operasi Wanita ) atas indikasi medis;
- 3) Pelayanan lainnya :
  - a) Pelayanan pengobatan kanker;
  - b) Tindakan medik dan operasi jantung termasuk operasi dengan memakai peralatan canggih;
  - c) Pelayanan khusus HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual (PMS) pada kasus HIV/AIDS dan PMS lainnya;
  - d) Pemeriksaan penunjang diagnostik yang disesuaikan menurut kebutuhan pelayanan tingkat pertama dan tingkat lanjutan;
  - e) Pelayanan persalinan normal termasuk kembar dan patologis;
    - a. Pelayanan darah sesuai dengan peraturan yang berlaku;
    - f) Pelayanan obat sesuai dengan peraturan yang berlaku;
    - g) Pemberian alat bantu, alat tambahan;
      - i. Alat bantu dengar (pascatrauma/rudapaksa) dalam upaya mengembalikan fungsi tubuh bagi batasan usia kurang dari usia 55 (Lima Puluh Lima) Tahun
      - ii. Prothesa gigi (pascatrauma/rudapaksa) dalam upaya mengembalikan fungsi tubuh

- iii. Pen, plat, screw dan implant lain.
  - iv. Lensa mata Post OP Katarak
  - h) Pelayanan Hemodialisa (cuci darah), pemberiannya maksimal 2 kali seminggu selama pengobatan;
  - i) Pelayanan Kesehatan jiwa di Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa;
- 4) Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan yang dibatasi dan tidak dijamin oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara.
- a) Jenis pelayanan kesehatan yang **DIBATASI**
    - i. Pelayanan yang bersifat Spesialistik di Puskesmas, untuk rawat jalan perlu dibatasi hanya untuk Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Penyakit Anak, Spesialis Kandungan dan Spesialis Bedah dan beberapa tindakan Operatif yang memungkinkan.
    - ii. Rawat Inap oleh dokter Spesialis dengan pertimbangan ketersediaan sarana, prasarana, kompetensi, dan ketersediaan dana pada Rumah Sakit Umum Daerah Penajam dan Rumah Sakit Rujukan dengan kerjasama.
    - iii. Transplantasi organ dikhususkan pada penderita luka bakar dan post op trauma/ruda paksa dengan tujuan untuk mengembalikan fungsi tubuh dan produktifitas dengan mempertimbangkan aspek kendali mutu, efektifitas dan biaya.
    - iv. Pengobatan yang termasuk dalam Program Pemerintah, seperti TBC, Malaria, Kusta, HIV AIDS, dll.
    - v. Kecelakaan lalu lintas yang tidak ditanggung Asuransi Jasa Raharja maka, menjadi beban Pemerintah Daerah.
    - vi. Pelayanan kesehatan diluar negeri terutama untuk rawat inap dan rawat jalan bagi TKI yang tidak memiliki jaminan kesehatan dan bagi masyarakat yang melakukan perjalanan dinas keluar negeri atau pasien yang dirujuk ke luar negeri karena tidak adanya fasilitas kesehatan di Indonesia.
  - b) Jenis pelayanan kesehatan yang **TIDAK DIJAMIN**
    - i. Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan;
    - ii. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas yang bukan jaringan pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan Pemerintah Kabupaten Penajam Paser Utara, kecuali dalam kondisi gawat darurat yang diatur dalam Permenkes No. 856 Tahun 2009;
    - iii. Kecelakaan Kerja, cedera dan penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan pada institusi formal / perusahaan;
    - iv. Pelayanan kesehatan yang dilakukan diluar negeri kecuali yang termasuk dalam poin a) vi;
    - v. Pelayanan kesehatan untuk tujuan kosmetik;
    - vi. Check up dan atau General check up;
    - vii. Sirkumsisi tanpa indikasi medis;
    - viii. Prothesis gigi atas indikasi kosmetik termasuk meratakan gigi (ortodonsi);
    - ix. Transplantasi organ ginjal, hati, mata, jantung, sumsum tulang;
    - x. Pengobatan alternatif (antara lain akupuntur, pengobatan tradisional, chiropractic) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah serta oleh tim penilai teknologi kesehatan (*Health Technology Assesment/ HTA*) dinyatakan belum efektif;

- xi. Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi serta masalah infertilitas;
- xii. Gangguan kesehatan/ Penyakit akibat ketergantungan obat dan atau zat adiktif lainnya;
- xiii. Gangguan kesehatan / penyakit akibat usaha bunuh diri atau dengan sengaja menyakiti diri sendiri, kegemaran yang membahayakan diri sendiri;
- xiv. Gangguan perilaku, pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai eksperimen;
- xv. Alat kesehatan berupa alat bantu seperti; kursi roda, toiletries, tongkat penyangga/ penopang;
- xvi. Makanan bayi, kosmetik, obat gosok,diapers, tisu, susu,jamu;
- xvii. Obat diluar daftar dan plafon harga obat (DPHO) yang telah disepakati;
- xviii. Pengiriman jenazah ke luar daerah;
- xix. Pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan langsung dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan;

#### 5) Pelayanan Rujukan

- a) Rujukan pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah proses rujukan kasus dari Puskesmas ke PPK II atau PPK III maupun rujukan spesimen /penunjang diagnostik yang dapat berasal dari Puskesmas/Puskesmas Perawatan ke PPK II dan PPK III (RS,RS khusus) atau sarana penunjang medis lainnya secara berjenjang. Prosedur rujukan dilaksanakan secara berjenjang dan terstruktur dengan prinsip portabilitas.
- b) Pelaksanaan rujukan harus didasarkan pada indikasi medis sehingga Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah dapat melakukan kendali dalam hal rujukan, sehingga dapat melakukan filtrasi rujukan (kasus yang ditangani Puskesmas sesuai kompetensi dan tidak memerlukan rujukan, harus ditangani di Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah).
- c) Pengendalian rujukan oleh Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah tersebut akan sangat berdampak pada pengendalian biaya karena dana Jaminan Pelayanan Kesehatan yang ada juga terbatas termasuk didalamnya adalah dana untuk transportasi rujukan.
- d) Pada kondisi gawat darurat proses rujukan dapat langsung dari Puskesmas ke Puskesmas perawatan atau ke PPK II, III terdekat.
- e) Biaya Pelayanan rujukan dari Puskesmas dan jaringannya ke Rumah Sakit rujukan dialokasikan melalui operasional UPT Puskesmas.
- f) Untuk biaya rujukan dari Puskesmas dan jaringannya ke Rumah Sakit diperhitungkan berdasarkan standarisasi perjalanan dinas rujukan yang ditetapkan melalui Keputusan Bupati atau SK Kepala Dinas Kesehatan yang dituangkan dalam lembar lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Juknis Jamkesda.
- g) Untuk rujukan pasien ke Luar Daerah Luar Propinsi dapat dilakukan sesuai prosedur pelayanan rujukan ke Rumah Sakit Nasional/Khusus (PPK III lanjutan). Pelayanan rujukan termasuk biaya pengiriman pasien ke Rumah Sakit rujukan yaitu tiket pesawat terbang untuk pasien (sesuai kondisi pasien), 1 (satu) orang keluarga dan petugas kesehatan sebagai pendamping sesuai kebutuhan.

- h) Untuk rujukan Luar Daerah dalam Propinsi biaya rujukan diperhitungkan berdasarkan Standarisasi Perjalanan Dinas Kabupaten Penajam Paser Utara.

## **2. Manajemen Jaminan Pelayanan Kesehatan**

Penyelenggaraan Program Jaminan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan jaringannya serta Rumah Sakit dan rujukannya perlu didukung dengan pelaksanaan manajemen oleh UPT. JAMKESDA Dinas Kesehatan selaku pengelola program ini. Manajemen Jaminan Pelayanan Kesehatan yang dimaksud terdiri dari :

- a. Perencanaan anggaran
- b. Pelaksanaan kegiatan
- c. Evaluasi kinerja

Program Jaminan Pelayanan Kesehatan bagi masyarakat di Penajam Paser Utara dialokasikan melalui dana yang tersedia pada Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD) UPT. JAMKESDA maka setiap kegiatan yang sudah direncanakan dapat dilaksanakan sesuai besaran anggaran yang ada.

Kegiatan manajemen yang dapat dilaksanakan antara lain :

- a. Penyusunan rancangan peraturan yang mendukung pelaksanaan program;
- b. Membentuk dan menugaskan Tim verifikasi;
- c. Membentuk pengelola Jaminan Pelayanan Kesehatan Daerah ditingkat Puskesmas;
- d. Melaksanakan kegiatan administrasi baik kegiatan dalam lingkup lintas program/sektor;
- e. Mengadakan Perjanjian Kerjasama (PKS) dengan Rumah Sakit rujukan dan institusi pemberi pelayanan kesehatan lainnya;
- f. Mengikuti seminar/rapat kerja baik di daerah ataupun nasional terkait dengan kegiatan Jaminan Pelayanan Kesehatan Daerah;
- g. Melakukan rapat-rapat internal UPT. JAMKESDA dalam menyikapi berbagai permasalahan yang muncul dilapangan;
- h. Melakukan Koordinasi eksternal dengan Bidang dan Seksi di Dinas Kesehatan;
- i. Mengadakan konsultasi dengan pengambil kebijakan di daerah, propinsi dan pusat atau juga dengan konsultan yang berkompeten di Bidang Jaminan Pelayanan Kesehatan;
- j. Melaksanakan verifikasi klaim yang berasal dari PPK I dan jaringannya, PPK II, PPK III yang mempunyai perjanjian kerjasama dan klaim lainnya;
- k. Membuat alur pelayanan program jaminan pelayanan kesehatan daerah, alur pencairan dana dan alur pengajuan klaim;

## **B. KEPESERTAAN**

Peserta program Jaminan Pelayanan Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara adalah Masyarakat Kabupaten Penajam Paser Utara dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Penduduk Kabupaten Penajam Paser Utara yang telah memiliki Kartu Sehat Jamkesda dan terdaftar dalam Data Kepesertaan Jamkesda berdasarkan Surat Keputusan Bupati dan dilakukan pemutakhiran setiap 3 (tiga) bulan sekali.
- b. Penduduk Kabupaten Penajam Paser Utara yang belum memiliki Kartu Sehat Jamkesda dengan ketentuan sebagai berikut:
  - d. Telah berdomisili di Kabupaten Penajam Paser Utara sekurang-kurangnya 36 (tiga puluh enam) bulan terhitung dari tanggal penerbitan KK/KTP, kecuali:
    - 1) Masyarakat yang telah menikah/berkeluarga dengan warga Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan akta nikah;
    - 2) Bayi/anak yang lahir dari masyarakat Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan akta kelahiran;
    - 3) Masyarakat yang telah memperoleh pekerjaan tetap (di Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan surat keterangan dari tempat bekerja dan belum memiliki jaminan kesehatan sosial lainnya;
      - 1) Bagi berusia diatas 17 tahun dibuktikan dengan KTP dan yang berusia dibawah 17 tahun dibuktikan dengan KK;
      - 2) Bayi baru lahir sampai usia 90 (sembilan puluh) hari dan belum masuk dalam KK dapat melampirkan Akte Kelahiran atau Surat Keterangan Lahir;
      - 3) Bagi bayi usia 90 (sembilan puluh) hari ke atas sudah harus masuk daftar KK;
      - 4) Bagi keluarga baru menikah harus sudah memiliki KK yang terpisah dengan KK induk;
      - 5) Untuk KK yang diperbaharui (Status Keluarga, Status Pekerjaan, Perubahan Nama, dan lain-lain) harus melampirkan fotocopy KK yang lama;
      - 6) Bukan sebagai Peserta BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) atau Jaminan Kesehatan Sosial lainnya.
- c. Masyarakat bukan penduduk Kabupaten Penajam Paser Utara :
  - 1) Orang tanpa identitas (Mr. X) dan penghuni panti asuhan di wilayah Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan surat keterangan dari Dinas Sosial;
  - 2) Orang yang memiliki identitas yang terlantar di wilayah Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan surat keterangan dari Dinas Sosial;
  - 3) Tamu Pemerintah Kabupaten Penajam Paser Utara yang akan dinyatakan oleh pejabat yang berwenang di Kabupaten Penajam Paser Utara dan Surat Tugas tamu yang bersangkutan.

## C. PROSEDUR PELAYANAN

### 1. Kartu Sehat

Kartu Sehat adalah kartu tanda bukti keabsahan sebagai peserta Jamkesda Kabupaten Penajam Paser Utara yang dikeluarkan oleh UPT. JAMKESDA Kabupaten Penajam Paser Utara yang dapat diperoleh dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Penduduk Kabupaten Penajam Paser Utara yang telah berdomisili di Kabupaten Penajam Paser Utara sekurang-kurangnya 36 (tiga puluh enam) bulan terhitung dari tanggal penerbitan KK/KTP, kecuali:
  1. Masyarakat yang telah menikah/berkeluarga dengan warga Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan akta nikah;
  2. Bayi/anak yang lahir dari masyarakat Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan akta kelahiran;
  3. Masyarakat yang telah memperoleh pekerjaan tetap di Kabupaten Penajam Paser Utara yang dibuktikan dengan surat keterangan dari tempat bekerja dan belum memiliki jaminan kesehatan sosial lainnya;
- b. Bukan merupakan peserta BPJS / Asuransi Sosial Kesehatan lainnya;
- c. Mengisi formulir Permohonan Peserta Jamkesda Kabupaten Penajam Paser Utara dengan melampirkan:
  - 1) Fotocopy KTP dan KK yang masih berlaku, masing-masing 2 (dua) Lembar;
  - 2) Pas Foto berwarna ukuran 2x3 sebanyak 2 (dua) lembar;
  - 3) Bayi baru lahir sampai usia 90 (sembilan puluh) hari dan belum masuk dalam KK dapat melampirkan Akte Kelahiran atau Surat Keterangan Lahir;
  - 4) Khusus keluarga yang sudah memiliki KK dengan tanggal penerbitan KK kurang dari 36 (tiga puluh enam) bulan disertakan dengan biodata pindah domisili dari Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Penajam Paser Utara;
  - 5) Bagi keluarga baru menikah harus sudah memiliki KK yang terpisah dengan KK induk;
  - 6) Untuk KK yang diperbaharui (Status Keluarga, Status Pekerjaan, Perubahan Nama, dll ) harus melampirkan fotocopy KK yang lama;
  - 7) Bagi KK/KTP yang tanggal penerbitannya kurang dari 36 (tiga puluh enam) bulan melampirkan biodata kependudukan dari Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil.
- d. Mengisi formulir pendukung.

Kartu Sehat tidak dapat dipergunakan / tidak berlaku bila :

- a. Ada perbedaan identitas antara KTP/KK dengan Kartu Sehat
- b. Telah terdaftar sebagai Peserta BPJS / Asuransi sosial kesehatan lainnya yang secara otomatis menggugurkan kepesertaan Jamkesda.
- c. Program Jamkesda telah berakhir sesuai Peraturan yang berlaku.

### 2. Surat Rujukan

Surat Rujukan adalah Surat Pengantar Pengiriman Pasien/ Spesimen ke tempat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi atau yang lebih berkompeten

di dalam sarana, pra sarana dan ketenagaan dalam rangka penanganan kesehatan pasien, yang dibuat dan ditandatangani oleh dokter pengirim dengan komponen sebagai berikut :

- a. Kop Surat;
- b. Nomor Surat ( diisi lengkap );
- c. Asal Pengirim ( Nama Instansi pengirim );
- d. Tujuan Rujukan ( Nama Rumah Sakit, Nama Poli/Nama Dokter );
- e. Identitas Pasien meliputi :
  - 1) Nama lengkap pasien;
  - 2) Alamat lengkap pasien;
  - 3) Nomor Kartu Sehat/ NIK/ Nomor Akte Kelahiran;
  - 4) Umur;
  - 5) Jenis kelamin;
- f. Hasil pemeriksaan yang telah dilakukan meliputi :
  - 1) Anamnesa;
  - 2) Pemeriksaan Fisik/Lab/Radioelektromedik, dll;
  - 3) Diagnosa;
  - 4) Penatalaksanaan yang telah diberikan;
- g. Tanggal, bulan dan tahun rujukan dibuat;
- h. Tanda tangan dan nama terang dokter pengirim yang distempel oleh instansi pengirim.

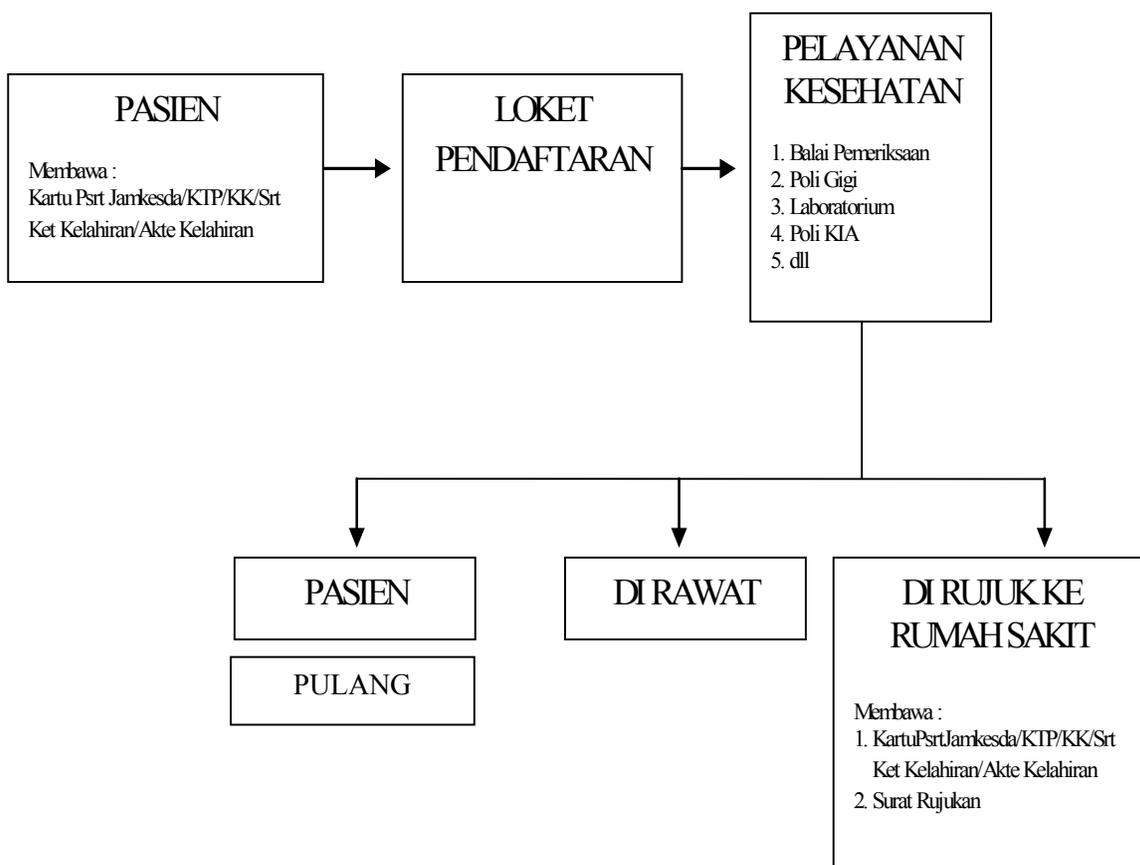
### **3. Surat Jaminan Pelayanan Kesehatan**

Surat Jaminan Pelayanan Kesehatan adalah surat tanda bukti untuk dapat memperoleh atau diberikan Pelayanan Kesehatan berikut dengan Jaminan Pembiayaannya, dapat diperoleh dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Membawa fotocopy Kartu Sehat/ KTP/ KK/ Surat Keterangan Kelahiran/ Akte Kelahiran bagi bayi usia sampai dengan 90 (sembilan puluh) hari dan bayi di atas 90 (sembilan puluh) hari sudah harus terdaftar di KK.
- b. Untuk tindakan persalinan membawa fotocopy buku nikah;
- c. Membawa surat rujukan dari Puskesmas atau RSUD PPU yang ditandatangani oleh dokter setempat.
- d. Membawa Surat Keterangan tidak ditanggung pembiayaan perobatan dari Jasa Raharja Kasus Kecelakaan Lalu Lintas.
- e. Jika Pasien telah masuk Rumah Sakit tanpa rujukan dikarenakan kegawat daruratan harus membawa bukti rawat dari Rumah Sakit dengan kerja sama dimana pasien tersebut dirawat.
- f. Jika Pasien di rawat di Rumah Sakit Swasta dengan PKS ( Perjanjian Kerja Sama ) harus ada surat keterangan penuh / keterangan terbatasnya fasilitas dari RS. Pemerintah ( RSKD, RST. R. Harjianto dan RS. Bhayangkara).
- g. Surat Jaminan dapat diambil di Kantor UPT. JAMKESDA Kabupaten Penajam Paser Utara, pada hari dan jam kerja :
  - 1) Hari Senin – Kamis pukul 07.45 s/d 15.30 ( tiga puluh ) WITA
  - 2) Hari Jumat pukul 07.45 s/d 11.00 WITA

- h. Surat Jaminan Pelayanan Kesehatan dapat juga diambil di loket rawat jalan RSKD Balikpapan dan di Loket UPPJ RSUD Penajam pada hari dan jam kerja :
- 1) Senin – Jumat pukul 08.00 s/d 14.00 WITA
- i. Surat Jaminan Pelayanan Kesehatan yang sah adalah yang ditandatangani oleh pejabat yang berwenang yaitu:
1. Kepala Dinas Kesehatan
  2. Kepala UPT. JAMKESDA
  3. Kepala Tata Usaha UPT. JAMKESDA
  4. Verifikator Jamkesda
  5. Pelaksana Pelayanan / PNS ( Khusus untuk Jaminan yang dibuat di loket RSKD Balikpapan dan UPPJ RSUD Penajam )
  6. Bagi pasien yang akan dirujuk keluar Propinsi maka yang akan menandatangani surat jaminan adalah pejabat setingkat eselon II.

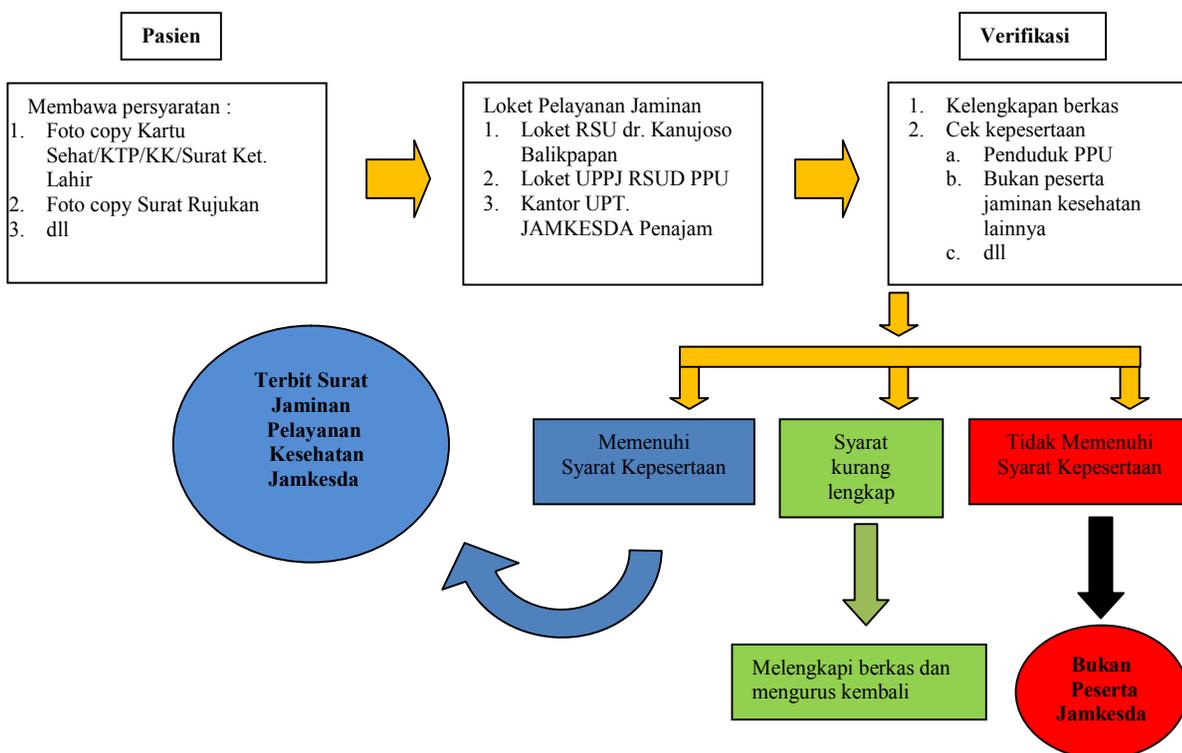
**Bagan 1. Alur Pelayanan Jamkesda di Puskesmas**



## Bagan 2. Alur Pelayanan Jamkesda di RSUD Penajam



## Bagan 3. Alur Pelayanan Surat Jaminan Pelayanan Kesehatan



#### **4. Persetujuan tindakan medik/ tindakan diagnostik dan pembelian obat/ Alat Bahan Habis Pakai.**

Persetujuan tindakan medik/ tindakan diagnostik dan pembelian obat/ Alat Bahan Habis Pakai adalah surat permohonan persetujuan untuk dilakukannya tindakan medik/diagnostik/penggunaan obat dengan harga mahal atau diluar formularium obat/penggunaan alat kesehatan, dalam upaya pengendalian biaya dari PPK kepada UPT. JAMKESDA dengan melampirkan :

- a. Foto Copy Surat Jaminan Kesehatan;
- b. Surat keterangan medis/resume medis yang ditandatangani oleh dokter spesialis (bila diperlukan);
- c. Pasien khusus kanker yang menjalani kemoterapi harus melampirkan Surat keterangan medis/resume medis yang ditandatangani oleh dokter spesialis apabila terjadi perubahan protokol terapi;
- d. Protokol terapi;
- e. Resep obat/ABHP yang mencantumkan perkiraan harga;
- f. Hasil pemeriksaan laboratorium terakhir atau hasil pemeriksaan penunjang lain
- g. Setelah diverifikasi maka lembar resep dan lembar protokol terapi akan ditandatangani oleh pejabat yang berwenang di UPT JAMKESDA yaitu:
  - 1) Kepala UPT JAMKESDA
  - 2) Kasubbag TU UPT JAMKESDA
  - 3) Tim Verifikator (PNS)
  - 4) Pelaksana Pelayanan (khusus Loker RSKD Balikpapan danUPPJ RSUD Penajam).
- h. Persetujuan tindakan/obat,ABHP dapat di minta di Kantor UPT. JAMKESDA Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara pada hari dan jam kerja :
  - 1) Hari Senin – Kamis pukul 07.45 s/d 15.30 ( tiga puluh ) WITA
  - 2) Hari Jumat pukul 07.45 s/d 11.00 WITA
- i. Persetujuan tindakan/obat, ABHP juga dapat diminta melalui Perwakilan JAMKESDA Penajam Paser Utara di Loker RSKD Balikpapan dan Loker UPPJ RSUD Penajam dengan nilai persetujuan maksimal Rp.1.500.000,- ( satu juta lima ratus ribu rupiah ) pada hari dan jam kerja: Senin – Jumat pukul 08.00 s/d 14.00 WITA

Pada keadaan gawat darurat atau saat hari libur maka persetujuan tindakan/ pemakaian obat/ ABHP dapat diinformasikan secara lisan kepada UPT. JAMKESDA terlebih dahulu dan selanjutnya dapat disusul dengan kelengkapan lain dalam kurun waktu tidak lebih dari 2 X 24 jam hari kerja.

Dalam pelaksanaan kegiatan Program Jaminan Kesehatan baik ditingkat Puskesmas dan jaringannya maupun Rumah Sakit dan rujukannya perlu adanya prosedur pelayanan yang diatur sebagai berikut :

## **Alur Pelayanan di Puskesmas dan Rumah Sakit**

### **a. Puskesmas dan jaringannya :**

#### **1) Pelayanan Rawat Jalan**

Pelayanan rawat jalan di Puskesmas dan jaringannya adalah pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan dasar dan administrasi pelayanan kesehatan perseorangan dengan alur sebagai berikut:

- a) Peserta/pasien membawa Kartu Sehat / KTP/ KK/ Surat Keterangan Kelahiran/akte kelahiran bagi bayi usia dibawah 90 (sembilan puluh) hari dan bayi diatas 90 (sembilan puluh) hari harus sudah terdaftar di KK ke sarana kesehatan (Pusban, Polindes, Puskesmas).
- b) Pasien diregistrasi di loket dan dicatat di buku catatan kunjungan peserta Jaminan Pelayanan Kesehatan kemudian diberikan kartu status pasien yang selanjutnya akan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kondisi pasien.
- c) Setelah mendapatkan pelayanan maka pasien dapat pulang atau pada kasus yang perlu di lakukan perawatan dapat diinapkan di Puskesmas dengan fasilitas rawat inap atau jika pasien perlu di rujuk atas indikasi medis maka dapat dilakukan mekanisme rujukan secara berjenjang dengan membawa:
  - Surat Rujukan yang di tandatangani oleh dokter Puskesmas
  - Kartu Sehat/KTP/KK/ Surat Keterangan Kelahiran/akte kelahiran bagi bayi usia dibawah 90 (sembilan puluh) hari dan bayi diatas 90 (sembilan puluh) hari harus sudah terdaftar di KK.
  - Surat Jaminan Kesehatandapat diambil di Kantor UPT. JAMKESDA atau di Loket Perwakilan UPT. JAMKESDA yang ada di Rumah Sakit, kecuali pada kasus kegawatdaruratan dan hari libur Surat Jaminan dapat diambil pada hari dan jam kerja dengan batas waktu 2 x 24 jam.

#### **2) Pelayanan rawat inap dan kasus gawat darurat di Puskesmas**

Pelayanan rawat inap dan kasus gawat darurat di Puskesmas/ Puskesmas Perawatan adalah pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan dasar dan administrasi dengan alur sebagai berikut :

- a) Pasien yang perlu mendapatkan pelayanan rawat inap harus membawa Kartu Sehat/ KTP/ KK/ Surat Keterangan Kelahiran/akte kelahiran bagi bayi usia dibawah 90 (sembilan puluh) hari dan bayi diatas 90 (sembilan puluh) hari harus terdaftar di dalam Kartu Keluarga.
- b) Pasien dengan kasus gawat darurat dapat diberikan pelayanan kesehatan terlebih dahulu untuk menyelamatkan jiwa dan selanjutnya dapat dilakukan perawatan sesuai indikasi medis termasuk jika harus dilakukan rujukan ke PPK II atau PPK III.

- c) Oleh Dokter yang merawat, pasien akan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan.
- d) Maksimal 3 (tiga) hari rawat, Jika dalam 3 (tiga) hari rawat penderita belum dinyatakan sembuh maka dilakukan mekanisme rujukan kecuali penderita dalam masa pemulihan dengan pertimbangan medis dalam bentuk resume medis.
- e) Semua pasien yang dilayani dicatat dibuku kunjungan rawat inap/UGD peserta Jaminan Pelayanan Kesehatan (JPK) dan didalam Register Umum Puskesmas (RUP).

### **3) Pelayanan rujukan**

Kegiatan rujukan dilaksanakan secara berjenjang mulai dari Puskesmas Pembantu dan Polindes ke Puskesmas/ Puskesmas Perawatan selanjutnya ke Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit dengan perjanjian kerja sama kecuali kasus gawat darurat dengan alur sebagai berikut:

- a) Atas indikasi medis yang dibuktikan dengan surat rujukan yang ditanda tangani oleh dokter setempat maka pasien dapat dirujuk ke Rumah Sakit rujukan (PPK II dan PPK III);
- b) Pasien harus membawa identitas diri berupa Kartu Sehat/KTP/KK/Surat Keterangan Kelahiran/akte kelahiran bagi bayi usia sampai dengan 90(sembilan puluh) hari dan bayi diatas 90 (sembilan puluh) hari sudah harus terdaftar di KK;
- c) Pelayanan rujukan untuk Puskesmas Penajam, Puskesmas Petung, Puskesmas Waru, Puskesmas Babulu, Puskesmas Gunung Intan, Puskesmas Sebakung Jaya, dan Puskesmas Sotek, rujukan tingkat pertama ke Rumah Sakit Umum Daerah Penajam kecuali pada kasus gawat darurat dan ketidakadaan pelayanan spesialisik maka dapat langsung di rujuk ke Rumah Sakit yang memiliki Perjanjian Kerja Sama dengan Pemerintah Kabupaten Penajam Paser Utara;
- d) Pelayanan rujukan untuk Puskesmas Maridan, Puskesmas Sepaku I, Puskesmas Sepaku III, Puskesmas Semoi II, Pusban Mentawir, Pusban Jenebora, Pusban Gersik, Pusban Pantai lango dapat langsung merujuk ke Rumah Sakit dengan Perjanjian Kerja Sama (PKS) yang terdekat dengan alasan geografis karena akses lebih mudah ke Rumah Sakit rujukan dengan syarat tetap mempertimbangkan indikasi medis dan kegawatdaruratan pasien;
- e) Setiap pasien dengan kasus gawat darurat / pasien rawat inap yang dirujuk oleh Puskesmas yang menggunakan fasilitas pemerintah (Ambulance ) atau kendaraan lain harus didampingi oleh tenaga kesehatan dengan membawa :
  - i. Surat tugas yang ditandatangani oleh Pimpinan Puskesmas dan di visum oleh Rumah Sakit tujuan;
  - ii. Surat keterangan pemakaian ambulans yang divisum oleh Rumah Sakit tujuan;

- iii. Untuk kasus rujukan yang menggunakan dua alat transportasi (ambulance air dan darat) visum pemakaian ambulance disesuaikan dengan wilayah asal rujukan.
    - Untuk penggunaan transportasi air yang tidak menggunakan ambulance air dibuktikan dengan kwitansi pembayaran transport yang disahkan oleh jasa transportasi;
  - iv. Untuk transportasi darat yang tidak menggunakan ambulance tidak menjadi beban Pemerintah Daerah.
  - v. Surat rujukan yang ditandatangani oleh dokter.
- f) Pada kondisi Rumah Sakit Pemerintah sebagai rujukan pelayanan kesehatan lanjutan tidak terdapat ruang rawat yang kosong yang dibuktikan dengan **surat keterangan penuh** dari Rumah Sakit yang bersangkutan maka pihak Puskesmas harus segera menghubungi pihak UPT. JAMKESDA untuk pemberitahuan awal tentang hal ini, dan akan diberi arahan untuk segera membawa pasien ke Rumah Sakit lain yang telah melakukan kerja sama dengan pemerintah daerah Kabupaten Penajam Paser Utara.

**b. Rumah Sakit Umum Daerah Penajam Paser Utara**

- 1) Prosedur pelayanan Rawat Jalan adalah sebagai berikut:
  - a) Pasien / keluarga harus membawa :
    - Foto Copy Kartu Sehat/KTP / KK, surat keterangan kelahiran bagi bayi usia sampai dengan 90(sembilan puluh) hari, dan di atas 90 (sembilan puluh) hari sudah harus memiliki akte kelahiran dan sudah terdaftar di KK,
    - Surat Rujukan dari Puskesmas yang ditandatangani oleh dokter (dalam kondisi tertentu dapat ditandatangani oleh petugas Puskesmas).
    - Khusus untuk kasus tertentu yang mana rujukan dari Puskesmas bukan kerjasamadapat dijadikan acuan untuk mengurus rujukan susulan untuk melengkapi administrasi.
  - b) Pasien harus memiliki Surat Jaminan Kesehatan Daerah yang dibuat di loket UPPJ RSUD dengan persyaratan seperti pada poin a), kecuali untuk kasus kegawatdaruratan yang dilakukan di Unit Gawat Darurat.
  - c) Pasien mendaftarkan diri di loket Rumah Sakit dengan menunjukkan persyaratan administrasi seperti pada poin a) dan b).
  - d) Kemudian pasien dapat diberikan Pelayanan kesehatan sesuai hasil diagnosa dokter yang menangani.
  - e) Jika pasien akan dikonsulkan kebagian lain atas indikasi medis maka mekanisme rujukan antar poli / ruangan cukup memakai formulir rujukan antar poli / ruangan tanpa harus membebankan pasien dengan mengambil rujukan baru.

- f) Jika pasien dinyatakan dapat pulang dan disarankan harus kontrol pada kunjungan berikutnya, maka pasien harus kembali membawa persyaratan sebagai berikut surat rujukan baru, fotocopy surat jaminan yang berlaku ( 30 ( tiga puluh ) hari kalender ) yang divalidasi oleh petugas loket UPPJ RSUD dengan stempel kontrol.
  - g) Penggunaan obat dan perbekalan kesehatan generik dan atayang tidak ada generiknya ( paten ) sesuai yang tercantum dalam formularium obat Rumah Sakit atau sesuai dengan yang tercantum didalam perjanjian kerjasama.
- 2) Prosedur Pelayanan Rawat Inap adalah sebagai berikut:
- a) Jika oleh dokter, pasien harus menjalani Rawat inap maka pasien akan ditempatkan di ruang perawatan kelas 3 (tiga), dengan membawa persyaratan berkas seperti pada poin 1) c).
  - b) Jika pasien belum memiliki Surat Jaminan Pelayanan maka harus segera mengambil di kantor UPT. JAMKESDA PPU atau di Loket UPPJ di RSUD dengan melampirkan syarat seperti pada poin 1) b) ditambah dengan surat keterangan dirawat dari RSUD, jika dalam kurun waktu 2 x 24 jam kerja surat jaminan tidak diambil/ dilengkapi maka pasien tersebut tidak menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah.
  - c) Apabila pada kondisi ruangan kelas 3 (tiga) penuh maka pasien dapat dinaikkan kelas perawatannya satu tingkat di atasnya dengan batas maksimal 5 (lima) hari dan akan dihitung sesuai tarif kelas yang ditempati, dengan melampirkan surat keterangan yang menyatakan ruangan kelas 3 (tiga) dalam kondisi penuh saat itu dan pasien dapat dipindahkan ke ruang rawat kelas 3 (tiga) jika ruangan telah tersedia.
  - d) Jika melewati batas maksimal 5 (lima) hari perawatan pasien yang dinaikkan kelas perawatannya seperti yang tercantum dalam poin c), sementara ruangan kelas 3 (tiga) belum ada yang kosong, maka pihak Rumah Sakit membuat Surat Pemberitahuan yang menyatakan ruangan kelas 3 (tiga) masih dalam kondisi penuh dan harus tetap dirawat di kelas 2 (dua), sampai ruang rawat kelas 3 (tiga) ada yang kosong.
  - e) Penggunaan obat dan perbekalan kesehatan generik dan atayang tidak ada generiknya ( paten ) sesuai yang tercantum dalam formularium obat Rumah Sakit atau sesuai dengan yang tercantum didalam perjanjian kerjasama.
  - f) Jika dalam masa perawatan di Rumah Sakit diperlukan pemberian obat dan perbekalan kesehatan yang berpotensi biaya mahal maka pihak Rumah Sakit harus memberitahu pihak pengelola tentang rencana tersebut dan harus mendapat persetujuan dari UPT. JAMKESDA dengan melampirkan protokol terapi lengkap dengan mencantumkan rencana pemakaian, harga, jumlah, dosis dan lama pemakaiannya dalam bentuk lembar persetujuan.

- g) Jika dalam masa perawatan di Rumah Sakit perlu dilakukan tindakan medis operatif yang berpotensi biaya mahal maka pihak Rumah Sakit harus memberitahu pihak pengelola tentang rencana tersebut dan harus mendapat persetujuan dari UPT. JAMKESDA dengan melampirkan lembar persetujuan.
- h) Kecuali untuk kasus kegawatdaruratan pemberitahuan dan persetujuan dapat melalui telepon/faximili/email, dengan ketentuan kelengkapan berkas dan persetujuan tertulis ( sesuai poin f) dan g ) disusulkan dikemudian harinya.

### 3) Prosedur Pelayanan Rujukan

Jika oleh pertimbangan medis dan atau karena tidak adanya fasilitas dan tenaga medis khusus, maka pasien harus dirujuk dengan prosedur sebagai berikut :

- a) Atas indikasi medis yang dibuktikan dengan surat rujukan yang ditanda tangani oleh dokter Rumah Sakit dan bukan atas permintaan sendiri (APS).
- b) Pasien harus membawa Kartu Sehat/ KTP/ KK/Surat Keterangan Kelahiran bagi bayi usia sampai dengan 90(sembilan puluh) haridan di atas 90 (sembilan puluh) hari sudah harus memiliki Akte Kelahiran serta terdaftar di KK.
- c) Setiap pasien dengan kasus gawat darurat / pasien rawat inap yang dirujuk oleh RSUD yang menggunakan fasilitas pemerintah (Ambulance) atau kendaraan lain harus didampingi oleh tenaga kesehatan dengan membawa :
  - i. Surat tugas yang ditanda tangani direktur / Ka. Bidang yang membidangi / Ka.ruangan dan divisum oleh Rumah Sakit tujuan rujukan.
  - ii. Surat rujukan yang ditandatangani oleh dokter.
  - iii. Surat Jaminan yang dikeluarkan oleh UPT. JAMKESDA yang dibuat dalam kurun waktu 2 x 24 jam hari kerja, Kecuali untuk kasus kegawatdaruratan yang memerlukan penanganan segera.
  - iv. Surat Keterangan Pemakaian ambulance dan divisum oleh Rumah Sakit tujuan Rujukan.
- d) Pada kondisi Rumah Sakit Pemerintah (RSKD/RST/RSP) sebagai rujukan pelayanan kesehatan lanjutan tidak terdapat ruang rawat yang kosong baik kelas III, Kelas II maupun ICU yang dibuktikan dengan Surat Keterangan Penuh yang dikeluarkan oleh Pihak Rumah Sakit Rujukan (RSKD/RST/ RSP), maka pihak RSUD harus segera menghubungi pihak UPT. JAMKESDA untuk pemberitahuan awal tentang hal ini, dan akan diberi arahan untuk segera membawa pasien ke Rumah Sakit lain yang telah melakukan PKS dengan Pemerintah Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara.

#### 4) Prosedur layanan Ambulance Jenazah

Prosedur layanan penggunaan Ambulance Jenazah adalah sebagai berikut :

- a) Pasien meninggal dalam masa pengobatan/ perawatan di RSUD Penajam yang dibuktikan dengan Surat keterangan kematian yang ditandatangani oleh dokter.
- b) Pasien merupakan peserta Jaminan Pelayanan Kesehatan yang dibuktikan dengan identitas diri berupa Kartu Sehat/KTP/KK/Surat Keterangan Kelahiran bagi bayi usia di bawah 90 (sembilan puluh) hari dan di atas 90 (sembilan puluh) hari sudah harus memiliki Akte Kelahiran serta terdaftar di KK.
- c) Petugas/Sopir yang ditugaskan mengantar Jenazah harus dilengkapi berkas-berkas sebagai berikut :
  - i. Surat tugas yang ditanda tangani direktur/Ka. Bidang yang membidangi/Ka. Ruang dan di Visum oleh petugas yang berwenang ( desa/Kelurahan/RT ) di tempat tujuan.
  - ii. Surat Jaminan yang di keluarkan oleh UPT. JAMKESDA yang dibuat dalam kurun waktu 2 x 24 jam hari kerja.
  - iii. Surat Keterangan Pemakaian Ambulance Jenazah dan di Visum oleh petugas yang berwenang (desa/Kelurahan/RT) di tempat tujuan.

#### **c. Rumah Sakit Rujukan dengan Perjanjian Kerjasama ( PKS )**

Prosedur pelayanan yang ada di Rumah Sakit dengan Perjanjian Kerjasama (PKS) adalah sebagai berikut:

##### **1) Rumah Sakit Propinsi Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dan Rumah Sakit Dr. R. Hardjanto ( Rumah Sakit Tentara ), Rumah Sakit Aji Batara Agung Dewa Sakti ( ABADI ) Samboja dan Rumah Sakit Bhayangkara Balikpapan**

- a) Pasien/keluarga harus membawa :
  - Surat rujukan dari Puskesmas atau RSUD yang ditanda tangani oleh dokter.
  - Surat Jaminan dari UPT JAMKESDA Kabupaten Penajam Paser Utara (dapat diambil di UPT. JAMKESDA atau di loket rawat jalan RS. Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan) dan Kartu Sehat/KK/KTP/Surat Keterangan Lahir/Akte Kelahiran.
  - Surat Keterangan Dirawat dari Rumah Sakit, Jika Pasien yang berobat jalan / Rawat Jalan dengan indikasi medis diharuskan menjalani rawat inap, sebagai dasar merubah Surat Jaminan dari Rawat Jalan menjadi Rawat Inap.
  - Untuk pasien kontrol harus melampirkan surat keterangan keluar dari Rumah Sakit dan membawa surat rujukan terbaru (bulan yang sama/30 ( tiga puluh ) hari kalender).
- b) Pasien mendaftarkan diri di loket Rumah Sakit dengan menunjukkan persyaratan administrasi seperti tersebut di atas.
- c) Kemudian pasien dapat diberikan pelayanan kesehatan sesuai hasil diagnosa dokter yang menangani.

- d) Jika pasien akan dikonsulkan ke bagian lain atas indikasi medis maka mekanisme rujukan antar poli/ruangan cukup memakai formulir rujukan antar poli/ruang tanpa harus dengan mengambil rujukan baru dan surat jaminan baru. Dalam hal ini pasien hanya melampirkan foto copy surat jaminan dan surat rujukan awal.
- e) Jika pasien dinyatakan dapat pulang dan disarankan harus kontrol pada kunjungan berikutnya, maka pasien harus kembali membawa persyaratan administrasi seperti kunjungan pertama. Sedangkan surat jaminan apabila masih dalam bulan yang sama/30 (tiga puluh) hari kalender maka hanya akan di validasi oleh UPT. JAMKESDA yang ada di loket RSKD atau di Kantor UPT. JAMKESDA Kabupaten Penajam Paser Utara.
- f) Jika oleh dokter, pasien harus menjalani rawat inap maka pasien akan ditempatkan di kelas perawatan kelas 3 (tiga), dan apabila pada kondisi tidak ada ruang rawat inap kelas 3 (tiga) maka pasien dapat dinaikkan kelas perawatannya satu tingkat di atasnya sampai batas maksimal 5 (lima) hari dengan melampirkan surat keterangan kelas 3 (tiga) penuh dan akan dihitung sesuai tarif kelas yang ditempati, dan apabila pasien harus tetap dirawat dan ruang kelas 3 (tiga) telah ada yang kosong maka pasien dapat dipindahkan ke ruang rawat kelas 3 (tiga).
- g) Jika melewati batas maksimal 5 (lima) hari perawatan pasien yang dinaikkan kelas perawatannya seperti yang tercantum dalam poin f), sementara ruangan kelas 3 (tiga) belum ada yang kosong, maka pihak Rumah Sakit membuat Surat Pemberitahuan yang menyatakan ruangan kelas tiga masih dalam kondisi penuh dan harus tetap dirawat di kelas 2 ( dua ), sampai ruang rawat kelas 3 (tiga) ada yang kosong.
- h) Pasien dengan kasus gawat darurat dapat diberikan pelayanan kesehatan terlebih dahulu untuk menyelamatkan jiwa dan selanjutnya dapat dilakukan perawatan sesuai indikasi medis kemudian sesegera mungkin memberikan persyaratan administrasi sebagaimana poin a) 1) dalam kurun waktu 2 X 24 jam hari kerja.
- i) Jika dalam masa perawatan di Rumah Sakit diperlukan pemberian obat dan perbekalan yang berpotensi biaya mahal maka pihak Rumah Sakit harus memberitahu pihak pengelola tentang rencana tersebut dan harus mendapat persetujuan dari UPT. JAMKESDA dengan melampirkan protokol terapi lengkap dengan mencantumkan rencana pemakaian, harga, jumlah, dosis dan lama pemakaiannya dalam bentuk lembar persetujuan.
- j) Jika dalam masa perawatan di Rumah Sakit diperlukan tindakan medis/operatif yang berpotensi biaya mahal maka pihak Rumah Sakit harus memberitahu pihak pengelola tentang rencana tersebut dan harus mendapat persetujuan dari UPT. JAMKESDA dengan melampirkan lembar persetujuan tindakan.
- k) Kecuali untuk kasus kegawatdaruratan, pemberitahuan dan persetujuan dapat melalui telepon/faximili/email, dengan ketentuan

kelengkapan berkas dan persetujuan tertulis {sesuai poin i} disusulkan paling lambat 2 X 24 jam hari kerja.

- l) Jika oleh pertimbangan medis dan tidak adanya fasilitas dan tenaga medis khusus, pasien harus di rujuk ke luar Propinsi Kalimantan Timur maka pihak Rumah Sakit harus segera menghubungi UPT JAMKESDA untuk dilakukan penilaian terhadap rujukan tersebut.
- m) Hal-hal lain yang belum diatur dalam juknis ini akan diatur dalam dokumen Perjanjian Kerja Sama (PKS).

## **2) Rumah Sakit Swasta, dengan Perjanjian Kerjasama (PKS)**

Perjanjian kerjasama dengan Rumah Sakit Swasta dikhususkan untuk pelayanan rawat inap dan pelayanan rawat jalan pasca rawat inap (kontrol pertama).

- a) Pasien/ keluarga harus membawa :
  - Surat Jaminan Pelayanan Kesehatan dari UPT. JAMKESDA dengan melampirkan Kartu Sehat/KTP/KK/Surat Keterangan Lahir/Akte Kelahiran.
  - Surat Rujukan dari Puskesmas atau RSUD yang ditanda tangani oleh dokter
  - Surat Jaminan dari UPT. JAMKESDA Penajam Paser Utara (hanya dapat diambil di Kantor UPT. JAMKESDA Kabupaten Penajam Paser Utara dengan melampirkan surat keterangan ruangan penuh dari Rumah Sakit Propinsi dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dan Rumah Sakit Dr. R. Hardjanto dalam rangka pengendalian rujukan ke Rumah Sakit Swasta.)
- b) Pasien mendaftarkan diri di loket Rumah Sakit dengan menunjukkan persyaratan administrasi seperti diatas.
- c) Kemudian pasien dapat diberikan pelayanan kesehatan sesuai hasil diagnosa dokter yang menangani.
- d) Pelayanan rawat jalan diberikan pada pasien pasca rawat inap dengan kasus yang sama.
- e) Jika pasien dinyatakan dapat pulang dan disarankan harus kontrol pada kunjungan berikutnya, maka pasien harus kembali membawa persyaratan administrasi seperti kunjungan pertama dengan melampirkan surat keterangan keluar Rumah Sakit.
- f) Pelayanan rawat inap ditempatkan pada ruang perawatan kelas 3 (tiga), dan apabila pada kondisi tidak ada ruang rawat inap kelas 3 (tiga) maka pasien dapat dinaikkan kelas perawatan satu tingkat diatasnya sampai batas maksimal 3 (tiga) hari dengan melampirkan surat keterangan penuh dengan tarif kamar sesuai kamar yang ditempati, dan sampai ruang rawat kelas 3 (tiga) ada yang kosong.
- g) Jika melewati batas maksimal 3 (tiga) hari perawatan pasien yang dinaikkan kelas perawatannya seperti yang tercantum dalam poin 2) f), sementara ruangan kelas 3 (tiga) belum ada yang kosong, maka pihak Rumah Sakit membuat Surat Pemberitahuan yang menyatakan ruangan kelas tiga masih dalam kondisi penuh dan

harus tetap dirawat di kelas 2 (dua), sampai ruang rawat kelas 3 (tiga) ada yang kosong.

- h) Pasien dengan kasus gawat darurat dapat diberikan pelayanan kesehatan terlebih dahulu untuk menyelamatkan jiwa dan selanjutnya dapat dilakukan perawatan sesuai indikasi medis kemudian sesegera mungkin melengkapi persyaratan administrasi sebagaimana poin a) 1) dalam kurun waktu 2 X 24 jam hari kerja.
- i) Jika dalam masa perawatan di Rumah Sakit diperlukan pemberian obat dan perbekalan yang berpotensi biaya mahal maka pihak Rumah Sakit harus memberitahu pihak pengelola tentang rencana tersebut dan harus mendapat persetujuan dari UPT. JAMKESDA dengan melampirkan protokol terapi lengkap dengan mencantumkan rencana pemakaian, harga, jumlah, dosis dan lama pemakaiannya dalam bentuk lembar persetujuan.
- j) Jika dalam masa perawatan di Rumah Sakit diperlukan tindakan medis/operatif yang berpotensi biaya mahal maka pihak Rumah Sakit harus memberitahu pihak pengelola tentang rencana tersebut dan harus mendapat persetujuan dari UPT. JAMKESDA dengan melampirkan lembar persetujuan tindakan.
- k) Kecuali untuk kasus kegawatdaruratan pemberitahuan dan persetujuan dapat melalui telepon/faximili/email, dengan ketentuan kelengkapan berkas dan persetujuan tertulis (sesuai poin i); disusulkan paling lambat 2 X 24 jam hari kerja.
- l) Hal-hal lain lain yang belum diatur dalam juknis ini akan dituangkan dalam dokumen PKS.

### **3) Rumah Sakit di luar Propinsi Kalimantan Timur,**

- a) Pada kasus pasien harus dirujuk ke Rumah Sakit diluar daerah maka pasien harus didampingi oleh petugas kesehatan (dokter, paramedis). Sebelum keberangkatan maka Tenaga Kesehatan pendamping dan keluarga pasien harus memastikan ketersediaan fasilitas kesehatan yang ada di sarana transportasi yang digunakan termasuk persyaratan administrasi untuk bisa dilakukan pengiriman pasien ke kota dimana Rumah Sakit tujuan berada.
- b) Persyaratan yang harus dilengkapi adalah sebagai berikut :
  - Surat rujukan dari Rumah Sakit Umum Propinsi Kalimantan Timur (dengan alasan tidak adanya fasilitas dan tenaga medis khusus yang akan memberikan pelayanan kesehatan sesuai diagnosa dan indikasi medis).
  - Kartu Sehat /KTP/KK/ Surat Keterangan Kelahiran bagi bayi usia sampai dengan 90 (sembilan puluh) hari atau Akte Kelahiran bagi anak dan bayi di atas 90 (sembilan puluh) hari yang sudah harus terdaftar di KK.
  - Surat Jaminan dari UPT. JAMKESDA Kabupaten Penajam Paser Utara (hanya dapat diambil di Kantor UPT. JAMKESDA Kabupaten Penajam Paser Utara dalam rangka pengendalian rujukan ke Rumah Sakit luar Propinsi).

- Bagi Tenaga Kesehatan pendamping (PNS, dokter/paramedis) harus membawa Surat tugas yang di tandatangani oleh Sekretaris Daerah (jika pejabat yang bersangkutan tidak ada ditempat untuk sementara waktu dapat diwakilkan oleh Kepala Dinas Kesehatan), Surat Perintah Perjalanan Dinas dan divisum oleh Rumah Sakit tujuan.
- c) Pasien/ keluarga mendaftarkan diri di loket Rumah Sakit dengan menunjukkan persyaratan administrasi seperti tersebut diatas dengan didampingi oleh petugas pendamping.
- d) Kemudian pasien dapat diberikan pelayanan kesehatan sesuai hasil diagnosa dokter yang menanganinya.
- e) Jika pasien akan dikonsulkan ke bagian lain atas indikasi medis maka mekanisme rujukan antar poli/ruangan cukup memakai formulir rujukan antar poli/ ruang tanpa harus membebaskan pasien dengan mengambil rujukan baru dan surat jaminan baru. Dalam hal ini pasien hanya melampirkan fotocopy surat jaminan dan surat rujukan awal.
- f) Jika pasien dinyatakan dapat pulang dan disarankan harus kontrol pada kunjungan berikutnya, maka pasien harus kembali membawa persyaratan administrasi seperti kunjungan pertama. Sedangkan surat jaminan berlaku 30 ( tiga puluh )hari kalender/ bulan yang sama sejak diterbitkan.
- g) Jika pasien dinyatakan dapat pulang dan disarankan harus kontrol pada bulan yang sama/kurang dari 30 ( tiga puluh ) hari maka pasien cukup melampirkan surat keterangan keluar Rumah Sakit dan atau surat kontrol.
- h) Jika oleh dokter, pasien harus menjalani rawat inap maka pasien akan ditempatkan di kelas perawatan kelas 3 (tiga), dan apabila pada kondisi tidak ada ruang rawat inap kelas 3 (tiga) maka pasien dapat dinaikkan kelas perawatannya satu tingkat diatasnya sampai batas maksimal 7 (tujuh) hari dengan melampirkan surat keterangan kelas 3 ( tiga) penuh dan akan dihitung sesuai tarif kelas yang ditempati, dan apabila pasien harus tetap dirawat dan ruang kelas 3 (tiga) telah ada yang kosong maka pasien dapat dipindahkan ke ruang rawat kelas 3 (tiga).
- i) Jika melewati batas maksimal 7 (tujuh) hari perawatan pasien yang dinaikkan kelas perawatannya seperti yang tercantum dalam poin h), sementara ruangan kelas 3 (tiga) belum ada yang kosong, maka pihak Rumah Sakit membuat Surat Pemberitahuan yang menyatakan ruangan kelas tiga masih dalam kondisi penuh dan harus tetap dirawat di kelas 2 (dua), sampai ruang rawat kelas 3 (tiga) ada yang kosong.
- j) Pasien dengan kasus gawat darurat dapat diberikan pelayanan kesehatan terlebih dahulu untuk menyelamatkan jiwa dan selanjutnya dapat dilakukan perawatan sesuai indikasi medis kemudian dapat sesegera mungkin menyampaikan persyaratan

administrasi sebagaimana tersebut di atas {poin 3) b)} dalam kurun waktu 2 X 24 jam hari kerja.

- k) Jika dalam masa perawatan di Rumah Sakit diperlukan pemberian obat dan perbekalan yang berpotensi biaya mahal maka pihak Rumah Sakit harus memberitahu pihak pengelola tentang rencana tersebut dan harus mendapat persetujuan dari UPT. JAMKESDA dengan melampirkan protokol terapi lengkap dengan mencantumkan rencana pemakaian, harga, jumlah, dosis dan lama pemakaiannya dalam bentuk lembar persetujuan.
- l) Jika dalam masa perawatan di Rumah Sakit diperlukan tindakan medis/operatif yang berpotensi biaya mahal maka pihak Rumah Sakit harus memberitahu pihak pengelola tentang rencana tersebut dan harus mendapat persetujuan dari UPT. JAMKESDA dengan melampirkan lembar persetujuan tindakan.
- m) Kecuali untuk kasus kegawatdaruratan pemberitahuan dan persetujuan dapat melalui telepon/faximili/email, dengan ketentuan kelengkapan berkas dan persetujuan tertulis {sesuai poin j)} disusulkan paling lambat 2 X 24 jam hari kerja.
- n) Hal-hal lain lain yang belum diatur dalam juknis ini akan dituangkan dalam dokumen perjanjian kerjasama (PKS).

**4) Rumah Sakit, Apotek dan Unit pelayanan kesehatan lain tanpa perjanjian kerjasama.**

Dapat diberikan Jaminan Pelayanan Kesehatan dengan ketentuan sebagai berikut :

- 1) Penduduk Kabupaten Penajam Paser Utara.
- 2) Tidak dijamin oleh Jaminan Kesehatan lainnya.
- 3) Pada kondisi kegawatdaruratan, dimana diperlukan penanganan segera dalam usaha penyelamatan jiwa.
- 4) Untuk Rumah Sakit, Apotek dan Unit Pelayanan Kesehatan Lain tanpa kerjasama di luar daerah harus dilengkapi dengan Surat Bukti melaksanakan Tugas Daerah ( contoh, sebagai Duta Kesenian, Pertukaran Pelajar, Kejuaraan, Studi banding, dll ) dari Instansi terkait.
- 5) Penduduk Kabupaten Penajam Paser Utara yang bersekolah/kuliah ke Daerah lain dibuktikan dengan Kartu Pelajar.
- 6) Jenis pelayanan/ tindakan yang tidak dapat dilaksanakan pada PPK dengan PKS dibuktikan dengan Surat Keterangan dari PPK pengirim dengan persetujuan dari UPT. JAMKESDA.
- 7) Klaim pembiayaan pada Rumah Sakit, Apotek dan Unit pelayanan kesehatan lain diatur dalam klaim perseorangan sesuai dengan ketentuan.

**BAB III**  
**DUKUNGAN OBAT DAN PERBEKALAN KESEHATAN**  
**UNTUK PELAYANAN**

Kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan untuk pelaksanaan jaminan pelayanan kesehatan yang meliputi :

**A. Puskesmas dan Jaringannya**

**1. Obat pelayanan kesehatan dasar (Obat PKD)**

Kebutuhan obat untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan Jaringannya telah disediakan melalui anggaran Dana Alokasi Umum (DAU)/Otonomi (APBD) di Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara melalui penyediaan obat-obatan pelayanan kesehatan dasar (PKD)

**2. Alat dan obat kontrasepsi**

Kebutuhan alat/obat kontrasepsi, obat untuk penanganan efek samping dan komplikasi disediakan oleh Kantor KB dan Pemberdayaan Perempuan Kabupaten Penajam Paser Utara sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan. Untuk masyarakat yang tidak bertanggung dalam program, akan ditanggung oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara.

**3. Obat gigi**

Kebutuhan obat gigi untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya telah disediakan melalui anggaran Dana Alokasi Umum (DAU) Otonomi (APBD) di Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara melalui penyediaan obat gigi pelayanan kesehatan dasar (PKD).

**4. Obat program kesehatan**

Kebutuhan obat program yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan bagi pelaksanaan di Puskesmas dan jaringannya (obat TB paru, Obat Malaria, obat Kusta, HIV/AIDS, Tablet besi, kapsul Vitamin A, dll) disediakan oleh Direktorat Jenderal Bina Farmasi dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan yang dikirim ke setiap Kabupaten/Kota dan Propinsi sesuai alokasi distribusi yang diajukan. Pendistribusian obat program ke Puskesmas dan jaringannya dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara.

**5. Vaksin dan serum**

Kebutuhan vaksin dasar untuk bayi dan ibu hamil pada Jaminan Pelayanan Kesehatan yang telah ditetapkan oleh unit teknis pengelola program di Kementerian Kesehatan disediakan oleh Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan alat kesehatan Kementerian Kesehatan yang dikirim kesetiap Propinsi sesuai dengan alokasi distribusi yang diajukan. Dinas Kesehatan mengajukan permintaan secara periodik ke Dinas Kesehatan

Propinsi sesuai kebutuhan. Kebutuhan vaksin di Puskesmas dipenuhi dari Dinas Kesehatan Kabupaten. Untuk kekurangan vaksin dan serum dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara sesuai kebutuhan.

## **6. Reagensia uji**

Kebutuhan reagensia uji untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan Jaringanya telah disediakan melalui anggaran Dana Alokasi Umum (DAU)/Otonomi (APBD) di Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara melalui penyediaan reagensia uji pelayanan kesehatan dasar (PKD).

## **7. Perbekalan kesehatan**

Kebutuhan perbekalan kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringanya telah disediakan melalui anggaran Dana Alokasi Umum (DAU)/Otonomi (APBD) di Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara melalui penyediaan perbekalan kesehatan pelayanan kesehatan dasar (PKD).

Untuk itu menghindari kekosongan obat dan perbekalan kesehatan diharapkan Puskesmas dan jaringanya melakukan pemantauan stok secara periodik sehingga pada kondisi ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan menipis atau mengalami kekosongan pada beberapa jenis dapat melakukan permintaan ke Dinas Kesehatan meskipun belum waktunya mengajukan permintaan sesuai jadwal.

## **B. Rumah Sakit**

### **1. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara**

Penggunaan obat dan alat kesehatan berpedoman kepada Pola Tarif yang berlaku di RSUD Penajam dan Formularium Obat RSUD Kabupaten Penajam Paser Utara.

### **2. Rumah Sakit dengan perjanjian kerjasama**

Penggunaan obat dan perbekalan kesehatan pada Rumah Sakit dengan perjanjian kerja sama berpedoman pada Perjanjian Kerja Sama dan Formularium Rumah Sakit yang telah disetujui oleh pihak UPT. JAMKESDA Kabupaten Penajam Paser Utara.

### **3. Rumah Sakit tanpa perjanjian kerjasama**

Pemerintah Kabupaten Penajam Paser Utara tidak menanggung klaim biaya obat dan perbekalan kesehatan dari Rumah Sakit tanpa perjanjian kerja sama diluar ketentuan yang berlaku.

## **BAB IV PEMBIAYAAN**

Anggaran kegiatan program Jaminan Kesehatan Daerah disiapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara sebagai bentuk kepedulian pemerintah terhadap kebutuhan masyarakat akan jaminan kesehatan.

### **A. SUMBER PEMBIAYAAN**

Biaya Jaminan Kesehatan Daerah bersumber dari:

Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara

### **B. ALOKASI ANGGARAN**

Biaya yang dialokasikan untuk Jaminan Pelayanan Kesehatan meliputi :

1. Biaya rawat jalan di Puskesmas dan jaringannya.
2. Biaya rawat jalan di Rumah Sakit.
3. Biaya pelayanan rawat inap di Puskesmas/Puskesmas perawatan dan Rumah Sakit.
4. Biaya pembelian obat dan perbekalan kesehatan.
5. Biaya pelayanan rujukan luar propinsi.
6. Paket biaya hidup pendamping dan pasien rujukan luar propinsi.
7. Biaya Transportasi pendamping dan pasien rujukan luar propinsi.
8. Biaya operasional Jaminan Pelayanan Kesehatan

### **C. PENYALURAN ALOKASI ANGGARAN**

Penyaluran Alokasi Anggaran Jaminan Pelayanan Kesehatan sebagaimana tersebut di atas pada Rumah Sakit dengan Perjanjian Kerjasama dilakukan dengan metode klaim yang didasarkan pada Paket Layanan atau Pola Tarif Rumah Sakit ( Fee for service ) sesuai dengan Perjanjian Kerjasama. Untuk tagihan Rawat Inap tingkat Puskesmas ditagihkan sesuai Perda Retribusi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Nomor 11 Tahun 2012 kecuali untuk Biaya Rawat Jalan di Puskesmas dan jaringannya dapat dilakukan dengan metode kapitasi setelah diatur dalam ketentuan kapitasi oleh Bupati berdasarkan peraturan yang berlaku.

### **D. TATA CARA PENGAJUAN TAGIHAN ( KLAIM )**

Dana untuk kegiatan pelayanan kesehatan Program Jaminan Kesehatan Daerah di Puskesmas dan Jaringannya serta Rumah Sakit dan rujukannya disalurkan melalui UPT. JAMKESDA Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara dan di bayarkan kepada unit pelayanan kesehatan dengan mekanisme penyaluran dana sebagai berikut :

1. Alur pencairan dana Jaminan Pelayanan Kesehatan untuk tingkat Puskesmas dan jaringannya diajukan mulai dari pusban/ polindes dengan menyerahkan laporan hasil kegiatan dan syarat administrasi pertanggung jawaban kegiatan kepada Puskesmas yang selanjutnya direkapitulasi oleh Puskesmas dan diserahkan kepada UPT. JAMKESDA.

2. Alur pencairan dana Jaminan Pelayanan Kesehatan untuk tingkat Rumah Sakit dan rujukannya dengan menyerahkan laporan hasil kegiatan pelayanan kesehatan dan syarat administrasi pertanggungjawaban kegiatan kepada UPT. JAMKESDA.
3. Alur pencairan dana Jaminan Pelayanan Kesehatan untuk klaim perseorangan diserahkan kepada UPT. JAMKESDA dengan melampirkan syarat administrasi pertanggungjawaban pelayanan kesehatan perseorangan.
4. Klaim biaya pelayanan kesehatan oleh PPK (Puskesmas dan jaringannya serta Rumah Sakit dan rujukannya), diajukan setiap bulan kepada UPT. JAMKESDA.
5. Klaim yang diajukan diverifikasi oleh UPT. JAMKESDA dan Verifikator yang ditunjuk oleh kepala UPT. JAMKESDA dan diangkat oleh Kepala Dinas Kesehatan.
6. Klaim yang telah diverifikasi dan mendapat persetujuan oleh pengelola dan PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan ) dapat dibayarkan oleh Bagian Keuangan Setkab Penajam Paser Utara melalui Bendahara Pengeluaran Pembantu UPT. JAMKESDA Kabupaten Penajam Paser Utara.
7. Klaim yang telah diverifikasi dan belum disetujui karena ada kesalahan / kekurangan administrasi dan selisih pembayaran akan dikembalikan ke pemberi pelayanan kesehatan / klaim perseorangan dalam bentuk catatan hasil verifikasi (feedback), sehingga dapat diperbaiki dan dilengkapi dalam jangka waktu 2 (dua) minggu (stempel pos / ekspedisi).
8. Jika dalam kurun waktu 2 (dua) minggu setelah catatan hasil verifikasi di terima dan pihak pemberi pelayanan kesehatan / klaim perseorangan tidak dapat melengkapi / memperbaiki maka pemberi pelayanan kesehatan / klaim perseorangan dianggap menyetujui hasil verifikasi.
9. Klaim yang telah diverifikasi dan tidak disetujui tidak dapat dibayarkan.
10. Proses verifikasi klaim dilakukan selambat-lambatnya 30 ( tiga puluh ) hari setelah klaim diterima UPT. JAMKESDA (diatur lebih lanjut dalam perjanjian kerjasama).
11. Klaim dapat dibayarkan paling lambat 5 hari kerja setelah mendapat persetujuan.
12. Pengajuan klaim tidak boleh melewati tahun anggaran berjalan, terkecuali sisa klaim yang disebabkan proses administrasi diakhir tahun anggaran (triwulan IV).
13. Pengajuan paket biaya hidup pendamping pasien untuk rujukan luar daerah diatur dengan peraturan yang berlaku yang ditetapkan oleh Bupati atau Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara.
14. Persyaratan pengajuan tagihan (klaim) diatur pada poin E (Persyaratan Pengajuan Tagihan).

#### **E. PERSYARATAN PENGAJUAN TAGIHAN ( KLAIM )**

Persyaratan pencairan / pengambilan dana dari UPT. JAMKESDA oleh PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) maupun perseorangan harus mengikuti prosedur sebagai berikut:

1. Puskesmas dan jaringannya

Persyaratan klaim dari Puskesmas dan jaringannya mengikuti metode pembayaran yang berlaku baik secara kapitasi maupun klaim:

- a. Persyaratan Pembayaran secara Kapitasi meliputi :
  - Surat Permohonan Pembayaran, dengan melampirkan:

- SK Penetapan Besaran Kapitasi masing-masing Puskesmas dan jaringannya;
  - SK Penetapan Peserta Jamkesda pada Puskesmas dan jaringannya;
  - Tanda Bukti Penerimaan Dana Kapitasi;
  - SK Bendaharan Penerimaan Dana Kapitasi Puskesmas Puskesmas dan jaringannya
  - Laporan Pelayanan Kesehatan;
- b. Persyaratan Klaim Rawat Jalan meliputi :
- 1) Rincian Biaya Tindakan dan Diagnosa, Pemeriksaan Laboratorium per pasien sesuai peraturan yang berlaku.
  - 2) Rekapitulasi tagihan selama 1 ( satu ) bulan dengan mencantumkan, nama, nomor peserta jamkesda ( NPJ )/nomor induk kependudukan ( NIK ) sebagai pengganti syarat kepesertaan.
  - 3) Surat Permohonan Pembayaran
- c. Persyaratan Klaim Rawat Inap meliputi :
- 1) Rincian biaya hari perawatan dan Diagnosa, visite dokter, visite perawat/bidan, tindakan, dan laboratorium per pasien sesuai peraturan yang berlaku.
  - 2) Rekapitulasi tagihan selama 1 ( satu ) bulan dengan mencantumkan, nama, nomor peserta jamkesda ( NPJ )/nomor induk kependudukan ( NIK ) sebagai pengganti syarat kepesertaan.
  - 3) Surat Permohonan Pembayaran
- d. Persyaratan Klaim Persalinan meliputi :
- 1) Rincian biaya hari perawatan dan Diagnosa, visite dokter, visite bidan, tindakan, dan laboratorium per pasien sesuai peraturan yang berlaku
  - 2) Lembar Partograf
  - 3) Buku KIA bila termasuk dengan ANC ( Ante Natal Care )
  - 4) Rekapitulasi tagihan selama 1 ( satu ) bulan dengan mencantumkan, nama, nomor peserta jamkesda ( NPJ )/nomor induk kependudukan ( NIK ) sebagai pengganti syarat kepesertaan.
  - 5) Surat Permohonan Pembayaran
- e. Untuk ABHP / Perbekalan kesehatan berupa Oksigen ( O<sub>2</sub> ) dapat melampirkan:
- 1) Kwitansi dan nota pembelian oksigen yang disahkan oleh agen penyalur/ distributor.
  - 2) Order barang (contoh terlampir).
  - 3) Berita acara serah terima barang (contoh terlampir).
  - 4) Rekapitulasi pemakaian oksigen per bulan.

Persyaratan klaim mengantar pasien rujukan adalah :

- 1) Fotokopi Kartu Sehat/KTP/ KK Kabupaten Penajam Paser Utara yang masih berlaku/ Surat keterangan kelahiran/ akte kelahiran untuk bayi atau anak usia sampai dengan 90(sembilan puluh) hari, untuk anak diatas usia 90(sembilan puluh) hari sudah harus terdaftar di KK.
- 2) Surat rujukan dari Puskesmas/RSUD PPU yang ditandatangani oleh dokter.
- 3) Surat tugas yang di buat terpisah untuk masing-masing petugas yang divisum oleh Rumah Sakit rujukan.
- 4) Nota BBM sesuai dengan APMS/SPBU, jika pembelian diluar APMS/ SPBU maka nota harus distempel dan disesuaikan harga lokal dengan tidak melebihi pagu dana yang ada (lihat lampiran).
- 5) Karcis feri(jika menggunakan angkutan penyeberangan).
- 6) Keterangan pelayanan ambulans yang divisum oleh Rumah Sakit rujukan.
- 7) Kwitansi tanda terima pengganti transport dan lumpsum.
- 8) Rekapitulasi penerimaan transport rujukan selama satu bulan (contoh terlampir).
- 9) Fotocopy Surat keterangan penuh dari RSKD/ RS. Hardjanto jika pasien di rujuk ke Rumah Sakit swasta dengan PKS.

## 2. Rumah Sakit Rujukan

a. Persyaratan Klaim Rawat Jalan meliputi :

- 1) Surat rujukan dari Puskesmas/RSUD/Rumah Sakit Propinsi(asli), kecuali untuk pasien kontrol ulang cukup melampirkan fotokopi surat rujukan awal untuk kasus penyakit yang sama dibulan yang sama.
- 2) Surat Jaminan Pelayanan Kesehatan (asli), kecuali untuk pasien kontrol ulang cukup melampirkan fotokopi surat jaminan yang telah divalidasi oleh verifikator UPT. JAMKESDA untuk kasus penyakit yang sama dibulan yang sama.
- 3) Total tagihan per pasien yang dilampirkan dengan bukti:
  - a. Copy resep.
  - b. Rincian harga obat.
  - c. Rincian penggunaan ABHP.
  - d. Rincian biaya tindakan.
  - e. Lembar permintaan pemeriksaan penunjang medis (laboratorium, radioelektromedik, dll) bila diperlukan.
  - f. Rincian biaya pemeriksaan penunjang medis.
  - g. Fotokopi lembar hasil pemeriksaan penunjang medis.
  - h. Lembar Konsul antar Poli bila diperlukan.
  - i. Lembar Persetujuan (penggunaan obat, alat medis, tindakan medis,pemeriksaan penunjang, dll ) bila diperlukan.
  - j. Rincian biaya lainnya.
- 4) Rekapitulasi tagihan selama satu bulan
- 5) Surat Permohonan Pembayaran.

b. Persyaratan Klaim rawat Inap :

- 1) Surat rujukan dari Puskesmas/RSUD/Rumah Sakit Propinsi ( asli ).
- 2) Surat Jaminan Pelayanan Kesehatan untuk rawat inap ( asli ).
- 3) Total tagihan per pasien yang dilampirkan dengan bukti :
  - a. Copy resep.
  - b. Rincian harga obat.

- c. Rincian penggunaan ABHP.
  - d. Rincian biaya tindakan.
  - e. Rincian biaya hari perawatan.
  - f. Rincian biaya makan minum pasien.
  - g. Lembar permintaan pemeriksaan penunjang medis ( laboratorium, radioelektromedik, dll ) bila diperlukan.
  - h. Rincian biaya pemeriksaan penunjang medis.
  - i. Fotokopi lembar hasil pemeriksaan penunjang medis.
  - j. Lembar Persetujuan ( penggunaan obat,alat medis,tindakan medis,pemeriksaan penunjang,dll ) bila diperlukan.
  - k. Rincian biaya lainnya.
- 4) Rekapitulasi tagihan selama sebulan.
  - 5) Surat Permohonan Pembayaran

c. Persyaratan klaim atau pembiayaan pasien rujukan adalah :

- 1) Fotokopi Surat Rujukan dari RSUD PPU.
- 2) Fotokopi Kartu Sehat/KTP/KK kab. PPU yang masih berlaku/ Surat keterangan kelahiran/akte kelahiran untuk bayi atau anak usia sampai dengan 90(sembilan puluh) hari, untuk anak diatas usia 90(sembilan puluh) hari sudah harus terdaftar di KK.
- 3) Surat Tugas yang dibuat terpisah untuk masing-masing petugas yang divisum oleh Rumah Sakit rujukan.
- 4) Nota BBM sesuai dengan APMS/SPBU, jika pembelian diluar APMS/SPBU maka nota sesuai harga lokal dengan tidak melebihi pagu dana yang ada (lihat lampiran).
- 5) Karcis feri (jika menggunakan angkutan penyeberangan).
- 6) Keterangan pelayanan Ambulans yang divisum oleh Rumah Sakit rujukan.
- 7) Kwitansi tanda terima pengganti transport dan lumpsum.
- 8) Rekapitulasi penerimaan transport rujukan selama satu bulan ( contoh terlampir ).
- 9) Surat keterangan Penuh dari RSKD/RS. Dr. R. Hardjanto jika pasien dirujuk ke Rumah Sakit swasta dengan perjanjian kerja sama.
- 10) Surat Permohonan Pembayaran.

### 3. Klaim Perseorangan

Klaim perseorangan diajukan ke UPT. JAMKESDA dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Seseorang ataupun pasien bisa mengajukan klaim perseorangan jika Rumah Sakit dengan kerjasama tidak memiliki fasilitas untuk melakukan perawatan, tindakan medis & pemeriksaan diagnostik penunjang yang dibuktikan dengan keterangan dari Rumah Sakit tersebut berupa surat rujukan yang ditujukan ke Rumah Sakit tanpa Perjanjian Kerja Sama ( PKS ) yang memiliki fasilitas atau kemampuan dalam melakukan tindakan/perawatan sub spesialisik.
- b. Peserta JAMKESDA yang sakit dan berada di luar daerah dalam rangka melaksanakan misi daerah atau tugas kedinasan yang dibuktikan dengan surat tugas dari instansi terkait atau kartu pelajar/mahasiswa.
- c. Dalam keadaan kegawatdaruratan.

- d. Klaim perseorangan yang pelayanannya dilakukan oleh Rumah Sakit tanpa kerja sama dibayarkan sesuai dengan tarif Rumah Sakit pemerintah dengan PKS atau mengacu pada tarif yang ditetapkan oleh pemerintah daerah yang sah (masih berlaku) sesuai dengan tipe atau kelas Rumah Sakit.
- e. Untuk jenis pelayanan/ penggunaan alat kesehatan yang tidak ada dalam daftar tarif Rumah Sakit dengan PKS atau yang ditetapkan oleh pemerintah hanya diganti 50 % dari harga yang tertera di kwitansi kecuali telah disetujui terlebih dahulu oleh pengelola jamkesda.
- f. Untuk penggantian biaya obat dan perbekalan kesehatan yang bukan termasuk obat generik ( obat paten ) yang tidak ada generiknya atau bukan untuk keperluan *penyelamatan jiwa* tidak akan dibayarkan, kecuali telah disetujui terlebih dahulu oleh pengelola jamkesda.
- g. Pengajuan klaim biaya perawatan (ruang rawat,visite dokter,makan-minum pasien) pada Rumah Sakit tanpa kerja sama dan kelas pelayanan bukan di kelas III (tiga) akan dibayarkan sesuai tarif pelayanan kelas III pada Rumah Sakit pemerintah dengan kerjasama (Rumah Sakit Propinsi dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan).

**Syarat pengajuan klaim perseorangan :**

- a. Surat keterangan tidak adanya fasilitas perawatan, tindakan medis & pemeriksaan diagnostik penunjang dari Rumah Sakit rujukan dengan kerjasama ( Asli ).
- b. Fotocopy Kartu Sehat /KTP / KK Kabupaten Penajam Paser Utara, Kartu mahasiswa / pelajar yang berada di luar daerah atau surat tugas dari instansi pengirim bagi masyarakat yang menjadi duta daerah.
- c. Surat rujukan dari Puskesmas / RSUD Kabupaten Penajam Paser Utara/Rumah Sakit dengan kerjasama lainnya.
- d. Surat rujukan dari Rumah Sakit propinsi dengan kerjasama apabila dirujuk keluar wilayah propinsi Kalimantan Timur.
- e. Total tagihan yang dilampirkan dengan perincian masing-masing ruang/depo/tindakan dan kwitansi pembayaran.
- f. Bagi pasien kecelakaan lalu lintas harus melampirkan surat keterangan kepolisian serta melampirkan selisih biaya Rumah Sakit yang ditanggung oleh Asuransi Jasa Raharja apabila pasien tersebut dibiayai oleh Jasa Raharja.
- g. Surat keterangan pulang dari Rumah Sakit jika pasien rawat inap.
- h. Untuk klaim penggunaan mobil jenazah harus di lengkapi surat kematian dari Rumah Sakit/ instansi yang berwenang ( Lurah/ Kepala Desa ).
- i. Bagi pasien yang sakit atau melakukan pengobatan di luar negeri maka:
  - Surat rujukan harus dikeluarkan serendah-rendahnya oleh Rumah Sakit Propinsi dengan pertimbangan keadaan pasien,biaya pengobatan yang lebih murah, kondisi geografis dan tidak adanya fasilitas di dalam negeri.
- j. Surat Permohonan Pembayaran.

**Klaim biaya rujukan luar daerah luar Propinsi dan luar negeri:**

- a) Tiket 1 orang pasien (pemakaian tempat duduk di sarana transportasi disesuaikan kondisi pasien, bila pasien bisa duduk atau pasien anak bisa digendong maka akan dihitung 1 tempat duduk tetapi bila pasien harus berbaring maka pasien akan menempati maksimal 9 tempat duduk) beserta boarding pass dan airport tax, jika menggunakan pesawat terbang.
- b) Tiket 1 orang keluarga pendamping beserta boarding pass dan airport tax jika menggunakan pesawat terbang.
- c) Biaya hidup pendamping pasien rujukan diatur lebih lanjut dalam keputusan Bupati atau surat keputusan kepala dinas kesehatan kabupaten penajam paser utara.
- d) Untuk Tenaga Kesehatan pendamping (PNS) :
  - Tiket Tenaga Kesehatan beserta boarding pass dan airport tax ( jika menggunakan pesawat terbang ) disesuaikan dengan jumlah petugas.
  - Telahan Staf yang ditujukan ke Sekretaris Daerah dan di tandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan/Kepala UPT. JAMKESDA.
  - Surat tugas yang ditandatangani oleh Sekretaris Daerah.
  - Surat Perintah Perjalanan Dinas yang divisum oleh Rumah Sakit tujuan.
  - Laporan kegiatan.

**F. BESARAN TARIF PELAYANAN**

Besaran tarif setiap komponen pelayanan kesehatan program JAMKESDA di Puskesmas dan jaringannya berupa rawat jalan, tindakan medis, pelayanan spesialistik, pertolongan persalinan, penunjang medis, rawat inap dan pelayanan lainnya (biaya transport, jasa pelayanan bagi petugas, akomodasi bila diperlukan) ditetapkan berdasarkan ketentuan **Peraturan yang berlaku**.

## **BAB V**

### **PENGUJIAN TAGIHAN**

Pengujian tagihan ( verifikasi ) adalah kegiatan penilaian administrasi klaim yang diajukan Pemberi Pelayanan Kesehatan oleh pelaksana verifikasi ( verifikator ) dengan mengacu kepada aturan yang berlaku dalam rangka kendali biaya dan kendali mutu.

#### **A. VERIFIKATOR**

Verifikator adalah petugas yang diberi wewenang untuk melakukan pengujian (verifikasi) terhadap tagihan (klaim) Pemberi Pelayanan Kesehatan sesuai dengan peraturan yang berlaku dalam rangka melaksanakan kendali mutu dan biaya pelayanan kesehatan.

##### 1. Syarat verifikator :

- a) Pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara.
- b) Pegawai Instansi lain yang ditunjuk atau diperbantukan.
- c) Pendidikan minimal D3 kesehatan atau non kesehatan yang pernah mengikuti pelatihan verifikasi.
- d) Ditunjuk dan diangkat sebagai verifikator dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan atas usulan kepala UPT. JAMKESDA atau diikat dalam sebuah Perjanjian Kontrak Kerjasama antara verifikator dengan Dinas Kesehatan.

##### 2. Tugas dan wewenang verifikator meliputi :

- a) Verifikasi kepesertaan
  - Pengujian kelengkapan berkas yang dibutuhkan sebagai syarat keabsahan sebagai peserta jamkesda.
- b) Verifikasi pelayanan kesehatan.
  - Pengujian kelengkapan berkas yang dibutuhkan sebagai syarat untuk mendapatkan jenis pelayanan kesehatan tertentu.
- c) Verifikasi administrasi pembiayaan kesehatan.
  - Pengujian kelengkapan berkas yang dibutuhkan sebagai syarat administrasi keuangan dalam rangka pembiayaan pelayanan kesehatan yang diberikan.
- d) Melakukan validasi lembar persetujuan tindakan, penggunaan alkes, dan obat.
- e) Membuat laporan hasil verifikasi.

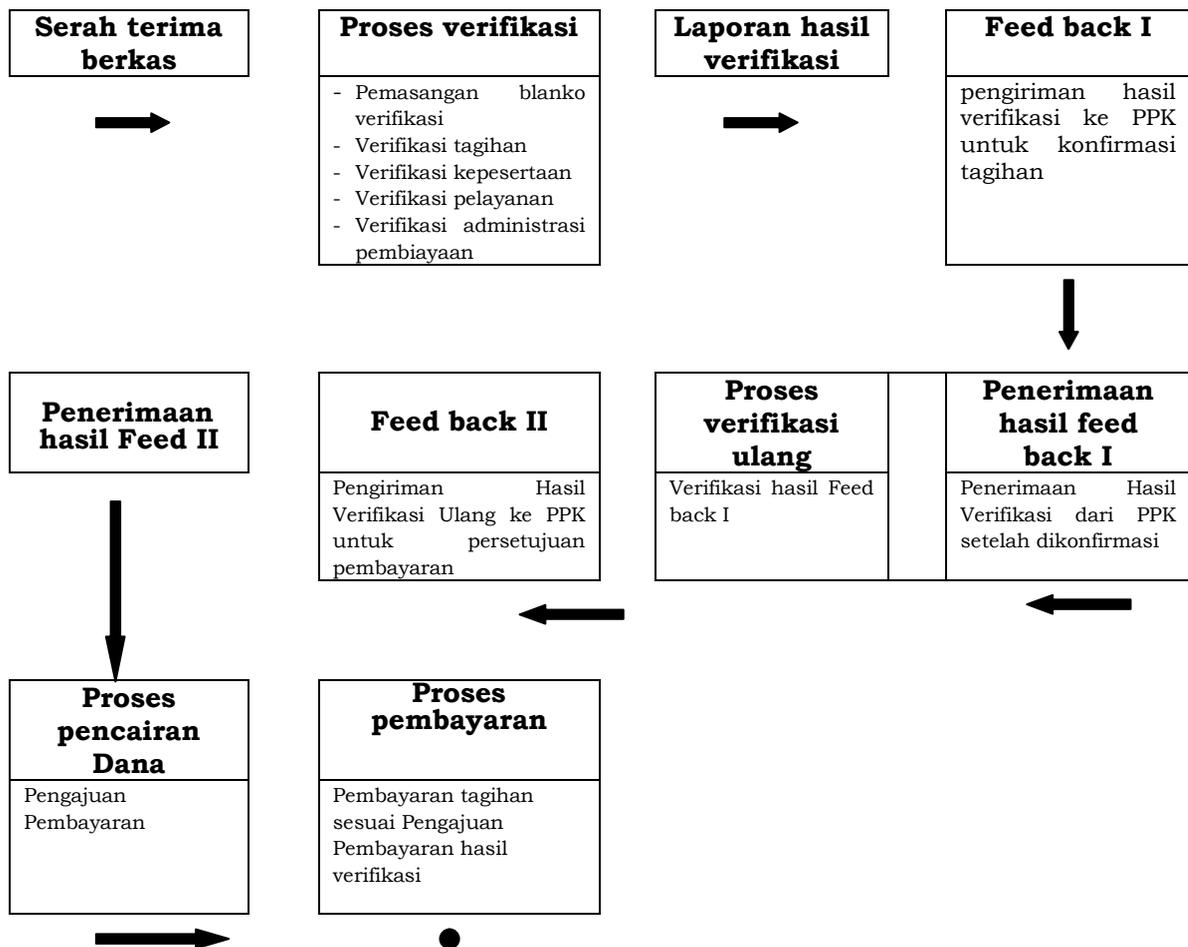
##### 3. Hak verifikator

- a) Verifikator berhak mendapatkan honorarium verifikator setiap bulan berdasarkan standarisasi belanja pegawai yang berlaku di Kabupaten Penajam Paser Utara.
- b) Verifikator yang bukan berstatus Pegawai Negeri Sipil dan diperbantukan sebagai verifikator berhak mendapatkan honorarium verifikator setiap bulan yang besarnya mengikuti standarisasi belanja pegawai yang berlaku di kabupaten penajam paser utara.

## B. ALUR, TATACARA DAN KELENGKAPAN BERKAS PROSES VERIFIKASI

### 1. ALUR PROSES VERIFIKASI

Bagan 4. Alur Proses Verifikasi



### 2. TATA CARA DAN KELENGKAPAN BERKAS PROSES VERIFIKASI

#### a. Rawat Jalan dan Rawat Inap

- 1) Serah terima berkas tagihan ( SPJ Tagihan ) Pemberi Pelayanan Kesehatan ( PPK ) disertai dengan Surat Permohonan Pembayaran.
- 2) Verifikasi Kepesertaan meliputi :
  - a) Kartu Sehat/KTP/KK/Surat Keterangan Lahir untuk umur sampai dengan 90 (sembilan puluh) hari.
  - b) Tidak dijamin atau sebagai peserta Asuransi lainnya ( Jamkesmas, Jampersal, Jamsostek, Askes PNS, Askes TNI/Polri, dll ).
- 3) Pemasangan lembar verifikasi pada berkas tagihan.

- 4) Verifikasi Pelayanan meliputi :
  - a) Surat Jaminan Pelayanan Kesehatan
  - b) Surat Rujukan ( kecuali kasus kegawatdaruratan ).
  - c) Memverifikasi kesesuaian nama pasien di rujukan dan surat jaminan pelayanan kesehatan dengan Kartu Sehat/KTP/KK/surat keterangan lahir.
  - d) Kesesuaian tanggal rujukan dan surat jaminan pelayanan kesehatan dengan diberikannya pelayanan :
    - i. Rawat jalan : surat rujukan dan surat jaminan pelayanan kesehatan berlaku untuk bulanyang sama/30 ( tiga puluh ) hari kalender.
    - ii. Rawat inap : surat rujukan dan surat jaminan pelayanan kesehatan berlaku untuk satu kali pelayanan
  - e) Kesesuaian tujuan rujukan dan surat jaminan pelayanan kesehatan dengan diberikannya pelayanan ( rujukan antar poli harus disertai dengan surat rujukan antar poli/lembar konsul ).
  - f) Stempel, tanda tangan dan nama petugas kesehatan dari instansi yang merujuk.
  - g) Kesesuaian kelas dilakukan pelayanan sesuai dengan Peraturan yang berlaku.
- 5) Verifikasi Administrasi Pembiayaan meliputi :
  - a) Obat meliputi :
    - i. Copy resep dengan tanda tangan dokter dan stempel.
    - ii. Rincian harga obat.
    - iii. Surat keterangan tidak ada/kosong/habis yang ditanda tangani dan di stempel bila ada pembelian obat di luar apotek RS (Asli).
    - iv. Kwitansi pembayaran obat di luar apotek Rumah Sakit yang ditanda tangani dan di stempel ( Asli ).
    - v. Kesesuaian tanggal peresepan dengan tanggal diberikan pelayanan (rawat inap, dilihat tanggal pasien mulai dirawat sampai pasien pulang).
    - vi. Kesesuaian tanggal peresepan dengan rincian harga obat ( untuk rawat inap, dilihat tanggal pasien mulai dirawat sampai pasien pulang ).
    - vii. Kesesuaian nama obat di copy resep dengan rincian harga obat.
    - viii. Kesesuaian jenis obat yang digunakan dengan diagnosa yang ada.
    - ix. Kesesuaian harga obat yang digunakan dengan Pola Tarif yang berlaku.
    - x. Asas rasionalisasi dan efisiensi penggunaan jenis obat dan jumlah yang diberikan maksimal untuk 2 ( dua ) minggu.
    - xi. Lembar Persetujuan Pemakaian Obat apabila ada pemakaian obat dengan total biaya di atas Rp. 500.000,- ( lima ratus ribu rupiah )
    - xii. Kesesuaian antara jenis obat dan harga yang disetujui dengan yang ditagihkan.

- b) Jasa Pelayanan meliputi :
- i. Rincian tarif jasa pelayanan yang diberikan sesuai Pola Tarif yang berlaku.
  - ii. Kesesuaian tanggal dan nama pasien dengan surat rujukan.
  - iii. Kesesuaian jenis jasa pelayanan dengan tempat pelayanan dan diagnosa yang ada.
- c) Jasa Tindakan Medis meliputi :
- i. Rincian tarif jasa tindakan sesuai jenis tindakan yang diatur dalam Pola Tarif yang berlaku.
  - ii. Kesesuaian tanggal dengan dilakukan tindakan.
  - iii. Kesesuaian penggolongan jenis tindakan ( sederhana, ringan, sedang, berat, khusus, cito ).
  - iv. Kesesuaian tarif dengan penggolongan jenis tindakan.
  - v. Lembar Persetujuan Tindakan untuk semua tindakan dengan tarif di atas Rp. 500.000,- ( lima ratus ribu rupiah ).
  - vi. Kesesuaian antara jenis tindakan yang disetujui dengan yang ditagihkan.
- d) Alkes dan ABHP, meliputi :
- i. Rincian penggunaan sesuai yang diatur oleh Pola Tarif yang berlaku atau peraturan yang berlaku.
  - ii. Kesesuaian nama dan tanggal penggunaan dengan waktu perawatan pasien.
  - iii. Surat keterangan tidak ada/habis/kosong yang ditandatangani dan stempel Rumah Sakit apabila ada penggunaan ABHP yang dibeli di luar apotek/depo Rumah Sakit ( Asli ).
  - iv. Kwitansi pembelian yang ditandatangani dan stempel dari apotek luar dengan melampirkan rincian harga alkes/ABHP apabila ada pembelian ABHP di luar apotek/depo Rumah Sakit ( Asli ).
  - v. Lembar persetujuan penggunaan apabila ada pemakaian Alkes atau ABHP yang berpotensi biaya tinggi, di atas Rp. 1.000.000,- ( satu juta rupiah );
  - vi. Kesesuaian antara Alkes atau ABHP yang digunakan dengan yang ditagihkan.
- d.1. Tabung Oksigen, meliputi :
- 1) Rekap global.
  - 2) Pesanan order yang bertandatangan dan berstempel.
  - 3) Berita acara serah terima barang yang bertandatangan dan berstempel.
  - 4) Nota oksigen.
  - 5) Kwitansi yang bertandatangan dan berstempel pihak penyedia.
  - 6) Kesesuaian jumlah order barang dengan berita acara serah terima barang.

- 7) Kesesuaian harga antara rekapan global dengan kwitansi pembayaran.
- e) Pemeriksaan laboratorium, meliputi :
- i. Lembar Permintaan Pemeriksaan Laboratorium yang ditandatangani dokter.
  - ii. Hasil pemeriksaan laboratorium sesuai permintaan yang ditandatangani laboratoris.
  - iii. Rincian biaya pemeriksaan laboratorium sesuai Pola Tarif yang berlaku.
  - iv. Lembar Persetujuan Pemeriksaan Laboratorium untuk kasus-kasus tertentu ( kultur darah, PA, dll ).
  - v. Lembar Permintaan Pemeriksaan untuk pemeriksaan laboratorium yang dilakukan di Rumah Sakit lain atau di instansi lain dengan disertai alasan yang jelas ( keterbatasan alat, SDM,dll ) dengan melampirkan lembar persetujuan atas permintaan tersebut di atas.
  - vi. Kwitansi pembayaran yang ditandatangani dan stempel untuk pemeriksaan yang dilakukan seperti pada poin v ( Asli ).
  - vii. Kesesuaian nama dan tanggal dilakukan pemeriksaan dengan tanggal pasien berkunjung/dirawat.
  - viii. Kesesuaian hasil pemeriksaan dengan permintaan pemeriksaan sesuai indikasimedis ( bukan atas permintaan pasien ).
  - ix. Kesesuaian tarif pemeriksaan dengan Pola Tarif yang berlaku.
  - x. Kesesuaian permintaan jenis pemeriksaan laboratorium dengan diagnosa.
  - xi. Bila pemeriksaan dilakukan lebih dari 1 ( satu ) kali yang disebabkan karena alat yang rusak atau kesalahan prosedur ( *human error* ) hanya akan dibayarkan 1 ( satu ) kali pemeriksaan yang valid.
- f) Pemeriksaan Penunjang Diagnostik Radiologi dan atau Elektromedik diagnostik
- i. Lembar Permintaan Pemeriksaan yang ditandatangani dokter.
  - ii. Hasil Pemeriksaan/hasil pembacaan Penunjang diagnostik yang ditandatangani dan stempel.
  - iii. Rincian biaya pemeriksaan penunjang diagnostik sesuai Pola Tarif yang berlaku.
  - iv. Lembar Persetujuan Pemeriksaan Penunjang Diagnostik untuk kasus-kasus tertentu yang digolongkan pemeriksaan canggih ( CT-Scan, ECG, MRI, dll ).
  - v. Lembar Permintaan Pemeriksaan untuk pemeriksaan penunjang yang dilakukan di Rumah Sakit lain atau di instansi lain dengan disertai alasan yang jelas ( keterbatasan alat, SDM,dll ) dengan melampirkan lembar persetujuan atas permintaan tersebut di atas.

- vi. Kwitansi pembayaran yang ditandatangani dan stempel untuk pemeriksaan yang dilakukan seperti pada poin v ( Asli ).
  - vii. Kesesuaian nama dan tanggal dilakukan pemeriksaan dengan saat pasien berkunjung/dirawat.
  - viii. Kesesuaian antara permintaan pemeriksaan dengan hasil pemeriksaan yang dilakukan.
  - ix. Kesesuaian pemeriksaan penunjang dengan diagnosa.
  - x. Kesesuaian biaya yang ditagihkan dengan Pola Tarif yang berlaku.
  - xi. Kesesuaian antara pemeriksaan penunjang yang ditagihkan dengan persetujuan yang diberikan.
  - xii. Bila pemeriksaan dilakukan lebih dari 1 ( satu ) kali yang disebabkan karena alat yang rusak atau kesalahan prosedur ( *human error* ) hanya akan dibayarkan 1 ( satu ) kali pemeriksaan yang valid.
- g) Lain-lain ( diet, portir, dll ) meliputi :
- i. Rincian biaya diet dan portir diet sesuai hari rawat dan Pola Tarif yang berlaku.
  - ii. Lembar permintaan diet jika dibutuhkan untuk kasus-kasus tertentu yang memerlukan menu diet khusus ( Gizi Buruk, Gagal ginjal, dll ) yang ditandatangani dokter.
  - iii. Biaya Kartu DMK sesuai dengan Pola Tarif yang berlaku.
  - iv. Jasa Portir obat sesuai Pola Tarif yang berlaku.
  - v. Jasa Portir DMK sesuai Pola Tarif yang berlaku.
  - vi. Lembar Permintaan Monitoring jika dibutuhkan untuk kasus-kasus tertentu yang memerlukan tindakan tersebut yang ditandatangani dokter.
  - vii. Rincian biaya monitoring sesuai Pola Tarif yang berlaku.
  - viii. Lembar monitoring sesuai permintaan.
  - ix. Kesesuaian nama, tanggal, dan menu diet dengan permintaan sesuai tanggal pasien berkunjung/dirawat.
  - x. Kesesuaian nama, tanggal lembar monitoring dengan yang diminta sesuai lembar permintaan.

## **Rujukan**

1. Serah terima berkas tagihan rujukan Rumah Sakit, bila perlu disertai dengan surat permohonan pembayaran.
2. Verifikasi kepesertaan meliputi :
  - a. Kartu Sehat/KTP/KK/Surat Keterangan Lahir untuk umur sampai dengan 90 (sembilan puluh) hari.
  - b. Tidak dijamin atau sebagai peserta Asuransi lainnya ( Jamkesmas, Jampersal, Jamsostek, Askes PNS, Askes TNI/Polri, dll ).
3. Pemasangan lembar verifikasi pada lembar tagihan.
4. Verifikasi Pelayanan meliputi :
  - a. Surat Rujukan.

- b. Surat Jaminan Pelayanan Kesehatan, untuk pasien yang telah di rawat sebelum dirujuk.
- c. Bukan atas permintaan sendiri ( APS ).
- d. Kesesuaian nama pasien di rujukan dengan Kartu Sehat/KTP/KK/Surat Keterangan Lahir.
- e. Kesesuaian tanggal rujukan dengan diberikannya pelayanan rujukan.
- f. Surat Tugas pendamping dan sopir ( terpisah ) yang telah divisum oleh Rumah Sakit Rujukan, ditandatangani atasan dan distempel.
- g. Kesesuaian tanggal dan nama pasien dengan surat rujukan.
- h. Surat Keterangan Pemakaian Ambulans yang ditandatangani atasan dan distempel.
- i. Surat keterangan penuh dari RSUD Penajam/RSU dr. Kanujoso Djatiwibowo/dr. Hardjanto Balikpapan bila merujuk ke Rumah Sakit swasta dengan Kerjasama.
- j. Nota BBM yang bertandatangan dan berstempel.
- k. Telaahan staf yang ditandatangani atasan dan distempel.
- l. Karcis Feri yang asli ( bila menggunakan angkutan feri ).
- m. Alat bukti pembayaran lain yang sah bila diperlukan.

#### **Hasil verifikasi ( Feed Back )**

1. Berkas hasil verifikasi yang ditanda tangani oleh verifikator.
2. Lembar Rekapitulasi hasil verifikasi yang ditanda tangani oleh Kepala UPT Jamkesda dan Pimpinan Instansi Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) serta Kepala Dinas Kesehatan sebagai pejabat yang mengetahui.
3. Surat Pengantar Pengiriman berkas yang ditanda tangani oleh Kepala UPT. JAMKESDA dan petugas di PPK yang menerima berkas.
4. Pengiriman feed back I ( pertama ) kepada PPK untuk dikonfirmasi.
5. Setelah dikonfirmasi pihak PPK wajib mengembalikan hasil feed back I (pertama) ke UPT. JAMKESDA selambat-lambatnya 2 (dua) minggu terhitung sejak berkas diterima.
6. Serah terima hasil feed back I ( pertama ) dari PPK.
7. Verifikasi ulang hasil feed back I.
8. Laporan hasil verifikasi feed back II ( kedua ) sebagai hasil proses verifikasi akhir.
9. Pengiriman feed back II ke PPK dan surat bukti persetujuan pembayaran sebagai syarat persetujuan hasil verifikasi akhir dan sekaligus sebagai persetujuan dilakukan pembayaran.
10. Pengembalian hasil feed back II dan surat bukti persetujuan pembayaran dari PPK ke UPT. JAMKESDA selambat-lambatnya 7 ( tujuh ) hari kerja.
11. Penerimaan hasil feed back II dan surat bukti pembayaran untuk selanjutnya dilakukan proses pencairan dana melalui Bendahara Pengeluaran Pembantu sesuai dengan peraturan yang berlaku.

## **BAB VI PENUTUP**

Dengan terbitnya buku petunjuk teknis ini diharapkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta Rumah Sakit dan rujukannya dapat bermanfaat bagi terselenggaranya pelayanan kesehatan yang berdaya guna dan berhasil guna dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat Kabupaten Penajam Paser Utara dengan prinsip transparansi dan akuntabilitas. Dengan memperhatikan keterbatasan masyarakat dalam menjangkau sarana pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya serta Rumah Sakit dan rujukannya maka telah diupayakan pemerataan pelayanan dapat terwujud melalui dukungan program Jaminan Pelayanan Kesehatan (JAMKESDA). Dalam upaya peningkatan status kesehatan perseorangan yang selanjutnya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, maka di harapkan Puskesmas meningkatkan dan memperbanyak upaya-upaya kesehatan lainnya yang bersifat promotif-preventif melalui pembiayaan program lainnya seperti dana BOK dan lain-lain.

Upaya kesehatan lain ini untuk mendekatkan pelayanan kepada masyarakat sehingga cakupan akan meningkat dan seluruh masyarakat Kabupaten Penajam Paser Utara dapat mengakses pelayanan kesehatan dasar. Kepala Dinas Kesehatan bertanggungjawab dalam upaya pembinaan penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan dan diharapkan pembinaan oleh Dinas Kesehatan dalam hal ini UPT. JAMKESDA Dinas Kesehatan dilakukan secara periodik serta berkesinambungan termasuk didalamnya pelaksanaan pengendalian pembiayaan. Dalam Upaya mewujudkan kesinambungan pelaksanaan kegiatan di Program JAMKESDA, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara dapat melakukan efisiensi biaya dengan memanfaatkan sumber dana lain yang ada disetiap Puskesmas.

Apabila dipandang buku petunjuk ini kurang dapat dioperasionalisasikan di Puskesmas dan jaringannya serta Rumah Sakit dan rujukannya maka dapat dilakukan revisi yang lebih teknis sesuai dengan kondisi dan situasi setiap sarana kesehatan dengan tetap mengacu pada petunjuk pelaksanaan dan peraturan-peraturan yang ada.

Demikian petunjuk teknis ini dibuat sebagai pedoman pelaksanaan Program Jaminan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan jaringannya serta Rumah Sakit dan rujukannya.

Kritik dan saran bagi perbaikan penyusunan buku petunjuk teknis penyelenggaraan Program Jaminan Pelayanan Kesehatan tetap kami harapkan.

**BUPATI PENAJAM PASER UTARA,**

Ttd

**H. YUSRAN ASPAR**

**MEKANISME PEMBERIAN AKOMODASI  
BAGI PASIEN RUJUKAN LUAR DAERAH/LUAR PROPINSI DAN PENDAMPINGNYA**

1. Hari Pertama sampai Hari Ketujuh, pendamping dan pasien diberikan Akomodasi Awal\*) dan diberikan satu kali sebelum berangkat dengan melampirkan syarat-syarat sebagai berikut :
  - a. Fotocopy Kartu Sehat/KTP/KK;
  - b. Fotocopy Surat Jaminan;
  - c. Fotocopy Surat Rujukan;
  - d. Fotocopy tiket pesawat pasien dan keluarga/pendamping;
  - e. Bukti Tanda Terima.
  
2. Hari kedelapan dan seterusnya diberikan Akomodasi Lanjutan\*\*) per hari dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. Dibayarkan selama pasien menjalani perawatan/pengobatan di Rumah Sakit.
  - b. Dibayarkan oleh UPT. Jamkesda melalui rekening Bank atas nama pasien setiap 2 (dua) minggu sekali dengan melampirkan:
    - 1) Fotocopy KTP Pasien;
    - 2) Fotocopy Buku Bank Pasien atau yang dikuasakan;
    - 3) Bukti transfer atau pembayaran pada rekening pasien.

....., ..... (tempat & tanggal)  
Kepala Dinas Kesehatan,

(.....)  
NIP : .....

Catatan:

\*) : Besaran Akomodasi Awal sesuai ketentuan Tarif Rujukan di Daerah.

\*\*) : Besaran Akomodasi Lanjutan sesuai ketentuan Tarif Rujukan di Daerah.

**KOP PUSKESMAS**

---

---

**SURAT KETERANGAN PEMAKAIAN AMBULANS**

Nomor : ...../SKPA/......./20.....

Nama : .....  
Umur : ..... Jenis Kelamin : L / P  
NIK : .....  
Alamat : .....  
No. Surat Rujukan : .....  
Diagnosa : .....  
Rumah Sakit tujuan : .....  
Asal Puskesmas : .....

Tanggal :...../...../20.....

Petugas Puskesmas,

(.....)  
NIP : .....

Petugas Rumah Sakit,

Mengetahui:  
Pimpinan Puskesmas,

(.....)  
NIP : .....

(.....)  
NIP : .....

**KOP PUSKESMAS**

SURAT TUGAS

Nomor :...../ST/...../...../20.....

Yang bertandatangan di bawah ini menugaskan kepada :

Nama :.....  
N I P :.....  
Pangkat/Gol.Ruang :.....  
Jabatan :.....

Tugas yang di berikan :.....  
Tempat tujuan :.....  
Jangka waktu tugas :.....  
Tanggal mulai tugas :.....  
Kendaraan yang digunakan :.....  
Biaya di bebaskan kepada :.....

Demikian surat tugas ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat segera dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab dan segera melapor sekembalinya dari menjalankan tugas.

Dikeluarkan di: .....  
pada tanggal: .....

Mengetahui:  
Petugas Rumah Sakit,

Pimpinan Puskesmas,

(.....)  
NIP.

(.....)  
NIP.

.....

.....

**KOP PUSKESMAS**

---

---

**SURAT RUJUKAN PESERTA JPK – PPU**

NO :

Dari Puskesmas : ..... Kecamatan : .....  
Kepada RS : ..... Poliklinik : .....

TS Yth,

Dengan ini kami mohon untuk dilakukan pemeriksaan / pengobatan lanjut terhadap penderitanya :

Nama : ..... Umur : .....Hari/Bln/Thn  
NIK : ..... J. Kelamin : Laki /Perempuan  
Alamat : ..... Status : KK/S/I/A.... /DLL

Hasil Pemeriksaan:

Anamnesa : .....  
.....

Pemeriksaan Fisik : .....  
.....

Pemeriksaan penunjang

.....  
.....

Diagnosa Kerja : .....

Penatalaksanaan : .....  
.....

Demikian rujukan ini disampaikan atas bantuan TS, diucapkan terimakasih.

....., ..... (tempat & tanggal)  
Dokter Puskesmas,

(.....)  
NIP.....

Lampiran.5:

**LAPORAN KEGIATAN PEMBIAYAAN DAN JAMINAN DI PUSKESMAS SURAT**

**LAPORAN KEGIATAN PEMBIAYAAN DAN JAMINAN DI PUSKESMAS**

**Puskesmas** : .....  
**Kecamatan** : .....  
**Bulan** : ..... **Tahun** : .....

NO	KEGIATAN	SATUAN			
1	2	3	4		
<b>I.</b>	<b>Kepesertaan JPK</b>				
	a. Jumlah penduduk di wilayah kerja	Jiwa			
	b. Jumlah peserta yang memiliki kartu jaminan	Jiwa			
		- Jamkesmas	Orang		
		- Askes			
		- Jamsostek			
		- Asuransi lain	Jiwa		
	- Peserta JPK				
	<b>II.</b>	c. Jumlah Ibu hamil (target Proyeksi satu tahun)			
		<b>Pelayanan Kesehatan Masyarakat</b>	Kunjungan		
		a. Jumlah kunjungan rawat jalan bulan ini	Kunjungan		
		b. Jumlah kunjungan rawat jalan sampai dengan bulan ini	Kunjungan		
		c. Jumlah kunjungan rawat inap bulan ini	Kunjungan		
		d. Jumlah kunjungan rawat inap sampai dengan bulan ini	Kunjungan		
		e. Jumlah kasus yang dirujuk	Orang		
		f. Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan (K4)	Orang		
		g. Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (KN2)	Orang		
		<b>III.</b>	h. Jumlah Persalinan oleh Tenaga Kesehatan		
			i. Jumlah Bumil yang Dirujuk	Rp.	
			j. Jumlah masyarakat yang menggunakan JPK	Rp.	
k. Jumlah masyarakat yang menggunakan kartu jaminan lainnya ( ASKES, JAMSOSTEK, JAMKESMAS )			Rp.		
			Rp.		
			Rp.		
<b>Pendanaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat</b>					
a. Jumlah biaya rawat jalan					
b. Jumlah biaya rawat inap					
c. Jumlah biaya persalinan					
e. Total Biaya Rujukan					
- Dalam Daerah					
- Luar daerah dalam propinsi					

....., ..... (tempat & tanggal)  
 Kepala Puskesmas,

(.....)  
 NIP : .....

**LAPORAN PELAKSANAAN PROGRAM  
JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN**

---

**GAMBARAN 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN DAN  
RAWAT INAP PESERTA JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN  
DI PUSKESMAS**

---

---

Puskesmas: .....  
Kecamatan : .....  
Bulan : ..... Tahun : .....  
.....

**A. PELAYANAN RAWAT JALAN 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN DI PUSKESMAS**

NO	Penyakit	Kode ICD	Jumlah Kasus
1	2	3	4
1.			
2.			
3.			
dst			
	<b>Jumlah</b>		

**B. PELAYANAN RAWAT INAP 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT INAP DI PUSKESMAS RAWAT INAP**

NO	Penyakit	Kode ICD	Jumlah Kasus
1	2	3	4
1.			
2.			
3.			
dst			
	<b>Jumlah</b>		

....., ..... (tempat & tanggal)

Kepala Puskesmas,

(.....)

NIP : .....

Lampiran.7:  
**LAPORAN JUMLAH, ASAL DAN JENIS  
 PENANGANAN KELUHAN PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS**

**LAPORAN JUMLAH, ASAL DAN JENIS PENANGANAN KELUHAN  
 PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS**

**Puskesmas :** .....  
**Kecamatan :** .....  
**Bulan :** ..... **Tahun :** .....

NO	ASAL KELUHAN	JENIS KELUHAN			
		Administrasi		Pelayanan Kesehatan	
		Jumlah	Tertangani	Jumlah	Tertangani
1	2	3	4	5	6
I.	Masyarakat				
II.	PPK				
III.	Pemerhati				

....., ..... (tempat & tanggal)  
 Kepala Puskesmas,

(.....)  
 NIP : .....

**Catatan :** Lampirkan tertulis apa yang menjadi keluhan Nama, umur, jns kelamin, alamat, pekerjaan, keluhan.

**LAPORAN PELAKSANAAN PROGRAM  
JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN**

**REKAPITULASI LAPORAN PENDANAAN PELAYANAN KESEHATAN**

**PUSKESMAS** : .....  
**BULAN** : .....  
**TAHUN** : .....

<b>No</b>	<b>JPK</b>	<b>Jamkesmas</b>	<b>BOK</b>	<b>Jampersal</b>	<b>JUMLAH</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

....., ..... (tempat & tanggal)  
Kepala Puskesmas,

(.....)  
NIP : .....



**PEMERINTAH KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT JAMINAN KESEHATAN DAERAH**  
Jl. Propinsi Km 0,5 RT. 005 Telp. (0542) 7201669 Kel. Penajam, Kec  
Penajam, Kab. Penajam Paser Utara

---

**SURAT JAMINAN KESEHATAN**

NO : 440/.....I/RJ/UPT-JAMKESDA/...../.....

Dengan ini menerangkan bahwa :

NIK :  
Nama :  
Umur :  
Jenis Kelamin :  
Alamat :  
Diagnosa :

Yang bersangkutan adalah benar-benar warga masyarakat Kabupaten Penajam Paser Utara, yang perlu mendapat pelayanan kesehatan dan dijamin di instalasi rawat jalan Rumah Sakit ..... segala bentuk pembiayaan yang timbul dalam pelayanan kesehatan yang bersangkutan menjadi tanggung jawab Pemerintah Kabupaten Penajam Paser Utara. Besaran tarif dan standar pelayanan kesehatan sesuai dengan perjanjian kerjasama yang masih berlaku.

Dengan ini surat keterangan ini diberikan, untuk diketahui dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Penajam, .....  
Kepala UPT. Jamkesda,

(.....)  
NIP : .....



**PEMERINTAH KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT JAMINAN KESEHATAN DAERA**  
Jl. Propinsi Km 0,5 RT. 005 Telp. (0542) 7201669 Kel. Penajam, Kec  
penajam, Kab. Penajam Paser Utara

---

**SURAT JAMINAN KESEHATAN**

NO : 440/.....I/RI/UPT-JAMKESDA/...../.....

Dengan ini menerangkan bahwa :

NIK :  
Nama :  
Umur :  
Jenis Kelamin :  
Alamat :  
Diagnosa :

Yang bersangkutan adalah benar-benar warga masyarakat Kabupaten Penajam Paser Utara, yang perlu mendapat pelayanan kesehatan dan dijamin di ruang rawat inap kelas III (tiga) Rumah Sakit ..... segala bentuk pembiayaan yang timbul dalam pelayanan kesehatan yang bersangkutan menjadi tanggung jawab Pemerintah Kabupaten Penajam Paser Utara. Besaran tarif dan standar pelayanan kesehatan sesuai dengan perjanjian kerjasama yang masih berlaku.

Dengan ini surat keterangan ini diberikan, untuk diketahui dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Penajam, .....  
Kepala UPT. Jamkesda,

(.....)  
NIP : .....

**BUPATI PENAJAM PASER UTARA,**

Ttd

**H. YUSRAN ASPAR**