



GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 59 TAHUN 2012
TENTANG

PEDOMAN PELAKSANAAN SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat perlu melakukan penataan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berjenjang dan berkesinambungan melalui mekanisme alur rujukan yang efektif dan efisien, serta berpedoman kepada sistem rujukan pelayanan kesehatan;
- b. bahwa sistem rujukan pelayanan kesehatan perlu diatur di dalam sebuah Peraturan Gubernur sebagai pedoman bagi petugas kesehatan, penjamin dan masyarakat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, kewenangan pelayanan, serta mengoptimalkan sumber daya yang dimiliki;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana yang dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 3) sebagaimana telah diubah, terakhir dengan Undang-undang Nomor 9 Tahun 1955 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 3 Jo. Nomor 19 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1955 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 827);
3. Undang-Undang No 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2012 tentang Keistimewaan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 170, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5339);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1950 tentang Berlakunya Undang-Undang Nomor 2, 3, 10 dan 11 Tahun 1950 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 58);
8. Keputusan Kementerian Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Rujukan Perorangan;
9. Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 7 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tatakerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Lembaga Teknis Daerah dan Satuan Polisi Pamong Praja Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2008 Nomor 7);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas masalah kesehatan dan kasus-kasus penyakit yang dilakukan secara timbal balik vertikal maupun horisontal maupun struktural dan fungsional terhadap kasus penyakit, masalah penyakit, atau permasalahan kesehatan.
2. Sistem Rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab, timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal atau horisontal, dalam arti dari unit yang kemampuannya kurang ke unit yang lebih mampu.
3. Rujukan kesehatan perorangan adalah rujukan kasus yang berkaitan dengan diagnosis, terapi, tindakan medik berupa pengiriman pasien, rujukan bahan pemeriksaan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium dan rujukan ilmu pengetahuan tentang penyakit.
4. Rujukan kesehatan masyarakat adalah rujukan sarana dan logistik, rujukan tenaga dan rujukan operasional dalam upaya kesehatan masyarakat.

5. Rujukan Spesimen atau penunjang diagnostik lainnya adalah rujukan pemeriksaan bahan yang berasal dan/atau diambil dari tubuh manusia untuk tujuan diagnostik, penelitian, pengembangan pendidikan, dan/atau analisis lainnya.
6. Rujukan balik adalah rujukan atas kasus yang dirujuk, fasilitas penerima rujukan akan merujuk balik pasien setelah memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhannya, sehingga rujukan berjalan menurut alur yang ditetapkan.
7. Jaminan Kesehatan adalah salah satu bentuk perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang layak melalui penerapan sistem kendali biaya dan kendali mutu;
8. Gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut;
9. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
10. Pelayanan Kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh praktik bidan, praktik dokter umum, praktik dokter gigi, puskesmas beserta jaringannya dan klinik pratama.
11. Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialisik yang dilakukan oleh praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, klinik utama, laboratorium klinis/kesehatan kabupaten/kota, laboratorium klinis/kesehatan swasta, rumah sakit kelas C dan rumah sakit kelas D.
12. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh rumah sakit kelas B dan rumah sakit kelas A.
13. Dinas adalah Dinas Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan .

BAB II KEGIATAN RUJUKAN

Pasal 2

Kegiatan rujukan meliputi pengiriman:

- a. rujukan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap;
- b. rujukan berupa spesimen atau penunjang diagnostik lainnya;
- c. rujukan bahan pemeriksaan laboratorium; dan/atau
- d. rujukan pengetahuan dan ketrampilan.

Pasal 3

Pemberi pelayanan kesehatan/petugas kesehatan wajib terlebih dahulu memeriksa pasien yang akan dirujuk.

Pasal 4

Pelaksanaan rujukan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 harus memenuhi prosedur standar :

- a. merujuk pasien;
- b. menerima rujukan pasien;
- c. memberi rujukan balik pasien;
- d. menerima rujukan balik pasien;
- e. rujukan lintas batas;
- f. pengelolaan pasien di ambulans; dan
- g. rujukan maternal perinatal.

Pasal 5

Rujukan terhadap pasien dilakukan dalam hal:

- a. fasilitas pelayanan kesehatan memastikan tidak mampu memberikan pelayanan yang dibutuhkan pasien berdasarkan hasil pemeriksaan awal secara fisik atau berdasar pemeriksaan penunjang medis; dan/atau
- b. setelah memperoleh pelayanan keperawatan dan pengobatan ternyata pasien memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.

Pasal 6

Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menerima rujukan harus merujuk kembali pasien ke fasilitas kesehatan asal rujukan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 setelah memberi pelayanan kesehatan bagi pasien rujukan.

Pasal 7

- (1) Pemberi Pelayanan Kesehatan/Petugas Kesehatan wajib mengirimkan rujukan berupa spesimen atau penunjang diagnostik lainnya jika memerlukan pemeriksaan laboratorium, peralatan medik/teknik, dan/atau penunjang diagnostik yang lebih tepat, mampu, dan lengkap.
- (2) Spesimen atau penunjang diagnostik lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikirim dan diperiksa dengan atau tanpa disertai pasien yang bersangkutan.
- (3) Jika sebagian spesimen telah diperiksa di laboratorium pelayanan kesehatan asal, laboratorium rujukan dapat memeriksa ulang dan memberi validasi hasil pemeriksaan pertama.
- (4) Fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima rujukan spesimen atau penunjang diagnostik lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 wajib mengirimkan laporan hasil pemeriksaan atas spesimen atau penunjang diagnostik lainnya yang telah diperiksa ke fasilitas pelayanan kesehatan asal.

Pasal 8

- (1) Fasilitas Pelayanan kesehatan dapat mengajukan permintaan rujukan pengetahuan dan ketrampilan kepada Dinas atau Dinas Kabupaten/Kota.
- (2) Rujukan pengetahuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pemberian:
 - a. bimbingan klinis;
 - b. bimbingan teknis/alih ketrampilan; dan/atau
 - c. bimbingan kesehatan masyarakat.
- (3) Rujukan pengetahuan dan ketrampilan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan cara:
 - a. dokter spesialis yang dibutuhkan melakukan bimbingan secara berkala ke puskesmas;
 - b. residen senior ditugaskan di rumah sakit Kabupaten/Kota atau kabupaten yang belum mempunyai dokter spesialis.
 - c. magang atau pelatihan di rumah sakit umum yang lebih lengkap bagi dokter umum, bidan atau perawat dari puskesmas atau rumah sakit umum kabupaten/kota.
- (4) Dinas memfasilitasi kerja sama tentang rujukan pengetahuan dan tenaga ahli/dokter spesialis antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

BAB III

JENJANG RUJUKAN

Pasal 9

Pelayanan kesehatan harus dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan dimulai dari pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Pasal 10

Pengiriman rujukan harus dilakukan secara berjenjang dengan ketentuan:

- a. Rujukan dari Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama harus dikirimkan ke Pemberi Pelayanan Kesehatan yang setara atau tingkat kedua; dan
- b. Rujukan dari Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat kedua harus dikirimkan ke Pemberi Pelayanan Kesehatan yang setara atau Tingkat ketiga.

Pasal 11

Pengiriman rujukan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 harus diutamakan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat sesuai jenjang rujukan.

Pasal 12

Pemberi pelayanan kesehatan, pasien peserta jaminan, dan penjamin pembiayaan kesehatan wajib mengikuti jenjang rujukan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 dan Pasal 10 kecuali di dalam keadaan darurat, bencana dan kekhususan permasalahan kesehatan pasien.

BAB IV
SYARAT RUJUKAN

Pasal 13

- (1) Pembuat rujukan harus:
 - a. mempunyai kompetensi dan wewenang merujuk;
 - b. mengetahui kompetensi dan wewenang sasaran/tujuan rujukan; dan
 - c. mengetahui kondisi serta kebutuhan objek rujukan.
- (2) Surat rujukan harus mencantumkan:
 - a. unit yang mempunyai tanggungjawab dalam rujukan, baik yang merujuk atau yang menerima rujukan;
 - b. alasan tindakan rujukan;
 - c. pelayanan medis dan rujukan medis yang dibutuhkan; dan
 - d. tanda tangan persetujuan pasien atau keluarga.
- (3) Surat rujukan harus dilampiri:
 1. formulir rujukan balik;
 2. kartu jaminan kesehatan; dan
 3. dokumen hasil pemeriksaan penunjang.
- (4) Rujukan pasien/spesimen harus dilakukan jika:
 - a. dari hasil pemeriksaan medis, sudah teridentifikasi bahwa keadaan pasien tidak dapat ditangani;
 - b. pasien memerlukan pelayanan medis spesialis dan atau subspecialis yang tidak tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan semula; dan/atau
 - c. pasien memerlukan pelayanan penunjang medis lebih lengkap yang tidak tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan asal;

Pasal 14

- (1) Pemberian rujukan untuk pasien jaminan kesehatan harus disertai kejelasan tentang pembiayaan rujukan dan pembiayaan di fasilitas kesehatan tujuan rujukan.
- (2) Pasien jaminan kesehatan harus dirujuk ke rumah sakit yang mengadakan kerjasama dengan penyelenggara jaminan kesehatan.

Pasal 15

Pemberi pelayanan kesehatan/tenaga kesehatan dilarang merujuk, menentukan tujuan rujukan, atau menerima rujukan atas dasar kompensasi/imbalan dari fasilitas pelayanan kesehatan.

Pasal 16

- (1) Penerima rujukan dapat merujuk balik atau mengarahkan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai jenjang pelayanannya jika berdasarkan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 atau analisa atas alasan tindakan rujukan,

pelayanan medis, dan rujukan medis di dalam surat rujukan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (2) huruf b dan c ternyata:

- a. dapat dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan perujuk; atau
 - b. tidak sesuai dengan jenjang pelayanan penerima rujukan.
- (2) Penerima rujukan wajib melaporkan rujukan yang tidak memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Dinas Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta atau Dinas Kabupaten/Kota, instansi, atau lembaga yang menangani pengaduan pelayanan publik.

Pasal 17

Dalam hal belum tersedianya fasilitas atau tempat bagi pasien rujukan, fasilitas pelayanan kesehatan yang merujuk wajib tetap memberikan perawatan dan menjaga stabilitas kesehatan pasien hingga memperoleh tempat rujukan.

Pasal 18

- (1) Dalam hal diketahui adanya pengirim rujukan yang melanggar syarat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 sampai dengan Pasal 14, Dinas memberikan sanksi administratif berupa teguran, pengumuman di media masa, penurunan kelas fasilitas pelayanan kesehatan, pencabutan izin, atau rekomendasi sanksi administratif.
- (2) Pemberian sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:
 - a. Dinas memberikan teguran tertulis setelah melakukan verifikasi terhadap Pengirim Rujukan;
 - b. teguran tertulis sebagaimana dimaksud pada huruf a berisi rekomendasi tindakan yang harus dilakukan oleh penerima teguran;
 - c. pengirim rujukan sebagaimana dimaksud pada huruf a wajib memperbaiki pelayanan dan memberi laporan kepada Dinas bahwa telah menindaklanjuti teguran;
 - d. laporan sebagaimana dimaksud pada huruf c harus disampaikan kepada Dinas paling lama 2 (dua) minggu sejak teguran tertulis di terima;
 - e. jika dalam waktu 2 (dua) minggu sejak teguran pertama diterima Pengirim rujukan tidak menindaklanjuti teguran pertama, Dinas memberi teguran kedua;
 - f. jika dalam waktu 2 (dua) minggu sejak teguran kedua diterima pengirim rujukan tidak menindaklanjuti teguran kedua, Dinas memberikan sanksi berupa pengumuman kepada masyarakat perihal Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang melanggar atau tidak memenuhi standar pelayanan;
 - g. dalam hal pelanggaran mengakibatkan kematian atau kerugian yang besar, Dinas dapat melanjutkan proses penjatuhan sanksi menjadi pencabutan izin; dan
 - h. dalam hal pihak yang melanggar adalah fasilitas pelayanan kesehatan kelas A, Dinas memberikan rekomendasi kepada Menteri tentang usul penjatuhan sanksi administratif.

BAB V

KEWAJIBAN PENGIRIM DAN PENERIMA RUJUKAN

Pasal 19

- (1) Pengirim rujukan wajib:
 - a. memberi penjelasan atau alasan kepada pasien atau keluarganya atas tindakan rujukan atau keputusan melakukan rujukan;
 - b. meminta konfirmasi dan memastikan kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan tujuan rujukan;
 - c. membuat surat rujukan dengan melampirkan hasil diagnosis pasien dan resume catatan medis;
 - d. mencatat pada register dan membuat laporan rujukan;
 - e. menstabilkan keadaan umum pasien dan memastikan stabilitas pasien dipertahankan selama perjalanan menuju ke tempat rujukan;
 - f. menyerahkan surat rujukan kepada pihak yang berwenang di fasilitas pelayanan kesehatan tempat rujukan melalui Tenaga kesehatan yang mendampingi pasien;
 - g. melaksanakan ketentuan yang ada pada jaminan kesehatan dan badan penjamin kesehatan; dan
 - h. memberi informasi mutakhir mengenai kapasitas sarana yang dimiliki seperti kapasitas kamar atau tempat tidur melalui situs jaringan yang dikelola oleh Dinas;
- (2) Pengirim rujukan harus memperhatikan kelengkapan perjalanan ke tempat rujukan yang meliputi:
 - a. sarana transportasi yang digunakan wajib dilengkapi alat resusitasi, perlengkapan kegawatdaruratan (*emergency kit*), oksigen, dan dapat menjamin pasien sampai ke tempat rujukan tepat waktu;
 - b. pasien didampingi oleh tenaga kesehatan yang trampil dalam tindakan kegawatdaruratan, mengetahui keadaan umum pasien dan mampu menjaga stabilitas pasien sampai tiba di tempat rujukan; dan
 - c. sarana transportasi/petugas kesehatan pendamping memiliki sarana komunikasi.
- (3) Dalam hal diketahui adanya pengirim rujukan yang melanggar syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Dinas memberikan sanksi administrasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) dan ayat (2).

Pasal 20

- (1) Penerima rujukan wajib:
 - a. menerima surat rujukan dan membuat tanda terima pasien;
 - b. mencatat kasus rujukan dan membuat laporan penerimaan rujukan;
 - c. membuat diagnosis dan melaksanakan tindakan medis yang diperlukan serta melaksanakan perawatan;
 - d. melaksanakan catatan medis sesuai ketentuan;
 - e. memberikan informasi media kepada fasilitas pelayanan kesehatan pengirim rujukan;

- i. membuat rujukan balik ke pengirim rujukan untuk menindaklanjuti perawatan selanjutnya yang tidak memerlukan pelayanan medis atau spesialisik atau subspecialistik setelah kondisi pasien stabil; dan/atau
 - j. memberi informasi mutakhir mengenai kapasitas sarana yang dimiliki melalui situs jaringan yang dikelola oleh Dinas;
- (2) Dalam hal diketahui adanya penerima rujukan yang melanggar syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dinas memberikan sanksi administratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1).

BAB VII

SISTEM INFORMASI DAN KOMUNIKASI RUJUKAN

Pasal 21

- (1) Dinas dan Instansi yang mempunyai tugas di bidang kesehatan Kabupaten/Kota harus mengembangkan sistem informasi dan komunikasi rujukan yang bersifat dinamis dan dalam jaringan (*online*) serta tersedia di semua fasilitas pelayanan kesehatan untuk menjamin ketepatan rujukan.
- (2) Sistem informasi dan komunikasi rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), antara lain memuat :
- a. jenis dan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan;
 - b. jenis dan kemampuan tenaga medis yang tersedia pada saat tersebut; dan
 - c. keberadaan tempat tidur yang kosong di semua kelas.
- (3) Aplikasi rujukan online sebagai media informasi dan komunikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sebagaimana tercantum dalam Lampiran II, yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

Pasal 22

Fasilitas pelayanan kesehatan di daerah wajib:

- a. memperbaharui data ketersediaan fasilitas kesehatan terkait dengan rujukan; dan
- b. mengakses sistem informasi dan komunikasi rujukan untuk mengetahui kondisi fasilitas pelayanan kesehatan yang akan dirujuk.

BAB VIII

PEMBINAAN, PENGAWASAN, MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 23

- (1) Dinas Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta dan/atau Kabupaten/kota yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan melakukan pembinaan, pengawasan, monitoring dan evaluasi penyelenggaraan sistem rujukan pelayanan kesehatan sesuai dengan fungsi, tugas dan wewenang masing-masing.
- (2) Pembinaan, pengawasan, monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan.

Pasal 24

- (1) Asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan pembinaan, pengawasan, monitoring, dan evaluasi secara mandiri bagi anggotanya.
- (2) Hasil pembinaan, pengawasan, monitoring, dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikirim ke dinas dalam bentuk rekomendasi pemberian insentif, disinsentif, dan sanksi administratif bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

BAB IX

KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 25

- (1) Ketentuan lebih lanjut rincian kegiatan sistem rujukan, tata cara pelaksanaan sistem rujukan, pencatatan, pelaporan, monitoring dan evaluasi sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.
- (2) Ketentuan mengenai perubahan terhadap lampiran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Keputusan Kepala Dinas.

BAB X

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 26

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta.

Ditetapkan di Yogyakarta
pada tanggal 19 Oktober 2012

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

TTD

HAMENGGU BUWONO X

Diundangkan di Yogyakarta
pada tanggal 19 Oktober 2012

SEKRETARIS DAERAH
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

TTD

ICHSANURI

PENJELASAN
ATAS
RANCANGAN PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 59 TAHUN 2012
TENTANG
PEDOMAN PELAKSANAAN SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN

I. UMUM

Penataan penyelenggaraan pelayanan kesehatan melalui pengaturan sistem rujukan merupakan upaya peningkatan pelayanan kesehatan yang dilakukan secara berjenjang, berkesinambungan, efektif dan efisien. Dengan penataan sistem rujukan, masyarakat akan memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kebutuhan masing-masing individu. Pengaturan sistem rujukan dimaksudkan untuk meminimalisir ketidaktepatan tingkat pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan yang menyebabkan biaya tinggi di dalam pemeliharaan kesehatan. Untuk memberikan tingkat pelayanan kesehatan yang sesuai tersebut maka jenjang rujukan perlu diatur dan dilaksanakan secara baik. Dengan pengaturan tersebut fasilitas pelayanan kesehatan diharapkan dapat memberi pelayanan terbaik dan cepat memberi penanganan terhadap pasien atau mengirim pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap.

Sistem rujukan di Indonesia dibedakan atas 2 jenis yaitu rujukan medis dan rujukan kesehatan. Rujukan medis adalah upaya rujukan kesehatan yang dapat bersifat vertikal, horizontal atau timbal balik yang terutama berkaitan dengan upaya penyembuhan dan rehabilitasi serta upaya yang bertujuan mendukungnya. Rujukan kesehatan adalah rujukan upaya kesehatan yang bersifat vertikal dan horisontal yang terutama berkaitan dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta upaya yang mendukungnya.

Sistem rujukan medis di Daerah Istimewa Yogyakarta mencakup 3 (tiga) aspek pelayanan medis yaitu rujukan pasien, rujukan spesimen/penunjang diagnostik lainnya dan rujukan pengetahuan. Sistem rujukan dapat dilaksanakan secara horisontal, vertikal atau kedua-duanya dari tingkat bawah ke tingkat yang lebih tinggi. Pelayanan kesehatan telah tersedia pada semua tingkatan mulai dari tingkat dasar seperti klinik pratama / klinik utama, puskesmas pembantu, puskesmas dan dokter praktek swasta / bidan praktek swasta sampai ke tingkat yang lebih tinggi seperti rumah sakit. Apabila klinik pratama / klinik utama, puskesmas pembantu, puskesmas, atau dokter praktek swasta/bidan praktek swasta menerima atau merawat kasus gawat darurat atau non gawat darurat (penyakit kronis) dan tidak berwenang atau tidak mampu memberikan penanganan medis tertentu atau pelayanan kesehatan penunjang, maka harus merujuk pasien tersebut kepada fasilitas kesehatan yang lebih mampu, misalnya rumah sakit pemerintah/swasta atau fasilitas kesehatan terdekat.

Sistem Jaminan Sosial Nasional Nomor 40 Tahun 2010, merupakan suatu cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial yang bertujuan memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta atau anggota keluarganya. Untuk penyelenggaraan SJSN maka dibentuk Dewan Jaminan Sosial Nasional dan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial. Pada tahun 2014 akan diberlakukan *universal health coverage*, sehingga semua Warga Negara Indonesia mendapat perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang layak melalui penerapan sistem kendali biaya dan kendali mutu, dan diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas bagi seluruh penduduk. Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional akan menerapkan konsep *managed care*, yaitu :

1. Seleksi provider mengacu pada *credentialing*
2. Pelayanan dasar berbasis kedokteran keluarga dengan melaksanakan *gatekeeper*.
3. Sistem pelayanan berjenjang dengan pola rujukan dan rujukan balik (*referral sistem*)
4. Daftar formularium dan plafon harga obat.
5. *Utilisasi review*
6. Dewan Pertimbangan Medis

Saat ini penerapan sistem rujukan pelayanan kesehatan di Daerah Istimewa Yogyakarta belum berjalan secara optimal di semua tingkat fasilitas kesehatan, hal ini dibuktikan dengan masih ditemukannya morbiditas yang memerlukan rujukan dan rujukan balik namun tidak dapat terlayani secara memadai, antara lain: belum adanya

1. Petunjuk teknis yang terpadu bagi petugas kesehatan yang ada di lapangan,
2. Upaya konseling terhadap pasien atau keluarga pasien oleh petugas kesehatan,
3. Sebagian sarana dan prasarana rujukan
4. Fasilitas pelayanan kesehatan menangani pasien tidak sesuai dengan kelasnya
5. Ada perbedaan kebijakan penjamin jaminan kesehatan.

Hasil *asesment* pelaksanaan rujukan di 5 (lima) Kabupaten/Kota di Daerah Istimewa Yogyakarta pada saat rapat koordinasi PERSI dan Dinas Kesehatan ditemukan oleh Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta, beberapa masalah dalam pelaksanaan rujukan pasien, antara lain :

1. Masih ada penerima pertama pasien kegawatdaruratan bukan tenaga kesehatan terlatih,
2. Prosedur penerimaan rujukan belum diterapkan secara maksimal, sehingga penanganan terlambat.
3. Belum semua rumah sakit memiliki bank darah yang berfungsi sebagai tempat sementara untuk penyimpanan darah, dan belum tersedianya Unit Transfusi Darah (UTD) di semua rumah sakit, sehingga sering terjadi keterlambatan dalam penyediaan darah bagi pasien yang memerlukan.
4. Tenaga kesehatan yang sudah terlatih dimutasi ke fasilitas pelayanan kesehatan lain atau bagian lain.
5. Pelaksanaan rujukan balik belum dimanfaatkan secara maksimal oleh petugas rumah sakit dan puskesmas/jajarannya.
6. Belum ada petunjuk teknis sistem rujukan kesehatan untuk mengakomodasi kebutuhan lokal.
7. Pengetahuan masyarakat/petugas tentang tanda-tanda kasus kegawatdaruratan masih rendah, sehingga sering menghambat proses rujukan.
8. Secara sosial budaya, banyak pihak dalam keluarga pasien harus dilibatkan untuk pengambilan keputusan, dan kurangnya kemampuan serta kemandirian pasien dalam mengambil keputusan sering menghambat rujukan.

Guna menjamin pelaksanaan sistem rujukan ini maka dikonstruksikan sanksi administratif bagi fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak menaati sistem tersebut. Meski demikian, fasilitas pelayanan kesehatan yang terkena sanksi tetap diberi kesempatan untuk memperbaiki kinerja dengan melaksanakan kewajiban-kewajiban mereka sebagai pengirim atau penerima rujukan.

Berkaitan dengan hal tersebut di atas, maka perlu disusun petunjuk teknis tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan di Daerah Istimewa Yogyakarta yang akan dijadikan acuan bagi semua petugas di fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

Secara umum pengaturan sistem rujukan di dalam Peraturan Gubernur ini merupakan salah satu upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta merupakan urusan wajib di bidang kesehatan.

II. PASAL DEMI PASAL

Pasal 1

Cukup jelas.

Pasal 2

Cukup jelas.

Pasal 3

Cukup jelas.

Pasal 4

Cukup jelas.

Pasal 5

Yang dimaksud dengan “berdasar pemeriksaan penunjang medis” adalah rujukan atas spesimen atau penunjang diagnostik yang harus disertai pasien yang bersangkutan.

Pasal 6

Cukup jelas.

Pasal 7

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Yang dimaksud dengan “memeriksa ulang” adalah pemeriksaan yang dilakukan jika ada keraguan terhadap hasil pemeriksaan pertama atau untuk menguatkan hasil pemeriksaan pertama.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Pasal 8

Cukup jelas.

Pasal 9

Cukup jelas.

Pasal 10

Cukup jelas.

Pasal 11

Cukup jelas.

Pasal 12

Cukup jelas.

Pasal 13

Cukup jelas.

Pasal 14

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan “penyelenggara jaminan kesehatan” antara lain Jamkesmas, Jamkesos, Jamkesda, Jamsostek, Askes, dan sejenisnya.

Pasal 15

Cukup jelas.

Pasal 16

Cukup jelas.

Pasal 17

Cukup jelas.

Pasal 18

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan “diketahui” adalah adanya pengaduan dari masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan, lembaga pengawas pelayanan publik seperti LOD, atau berdasarkan hasil pengawasan oleh Dinas.

Ayat (2)

Huruf a : Verifikasi dilakukan untuk membuktikan terjadinya pelanggaran.

Huruf b : Cukup jelas.

Huruf c : Cukup jelas.

Huruf d : Cukup jelas.

Huruf e : Cukup jelas.

Huruf f : Cukup jelas.

Huruf g : Yang dimaksud dengan “kerugian yang besar” adalah kerugian materiil atau immateriil yang diderita pasien, banyaknya kumulasi pengaduan dari masyarakat, atau kumulasi penjatuhan teguran terhadap rumah sakit.

Huruf h : Cukup jelas.

Pasal 19

Cukup jelas.

Pasal 20

Cukup jelas.

Pasal 21

Cukup jelas.

Pasal 22

Cukup jelas.

Pasal 23

Cukup jelas.

Pasal 24

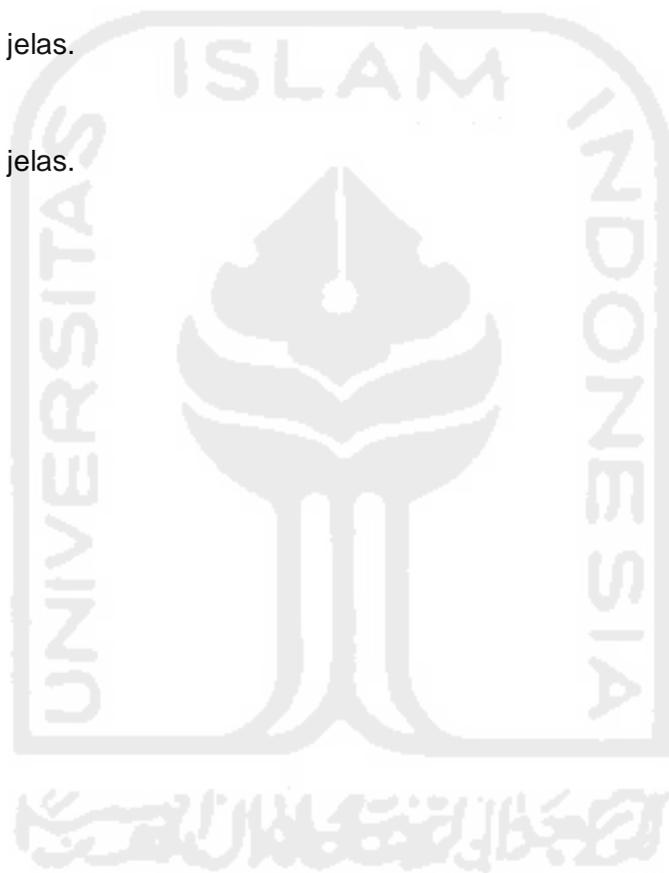
Cukup jelas.

Pasal 25

Cukup jelas.

Pasal 26

Cukup jelas.



LAMPIRAN I
PERATURAN GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 59 TAHUN 2012
TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN
SISTEM RUJUKAN PEYANANAN
KESEHATAN

SISTEM RUJUKAN

A. RINCIAN KEGIATAN

1. Rujukan pasien

Pengiriman pasien rujukan harus dilaksanakan sesuai dengan indikasi medis untuk perawatan dan pengobatan lebih lanjut ke sarana pelayanan yang lebih lengkap. Fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima rujukan harus merujuk kembali pasien ke sarana kesehatan yang mengirim, untuk mendapatkan pengawasan pengobatan dan perawatan termasuk rehabilitasi selanjutnya.

2. Rujukan spesimen atau penunjang diagnostik lainnya

a. Pemeriksaan:

Spesimen atau penunjang diagnostik lainnya yang dirujuk, dikirimkan ke laboratorium atau fasilitas penunjang diagnostik rujukan guna mendapat pemeriksaan laboratorium atau fasilitas penunjang diagnostik yang tepat.

b. Pemeriksaan Konfirmasi.

Sebagian spesimen yang telah diperiksa di laboratorium puskesmas, rumah sakit atau laboratorium lainnya boleh dikonfirmasi ke laboratorium yang lebih mampu untuk divalidasi hasil pemeriksaan pertama.

3. Pengalihan pengetahuan dan keterampilan

Dokter spesialis dari rumah sakit dapat berkunjung secara berkala ke puskesmas. Dokter asisten spesialis / residen senior dapat ditugaskan di rumah sakit kabupaten / kota, Puskesmas. yang membutuhkan atau kabupaten yang belum mempunyai dokter spesialis. Kegiatan menambah pengetahuan dan ketrampilan bagi dokter umum, bidan atau perawat dari puskesmas atau rumah sakit umum kabupaten / kota dapat berupa magang atau pelatihan di rumah sakit umum yang lebih lengkap.

4. Sistem Informasi Rujukan

a. Informasi kegiatan rujukan pasien dibuat oleh petugas kesehatan pengirim dan dicatat dalam surat rujukan pasien yang dikirimkan ke dokter tujuan rujukan, yang berisikan antara lain : nomor surat, tanggal dan jam pengiriman, status jaminan kesehatan yang dimiliki pasien baik pemerintah atau swasta, tujuan rujukan penerima, nama dan identitas pasien, resume hasil anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa, tindakan dan obat yang telah diberikan, termasuk pemeriksaan penunjang diagnostik, kemajuan pengobatan, nama dan tanda tangan dokter/bidan yang memberikan pelayanan serta keterangan tambahan yang dipandang perlu.

b. Informasi balasan rujukan dibuat oleh dokter yang telah merawat pasien rujukan. Surat balasan rujukan yang dikirimkan kepada pengirim pasien rujukan, memuat : nomor surat, tanggal, status jaminan kesehatan yang dimiliki, tujuan rujukan

penerima, nama dan identitas pasien, hasil diagnosa setelah dirawat, kondisi pasien saat keluar dari perawatan dan tindak lanjut yang diperlukan. (format surat balasan rujukan terlampir).

- c. Informasi rujukan spesimen dibuat oleh pihak pengirim dengan mengisi surat rujukan spesimen, yang berisikan antara lain : nomor surat, tanggal, status jaminan kesehatan yang dimiliki, tujuan rujukan penerima, jenis/bahan/asal spesimen, nomor spesimen yang dikirim, tanggal pengambilan spesimen, jenis pemeriksaan yang diminta, nama dan identitas pasien, serta diagnosis klinis. Informasi balasan hasil pemeriksaan bahan / spesimen yang dirujuk dibuat oleh pihak laboratorium penerima dan segera disampaikan pada pihak pengirim dengan menggunakan format yang berlaku di laboratorium yang bersangkutan.
- d. Informasi alih pengetahuan oleh tenaga ahli / dokter spesialis

kepala puskesmas.kepala klinik atau Direktur rumah sakit membuat permintaan permohonan ditujukan kepada fasilitas kesehatan / institusi pendidikan yang dituju dengan tembusan kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta, yang berisikan antar lain : nomor surat, tanggal, perihal permintaan tenaga ahli dan menyebutkan jenis spesialisasinya, waktu dan tempat kehadiran jenis spesialisasi yang diminta, maksud keperluan tenaga ahli diinginkan dan sumber biaya atau besaran biaya yang disanggupi. surat permintaan alih teknologi oleh tenaga ahli / dokter spesialis).

Informasi petugas yang mengirim, merawat atau meminta tenaga ahli selalu ditulis nama jelas, asal institusi dan nomor telepon atau handphone yang bisa dihubungi pihak lain. Keterbukaan antara pihak pengirim dan penerima untuk bersedia memberikan informasi tambahan yang diperlukan masing-masing pihak melalui media komunikasi bersifat wajib untuk keselamatan pasien, spesimen dan alih pengetahuan medis. Pencatatan dan pelaporan sistem informasi rujukan menggunakan format terlampir yang baku untuk rumah sakit dan untuk laporan rujukan puskesmas. Adapun alur pelaporan rujukan akan mengikuti alur pelaporan yang berlaku.

B. ORGANISASI DAN PENGELOLAAN

Agar sistem rujukan ini dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, maka perlu diperhatikan organisasi dan pengelolaannya, harus jelas mata rantai kewenangan dan tanggung jawab dari masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan yang terlihat didalamnya, termasuk aturan pelaksanaan dan koordinasinya. Sistem rujukan berjenjang diwajibkan bagi peserta jaminan kesehatan. Kriteria pembagian wilayah pelayanan dalam sistem rujukan dan koordinasi antara fasilitas pelayanan kesehatan, sebagai berikut :

1. Kriteria pembagian wilayah pelayanan sistem rujukan

Sumber daya tenaga dan dana kesehatan yang disediakan terbatas, maka perlu diupayakan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia secara efektif dan efisien.

Dalam sistem rujukan ini setiap fasilitas kesehatan mulai dari praktek swasta, klinik pratama, klinik utama, puskesmas pembantu, puskesmas, dan rumah sakit akan memberikan pelayanannya kepada masyarakat sesuai dengan ketentuan wilayah dan tingkat kemampuan petugas atau sarana. Ketentuan ini dikecualikan bagi rujukan kasus gawat darurat dan bencana, sehingga pembagian wilayah pelayanan dalam

sistem rujukan tidak hanya didasarkan pada batas-batas wilayah administrasi pemerintahan saja tetapi juga dengan kriteria antara lain:

- a. Tingkat kemampuan atau kelengkapan fasilitas pelayanan kesehatan, misalnya fasilitas rumah sakit sesuai dengan kelas.
 - b. Kerja sama rumah sakit dengan institusi pendidikan.
 - c. Keberadaan jaringan transportasi atau fasilitas pengangkutan yang digunakan ke fasilitas pelayanan Kesehatan.
 - d. Kondisi geografis wilayah fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Koordinasi rujukan antar fasilitas pelayanan kesehatan

Dalam upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan secara merata kepada masyarakat perlu adanya koordinasi yang efektif dalam pemberian pelayanan kesehatan rujukan. Koordinasi ini dapat dicapai dengan memberikan garis kewenangan dan tanggung jawab dari masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan. Pimpinan dalam koordinasi rujukan adalah Kepala Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. Adapun rumah sakit rujukan yang tertinggi di daerah Daerah Istimewa Yogyakarta adalah rumah sakit kelas A (rumah sakit umum atau rumah sakit khusus).

3. Alur Rujukan

Alur rujukan pasien berlaku secara umum, kecuali bagi rujukan kasus kegawatdaruratan, bencana atau rujukan khusus. Ada beberapa aspek yang harus diperhatikan dalam alur rujukan yaitu:

a. Klasifikasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit umum dan khusus kelas A sebagai rujukan bagi rumah sakit umum kabupaten/kota dengan klasifikasi B, C atau D atau fasilitas pelayanan kesehatan lain, termasuk rumah sakit TNI / Polri dan swasta di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Rumah sakit umum kelas B menjadi tujuan rujukan dari rumah sakit umum kelas C. Rumah sakit umum kelas C menjadi tujuan rujukan dari rumah sakit umum kelas D terdekat yang belum mempunyai spesialisasi yang dituju. Rumah sakit umum kelas D menjadi tujuan rujukan dari puskesmas. Dalam hal keterbatasan fasilitas, peralatan dan atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap rumah sakit yang dituju maka rujukan tidak harus mengikuti rujukan berjenjang. (misal bisa RS kelas D atau RS kelas D ke A).

b. Lokasi / Wilayah Kabupaten/Kota

Berdasarkan hasil pemetaan wilayah dan tujuan rujukan masing-masing Kabupaten/Kota bisa berdasarkan lokasi geografis, fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu dan terdekat

c. Koordinasi unsur-unsur pelaksana Teknis

Unsur-unsur pelaksana teknis rujukan lain sebagai sarana tujuan rujukan yang dapat dikoordinasikan di tingkat Daerah Istimewa Yogyakarta, antara lain: Balai Laboratorium Kesehatan.

C. TATA CARA PELAKSANAAN SISTEM RUJUKAN

I. Merujuk Dan Menerima Rujukan Pasien

Pasien yang akan dirujuk harus sudah diperiksa dan layak untuk dirujuk, kriteria pasien yang layak untuk dirujuk adalah sebagai berikut :

- a. Hasil pemeriksaan fisik sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi;
- b. Hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan penunjang medis ternyata tidak mampu diatasi;
- c. Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan; dan/atau
- d. Apabila telah diobati dan dirawat ternyata memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.

Dalam prosedur merujuk dan menerima rujukan pasien ada dua pihak yang terlibat yaitu pihak yang merujuk dan pihak yang menerima rujukan dengan standar prosedur operasional sebagai berikut :

a. Standar Prosedur Operasional Merujuk Pasien

1. Prosedur Klinis:

- a) Melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik untuk menentukan diagnosis utama dan diagnosis banding.
- b) Memberikan tindakan stabilisasi sesuai kasus berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO).
- c) Memutuskan unit pelayanan tujuan rujukan.
- d) Untuk pasien gawat darurat harus didampingi tenaga kesehatan yang kompeten dibidangnya dan mengetahui kondisi pasien.
- e) Pasien (pada point 4) diantar dengan kendaraan ambulans, agar petugas dan kendaraan pengantar tetap menunggu sampai pasien di IGD mendapat kepastian pelayanan, apakah akan dirujuk atau ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan setempat.
- f) Rujukan kasus yang memerlukan standart kompetensi tertentu (sub spesialis) Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat I (Puskesmas, Dokter Praktek, Bidan Praktek, Klinik) dapat merujuk langsung ke rumah sakit rujukan yang memiliki kompetensi tersebut

2. Prosedur Administratif:

- a) Dilakukan setelah pasien diberikan tindakan medis.
- b) Membuat rekam medis pasien.
- c) Menjelaskan/memberikan *Informed Consernt* (persetujuan/penolakan rujukan)
- d) Membuat surat rujukan pasien rangkap 2, lembar pertama dikirim ke tempat rujukan bersama pasien yang bersangkutan. Lembar kedua disimpan sebagai arsip.
- e) Mencatat identitas pasien pada buku register rujukan pasien.
- f) Menyiapkan sarana transportasi
- g) Menghubungi rumah sakit yang akan dituju dengan menggunakan sarana komunikasi dan menjelaskan kondisi pasien.

- h) Pengiriman dan penyerahan pasien disertai surat rujukan ke tempat rujukan yang dituju.
 - i) Fasilitas pelayanan kesehatan perujuk membuat laporan
- b. Standar Prosedur Operasional Menerima Rujukan Pasien.
- 1. Prosedur Klinis:
 - a) Segera menerima dan melakukan stabilisasi/evaluasi pasien rujukan sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO).
 - b) Setelah stabil, pasien dibawa ke ruang perawatan elektif untuk perawatan selanjutnya atau dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu (jumlah tempat tidur/tenaga yang memiliki kompetensi yang dibutuhkan)
 - c) Melakukan monitoring dan evaluasi kemajuan klinis pasien.
 - 2. Prosedur Administratif:
 - a) Menerima, meneliti dan menandatangani surat rujukan pasien yang telah diterima untuk ditempelkan di kartu status pasien.
 - b) Apabila pasien tersebut dapat diterima kemudian membuat tanda terima pasien sesuai aturan masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan.
 - c) Mengisi hasil pemeriksaan dan pengobatan serta perawatan pada rekam medis dan diteruskan ke tempat perawatan selanjutnya sesuai kondisi pasien
 - d) Membuat *informed consent* (persetujuan tindakan, persetujuan rawat inap atau pulang paksa).
 - e) Segera memberikan informasi tentang keputusan tindakan /perawatan yang akan dilakukan kepada petugas / keluarga pasien yang mengantar.
 - f) Apabila tidak sanggup menangani (sesuai perlengkapan Puskesmas / RS yang bersangkutan), maka harus merujuk ke RS yang lebih mampu dengan membuat surat rujukan pasien rangkap 2, diisi lengkap kemudian surat rujukan yang asli dibawa bersama pasien, prosedur selanjutnya sama seperti merujuk pasien.
 - g) Mencatat identitas pasien dalam buku register yg ditentukan.
 - h) Rumah Sakit membuat laporan Triwulan
- c. Standar Prosedur Operasional Memberi Rujukan Balik Pasien
- 1. Prosedur Klinis:
 - a) Rumah Sakit atau Puskesmas yang menerima rujukan pasien wajib memberikan umpan balik ke Rumah Sakit/Puskesmas/Dokter Praktek/ Bidan Praktek/Klinik pengirim setelah dilakukan proses antara lain:
 - 1) Sesudah pemeriksaan medis, diobati dan dirawat selanjutnya pasien perlu di tindaklanjuti oleh Rumah Sakit/Puskesmas/Dokter Praktek/ Bidan Praktek/Klinik pengirim.

- 2) Sesudah pemeriksaan medis, diselesaikan tindakan kegawatan klinis, tetapi masih memerlukan pengobatan dan perawatan selanjutnya yang dapat dilakukan di Rumah Sakit/Puskesmas/Dokter Praktek/ Bidan Praktek/Klinik pengirim.
 - b) Melakukan pemeriksaan fisik dan mendiagnosis bahwa kondisi pasien sudah memungkinkan untuk keluar dari perawatan Rumah Sakit/Puskesmas tersebut dalam keadaan:
 - 1) Sehat atau Sembuh.
 - 2) Sudah ada kemajuan klinis dan boleh rawat jalan.
 - 3) Belum ada kemajuan klinis dan harus dirujuk ke tempat lain.
 - 4) Pasien sudah meninggal.
 - c) Rumah Sakit/Puskesmas yang menerima rujukan pasien harus memberikan laporan / informasi medis / balasan rujukan kepada Rumah Sakit/Puskesmas/Dokter Praktek/ Bidan Praktek/Klinik pengirim pasien mengenai kondisi klinis terakhir pasien apabila pasien keluar dari Rumah Sakit / Puskesmas.
2. Prosedur Administratif:
- a) Rumah Sakit / Puskesmas yang merawat pasien berkewajiban memberi surat balasan rujukan (format terlampir) untuk setiap pasien rujukan yang pernah diterimanya kepada Rumah Sakit/Puskesmas/Dokter Praktek/ Bidan Praktek/Klinik yang mengirim pasien yang bersangkutan.
 - b) Surat balasan rujukan dapat melalui keluarga pasien yang bersangkutan dan untuk memastikan informasi balik tersebut diterima petugas kesehatan yang dituju, dianjurkan menghubungi melalui sarana komunikasi yang memungkinkan seperti telepon, handphone, faksimili dan sebagainya.
 - c) Bagi Rumah Sakit , wajib mengisi laporan Triwulan
- d. Standar Prosedur Operasional Menerima Rujukan Balik Pasien
1. Prosedur Klinis:
 - a) Memperhatikan anjuran tindakan yang disampaikan oleh Rumah Sakit/ Puskesmas yang terakhir merawat pasien tersebut.
 - b) Melakukan tindak lanjut atau perawatan kesehatan masyarakat dan memantau kondisi klinis pasien sampai sembuh.
 2. Prosedur Administratif:

Meneliti isi surat balasan rujukan dan mencatat informasi tersebut di buku register pasien rujukan, kemudian menyimpannya pada rekam medis pasien yang bersangkutan dan memberi tanda tanggal / jam telah ditindaklanjuti.
- e. Standar Prosedur Operasional Rujukan Pasien Lintas Batas
- Persyaratan :
1. MOU antara Rumah Sakit dengan Pemerintah Kabupaten atau Pemerintah Provinsi (Bagi yang belum memiliki Bapel atau UPT Jamkes)

2. MOU antara Rumah Sakit dengan Pemerintah Kabupaten atau Pemerintah Provinsi dan MOU antara Rumah Sakit dengan Badan Penyelenggara Jaminan (Bagi yang telah memiliki Bapel / UPT Jamkes)
 3. Surat Rujukan dikeluarkan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (Dokter Praktek, Bidan Praktek, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit) berasal dari wilayah terdekat dengan tempat tinggal pasien.
 4. Untuk Kasus Gawat Darurat, tidak perlu surat rujukan.
- f. Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Pasien di Ambulance
1. Pasien yang dirujuk didampingi oleh petugas kesehatan yang mampu mengawasi danantisipasi kegawatdaruratan.
 2. Di dalam ambulan tersedia sarana prasarana *life saving* (sesuai kondisi pasien).
 3. Adanya komunikasi antar petugas yang ada di ambulan dengan rumah sakit perujuk.
 4. Pengoperasian mobil ambulan sesuai aturan lalu lintas.
 5. Perkembangan dan tindakan yang diberikan terhadap pasien di dalam ambulan dicatat dalam catatan perkembangan pasien/surat rujukan
- g. Standar Prosedur Operasional Rujukan Maternal & Neonatal
1. Polindes/poskesdes/bidan praktek swasta/rumah bersalin
 - a) Prosedur Klinis:
 - 1) Melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik untuk menentukan masalah kesehatan sesuai dengan kewenangannya
 - 2) Memberikan tindakan stabilisasi pra rujukan sesuai kasus berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO).
 - 3) Memutuskan unit pelayanan tujuan rujukan.
 - 4) Untuk Rujukan kasus yang memerlukan standar kompetensi tertentu (sub spesialis) Pemberi Pelayanan Kesehatan tersebut di atas (poskesdes /bidan praktek swasta/rumah bersalin) dapat merujuk langsung ke Rumah Sakit Rujukan yang memiliki kompetensi tersebut (RS mampu PONEK)
 - b) Prosedur Administratif:
 - 1) Dilakukan setelah pasien diberikan tindakan
 - 2) Membuat rekam medis pasien.
 - 3) Menjelaskan/memberikan *Informed Consernt* (persetujuan/penolakan rujukan)
 - 4) Membuat surat rujukan pasien rangkap 2
 - i. Lembar pertama dikirim ke tempat rujukan bersama pasien yang bersangkutan.
 - ii. Lembar kedua disimpan sebagai arsip.
 - 5) Mencatat identitas pasien pada buku register rujukan pasien.

2. Puskesmas Non PONEB/dokter praktek swasta/klinik

a) Prosedur Klinis:

- 1) Melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik untuk menentukan diagnosa utama dan diagnosis banding.
- 2) Memberikan tindakan stabilisasi pra rujukan sesuai kasus berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO).
- 3) Memutuskan unit pelayanan tujuan rujukan. Untuk pasien gawat darurat harus didampingi petugas Medis / Paramedis yang kompeten dibidangnya dan mengetahui kondisi pasien.
- 4) Apabila pasien diantar dengan kendaraan Puskesmas keliling atau ambulans, agar petugas dan kendaraan tetap menunggu pasien di IGD sampai ada kepastian pasien tersebut dapat dilayani dirawat inap atau di rujuk ke fasilitas kesehatan lain
- 5) Untuk rujukan kasus yang memerlukan standar kompetensi tertentu (sub spesialis) Pemberi Pelayanan Kesehatan tersebut di atas (Puskesmas Non PONEB/dokter praktek swasta/klinik) dapat merujuk langsung ke Rumah Sakit Rujukan yang memiliki kompetensi tersebut.

b) Prosedur Administratif:

- 1) Dilakukan setelah pasien diberikan tindakan
- 2) Membuat rekam medis pasien.
- 3) Menjelaskan/memberikan *Informed Consent* (persetujuan/penolakan rujukan)
- 4) Membuat surat rujukan pasien rangkap 2, lembar pertama dikirim ke
 - i. Lembar pertama dikirim ke tempat rujukan bersama pasien yang bersangkutan.
 - ii. Lembar kedua disimpan sebagai arsip.
- 5) Mencatat identitas pasien pada buku register rujukan pasien.
- 6) Menyiapkan sarana transportasi serta menghubungi rumah sakit yang akan dituju dengan menggunakan sarana komunikasi

3. Puskesmas PONEB

a) Menerima rujukan

1). Prosedur Klinis:

- i. Segera menerima dan melakukan stabilisasi/evaluasi pasien rujukan sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO).
- ii. Setelah stabil, pasien dibawa ke ruang perawatan elektif untuk perawatan selanjutnya atau dirujuk ke sarana kesehatan yang lebih mampu (tempat tidur/tenaga ahli)
- iii. Melakukan monitoring dan evaluasi kemajuan klinis pasien.

2). Prosedur Administratif:

- i. Menerima, meneliti dan menandatangani surat rujukan pasien yang telah diterima untuk ditempelkan di kartu status pasien.
- ii. Apabila pasien tersebut dapat diterima kemudian membuat tanda terima pasien sesuai aturan Puskesmas PONEB.

- iii. Mengisi hasil pemeriksaan dan pengobatan serta perawatan pada rekam medis dan diteruskan ke tempat perawatan selanjutnya sesuai kondisi pasien.
- iv. Membuat *informed consent* (persetujuan tindakan, persetujuan rawat inap atau pulang paksa).
- v. Segera memberikan informasi tentang keputusan tindakan /perawatan yang akan dilakukan kepada petugas/keluarga pasien yang mengantar.
- vi. Apabila tidak sanggup menangani (sesuai perlengkapan Puskesmas PONEK yang bersangkutan), maka harus merujuk ke RS PONEK yang lebih mampu dengan membuat surat rujukan pasien rangkap 2. Kemudian surat rujukan yang asli dibawa bersama pasien, prosedur selanjutnya sama seperti merujuk pasien.
- vii. Mencatat identitas pasien di buku register yg ditentukan.

b) Merujuk

1) Prosedur Klinis:

- i. Melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik untuk menentukan diagnosa utama dan diagnosis banding.
- ii. Memberikan tindakan stabilisasi pra rujukan sesuai kasus berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO).
- iii. Memutuskan unit pelayanan tujuan rujukan.
- iv. Untuk pasien gawat darurat harus didampingi petugas Medis / Paramedis yang kompeten dibidangnya dan mengetahui kondisi pasien.
- v. Apabila pasien diantar dengan kendaraan Puskesmas keliling atau ambulans, agar petugas dan
- vi. Kendaraan tetap menunggu pasien di IGD sampai ada kepastian pasien tersebut dapat dilayani dirawat inap atau dirujuk ke fasilitas kesehatan lain
- vii. Untuk Rujukan kasus yang memerlukan standart kompetensi tertentu (sub spesialis) Pemberi Pelayanan Kesehatan tersebut di atas (Puskesmas,Dokter Praktek, Bidan Praktek, Klinik) dapat merujuk langsung ke Rumah Sakit Rujukan yang memiliki kompetensi tersebut.

2) Prosedur Administratif:

- i. Dilakukan setelah pasien diberikan tindakan medis.
- ii. Membuat rekam medis pasien.
- iii. Menjelaskan / memberikan *Informed Consermt* (persetujuan/ penolakan rujukan)
- iv. Membuat surat rujukan pasien rangkap 2
 - i.a. Lembar pertama dikirim ke tempat rujukan bersama pasien yang bersangkutan.
 - i.b. Lembar kedua disimpan sebagai arsip.
- v. Mencatat identitas pasien pada buku register rujukan pasien

4. Rumah Sakit PONEK

Menerima rujukan maternal

a) Prosedur klinik

- 1) Segera menerima dan melakukan stabilisasi/evaluasi pasien rujukan sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO).
- 2) Setelah stabil, pasien dibawa ke ruang perawatan elektif untuk perawatan selanjutnya atau dirujuk ke sarana kesehatan yang lebih mampu (tempat tidur/tenaga ahli) (sesuai dengan 1a dan 1 b)
- 3) Melakukan monitoring dan evaluasi kemajuan klinis pasien

b) Prosedur Administrasi

- 1) Menerima, meneliti dan menandatangani surat rujukan pasien yang telah diterima untuk ditempelkan di kartu status pasien.
- 2) Apabila pasien tersebut dapat diterima kemudian membuat tanda terima pasien sesuai aturan masing-masing sarana.
- 3) Mengisi hasil pemeriksaan dan pengobatan serta perawatan pada rekam medis dan diteruskan ke tempat perawatan selanjutnya sesuai kondisi pasien.
- 4) Membuat *informed consent* (persetujuan tindakan, persetujuan rawat inap atau pulang paksa).
- 5) Segera memberikan informasi tentang keputusan tindakan/perawatan yang akan dilakukan kepada petugas/keluarga pasien yang mengantar.
- 6) Apabila tidak sanggup menangani (sesuai perlengkapan RS yang bersangkutan), maka harus merujuk ke RS kelas A yang lebih mampu dengan membuat surat rujukan pasien rangkap 2. Kemudian surat rujukan yang asli dibawa bersama pasien, prosedur selanjutnya sama seperti merujuk pasien. (catatan komunikasi ke tujuan rujukan)
- 7) Mencatat identitas pasien di buku register serta mengisi laporan Triwulan pada RL.1.
- 8) Pengiriman dan penyerahan pasien disertai surat rujukan ke tempat rujukan yang dituju.

II. Merujuk Dan Menerima Rujukan Spesimen Dan Penunjang Diagnostik Lainnya

Pemeriksaan Spesimen dan Penunjang Diagnostik lainnya dapat dirujuk apabila pemeriksaannya memerlukan peralatan medik/teknik pemeriksaan laboratorium dan penunjang diagnostik yang lebih lengkap. Spesimen dapat dikirim dan diperiksa tanpa disertai pasien yang bersangkutan.

Rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima rujukan spesimen tersebut harus mengirimkan laporan hasil pemeriksaan spesimen yang telah diperiksanya.

- a. Prosedur standar pengiriman rujukan spesimen dan Penunjang Diagnostik lainnya
 1. Prosedur Klinis:
 - a) Menyiapkan pasien/spesimen untuk pemeriksaan lanjutan.
 - b) Untuk spesimen, perlu dikemas sesuai dengan kondisi bahan yang akan dikirim dengan memperhatikan aspek sterilitas, kontaminasi penularan penyakit, keselamatan pasien dan orang lain serta kelayakan untuk jenis pemeriksaan yang diinginkan.
 - c) Memastikan bahwa pasien/spesimen yang dikirim tersebut sudah sesuai dengan kondisi yang diinginkan dan identitas yang jelas (dilengkapi jam pengambilan)
 2. Prosedur Administratif:
 - a) Mengisi format dan surat rujukan spesimen/penunjang diagnostik lainnya secara cermat dan jelas termasuk nomor surat dan jaminan kesehatan baik pemerintah maupun swasta, informasi jenis spesimen/penunjang diagnostik lainnya pemeriksaan yang diinginkan, identitas pasien dan diagnosa sementara serta identitas pengirim.
 - b) Mencatat informasi yang diperlukan di buku register yang telah ditentukan masing-masing instansinya.
 - c) Mengirim surat rujukan spesimen/penunjang diagnostik lainnya ke alamat tujuan dan lembar kedua disimpan sebagai arsip.
- b. Prosedur standar menerima rujukan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya
 1. Prosedur Klinis
 - a) Menerima dan memeriksa spesimen/penunjang diagnostik lainnya sesuai dengan kondisi pasien/bahan yang diterima dengan memperhatikan aspek : sterilisasi, kontaminasi penularan penyakit, keselamatan pasien, orang lain dan kelayakan untuk pemeriksaan.
 - b) Memastikan bahwa spesimen yang diterima tersebut layak untuk diperiksa sesuai dengan permintaan yang diinginkan.
 - c) Mengerjakan pemeriksaan laboratoris atau patologis dan penunjang diagnostik lainnya dengan mutu standar dan sesuai dengan jenis dan cara pemeriksaan yang diminta oleh pengirim.
 2. Prosedur Administratif
 - a) Meneliti isi surat rujukan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya yang diterima secara cermat dan jelas termasuk nomor surat dan jaminan kesehatan baik pemerintah maupun swasta, informasi pemeriksaan yang diinginkan, identitas pasien dan diagnosa sementara serta identitas pengirim.
 - b) apabila specimen yang diterima tidak layak, maka spesimen tersebut dikembalikan.
 - c) Mencatat informasi yang diperlukan di buku register / arsip yang telah ditentukan masing-masing instansinya.
 - d) Memastikan kerahasiaan pasien terjamin.
 - e) Mengirimkan hasil pemeriksaan tersebut secara tertulis dengan format standar masing-masing sarana kepada pimpinan institusi pengirim.

c. Prosedur standar mengirim balasan rujukan hasil pemeriksaan spesimen dan Penunjang diagnostik lainnya.

1. Prosedur Klinis:

- a) Memastikan bahwa permintaan pemeriksaan yang tertera di surat rujukan spesimen/ Penunjang diagnostik lainnya yang diterima, telah dilakukan sesuai dengan mutu standar dan lengkap
- b) Memastikan bahwa hasil pemeriksaan bisa dipertanggung jawabkan.
- c) Melakukan pengecekan kembali (*double check*) bahwa tidak ada tertukar dan keraguan diantara beberapa spesimen.

2. Prosedur Administratif:

- a) Mencatat di buku register hasil pemeriksaan untuk arsip.
- b) Mengisi format laporan hasil pemeriksaan sesuai ketentuan masing-masing instansi.
- c) Memastikan bahwa hasil pemeriksaan tersebut terjaga kerahasiaannya dan sampai kepada yang berhak untuk membacanya.
- d) Mengirimkan segera laporan hasil pemeriksaan kepada alamat pengirim, dan memastikan laporan tersebut diterima pihak pengirim dengan konfirmasi melalui sarana komunikasi yang memungkinkan.

III. Rujukan Pengetahuan Dan Tenaga Ahli/ Dokter Spesialis

Kegiatan rujukan pengetahuan dapat berupa kegiatan permintaan dan pengiriman dokter ahli dari berbagai bidang keahlian. Permintaan dapat berasal dari Puskesmas, klinik atau Rumah Sakit yang ditujukan kepada pihak Rumah Sakit atau Dinas Kesehatan yang memang mampu menyediakan tenaga ahli yang dibutuhkan.

- a. Pihak-pihak yang terlibat dalam pelaksanaan kegiatan rujukan pengetahuan dan tenaga ahli /dokter spesialis antara lain:
 1. Rumah Sakit / Puskesmas yang memerlukan bantuan tenaga ahli, misalnya Rumah Sakit Umum Kabupaten / Kota.
 2. Rumah Sakit / Instansi Kesehatan yang mampu memberikan bantuan tenaga ahli , misalnya Rumah Sakit Umum Provinsi.
 3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota dimana Rumah Sakit /Puskesmas yang membutuhkan tenaga ahli tersebut berada.
 4. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dimana Rumah Sakit yang akan memberikan bantuan tenaga ahli tersebut berada.
- b. Ruang lingkup rujukan pengetahuan tenaga ahli /dokter spesialis meliputi antara lain:
 1. Bimbingan klinis untuk deteksi dini kasus-kasus rujukan.
 2. Bimbingan klinis melakukan tindakan pra-rujukan.
 3. Bimbingan klinis penanganan kasus-kasus yang masih menjadi kewenangan puskesmas melakukan Pelayanan Obstetri Neonatal Dasar (PONED).
 4. Bimbingan klinis untuk tindak lanjut (follow up) kasus kasus rujukan balik yang diterima oleh puskesmas, puskesmas pembantu dan polindes.
 5. Kursus singkat atau penyegaran penatalaksanaan klinis kasus-kasus yang sering dijumpai di puskesmas, puskesmas pembantu dan polindes.

c) Prosedur standar rujukan pengetahuan dan tenaga ahli/dokter spesialis, adalah sebagai berikut

1. Prosedur Standar Permintaan

- a) Puskesmas / Rumah Sakit Kabupaten/Kota yang memerlukan tenaga ahli membuat surat permintaan tenaga ahli.
- b) Surat permintaan ditujukan kepada ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota atau Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
- c) Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota atau Dinas Kesehatan Provinsi melanjutkan permintaan tenaga ahli tersebut ke Direktur Rumah Sakit tujuan dan tembusan kepada Kepala Staf Medik Fungsional (SMF) yang dituju paling lambat 14 hari sejak surat permintaan diterima.
- d) Mempersiapkan penerimaan, termasuk agenda, akomodasi, konsumsi dan honor atau insentif lainnya sesuai Peraturan Daerah yang bersangkutan.
- e) Melakukan monitoring dan evaluasi proses dan pelaksanaannya.
- f) Membuat laporan pelaksanaan ke Dinas Kesehatan di wilayahnya dengan tembusan ke Rumah Sakit atau Instansi yang mengirim.
- g) Bagi Rumah Sakit, mengisi laporan Triwulan.

2. Prosedur Standar Pengiriman

- a) Rumah Sakit / Instansi Kesehatan yang akan mengirimkan tenaga ahli berkonsultasi dengan pihak Dinas Kesehatan Provinsi untuk disesuaikan dengan program rujukan di Provinsi tersebut.
- b) Setelah ada persetujuan dari Dinas Kesehatan Provinsi, maka Rumah Sakit / Instansi tersebut membuat jadwal kunjungan dan surat tugas bagi tenaga ahli yang bersangkutan sesuai permintaan.
- c) Melakukan evaluasi dan membuat laporan pelaksanaan dan dikirim ke Dinas Kesehatan Provinsi dan arsip.
- d) Bagi Rumah Sakit, mengisi laporan Triwulan.

IV. Pencatatan Dan Pelaporan

Pencatatan dan Pelaporan ini merupakan bagian penting dalam sistem rujukan pelayanan kesehatan meliputi:

a. Pencatatan

Pencatatan kasus rujukan menggunakan Buku Register rujukan (terlampir) dan atau SIRS, dimana setiap pasien rujukan yang diterima dan yang akan dirujuk dicatat dalam buku register rujukan dan atau SIRS di unit pelayanan.

Alur Registrasi Pasien Rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai berikut:

1. Pasien umum yang masuk melalui rawat jalan (loket - Poliklinik) dan UGD dicatat pada buku register pasien di masing-masing unit pelayanan. Apabila pasien di rawat, dicatat juga pada buku register rawat inap.
2. Pasien datang dengan surat rujukan dari Poskesdes/ Pustu/Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya tetap dicatat pada buku register pasien di masing-masing unit pelayanan dan selanjutnya juga dicatat pada buku registrasi rujukan.
3. Apabila pasien telah mendapatkan perawatan baik di UGD, Rawat Inap dan unit pelayanan lainnya yang diputuskan untuk dirujuk, maka langsung dicatat pada buku register rujukan pasien.

4. Setelah menerima surat rujukan balasan maka dicatat tanggal rujukan balik diterima pada buku register rujukan pasien (kolom balasan rujukan).
5. Pada setiap akhir bulan, semua pasien rujukan (asal rujukan, di rujuk dan rujukan balasan) dijumlahkan dan dicatat pada baris terakhir format buku register rujukan pasien dan dilaporkan sesuai dengan ketentuan.

b. Pelaporan

1. Secara rutin sarana pelayanan kesehatan melaporkan kasus rujukan menggunakan format sebagai berikut:

a) Format P 001

Merupakan laporan rujukan PPK I yg mencakup berbagai kegiatan Rujukan Pasien, Rujukan Spesimen/Penunjang Diagnostik lainnya dan Rujukan Pengetahuan

b) Format K 001

Format laporan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang merupakan rekapitulasi rujukan PPK I yg mencakup berbagai kegiatan Rujukan Pasien, Rujukan Spesimen/Penunjang Diagnostik lainnya dan Rujukan Pengetahuan

c) Format R 001

Merupakan laporan data kegiatan rujukan pengetahuan dan rujukan pasien di rumah sakit.

c. Frekuensi, Periode Laporan dan Format yang digunakan dijelaskan sebagai berikut:

1. Format P 001

Laporan rujukan Puskesmas yang menggunakan format P 001 dibuat setiap bulan oleh masing-masing Puskesmas berdasarkan registrasi pasien rujukan, rujukan spesimen/penunjang diagnostik lainnya dan pengetahuan. Laporan ini dikirim ke Dinas Kesehatan Kab/Kota paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya.

2. Format K 001

Merupakan laporan rekapitulasi setiap bulan oleh masing-masing Dinas Kesehatan Kabupaten/kota berdasarkan laporan Puskesmas pasien rujukan, rujukan spesimen/penunjang diagnostik lainnya dan pengetahuan. Laporan ini dikirim ke Dinas Kesehatan Provinsi setiap triwulan paling lambat minggu pertama triwulan berikutnya.

3. Format R 001

Laporan kegiatan rujukan pasien yang menggunakan formulir R 001 dibuat setiap triwulan oleh masing-masing Rumah Sakit berdasarkan kompilasi pencatatan harian /register pasien rujukan setiap bulan. Laporan ini disampaikan paling lambat tanggal 5 bulan pertama triwulan berikutnya dan dilaporkan jadi satu dengan data kegiatan pelayanan rawat inap rumah sakit.

Seluruh laporan/format monitoring dan evaluasi dibuat rangkap 2 (dua), 1 (satu) rangkap untuk dilaporkan dan 1 (satu) rangkap sebagai tertinggal/arsip.

d. Rumah Sakit *online*

Laporan tentang ketersediaan tempat tidur kosong dari seluruh rumah sakit secara periodik disesuaikan dengan kemampuan Rumah Sakit melalui upload langsung ke web dan/atau email

IV. Monitoring Dan Evaluasi

a. Format Monitoring Dan Evaluasi

Kegiatan Monitoring dan evaluasi menggunakan format sebagai berikut :

1. Format Fas 001

Merupakan format monitoring dan evaluasi kegiatan rujukan pasien yang dilaksanakan oleh Polindes/Poskesdes/Pustu, dr. praktek swasta dan bidan praktek swasta yang mencakup kegiatan rujukan pasien ke fasilitas kesehatan lainnya.

2. Rumah Sakit *Online*

Merupakan sistem informasi rumah sakit yang menyediakan informasi secara *real time* tentang ketersediaan tempat tidur dengan tujuan untuk memberikan informasi kepada pihak terkait dan masyarakat tentang ketersediaan tempat tidur kosong di setiap rumah sakit. Setiap rumah sakit di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta wajib menyampaikan informasi ketersediaan tempat tidur kosong dengan mekanisme yang diatur dalam pedoman sistem informasi Rumah Sakit online melalui website resmi Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu www.dinkes.jogjaprov.go.id.

b. Prosedur Monitoring Dan Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan

Pihak-pihak yang terlibat dalam sistem rujukan diwajibkan melakukan monitoring evaluasi dengan kegiatan sebagai berikut :

1. Mengumpulkan data dan informasi mengenai kegiatan Pelayanan rujukan yang telah dilaksanakan di unit pelayanan kesehatannya.
2. Menyampaikan secara periodik ketersediaan tempat tidur melalui mekanisme "rumah sakit online" yang diunggah dalam web site resmi Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta www.dinkes.jogjaprov.go.id sesuai dengan pedoman yang diatur terpisah.
3. Pimpinan unit pelayanan kesehatan ini menyusun laporan pelaksanaan sistem rujukan, dan kegiatan rujukan pasien.
4. Laporan ini dibuat dan ditandatangani dalam rangkap dua.
 - a) Rangkap pertama dari laporan ini dikirimkan ke Dinas Kesehatan setempat untuk bahan penilaian dari pelaksanaan sistem rujukan.
 - b) Rangkap kedua dari laporan ini disimpan sebagai arsip oleh unit pelayanan kesehatan tersebut.
5. Data dan informasi kegiatan rujukan dilakukan analisa sebagai masukan perencanaan perbaikan sistem rujukan di masing-masing dan antar unit pelayanan kesehatan serta Dinas Kesehatan baik Kabupaten/Kota maupun Daerah. Penanggung jawab pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi sistem

rujukan adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Peran dan tugas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi antara lain:

6. Evaluasi dilakukan oleh dinkes provinsi minimal setahun sekali
7. Menganalisa tiap laporan unit kesehatan diwilayahnya dan laporan dari sumber lain tentang permasalahan dalam pelaksanaan sistem rujukan di fasilitas Pelayanan kesehatan.
8. Mengambil keputusan perlu tidaknya melakukan penyelidikan lapangan. Bila perlu, segera melakukan kunjungan ke lapangan dan membuat laporan hasil penyelidikan lapangan.
9. Membuat laporan minimal satu tahun sekali mengenai kondisi sistem rujukan didaerahnya.
10. Melakukan koordinasi dengan semua unit pelayanan kesehatan yang ada diwilayah kerja, guna perbaikan sistem rujukan secara berkesinambungan.
11. Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota disampaikan ke Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
12. Dinas Kesehatan Provinsi berperan mengkoordinasikan fasilitas pelayanan kesehatan yang menangani pelayanan kesehatan rujukan lintas wilayah Kabupaten/Kota. Monitoring dan evaluasi sistem rujukan di internal Rumah Sakit merupakan tanggung jawab Direktur Rumah Sakit yang bersangkutan melalui pejabat dibidangnya.

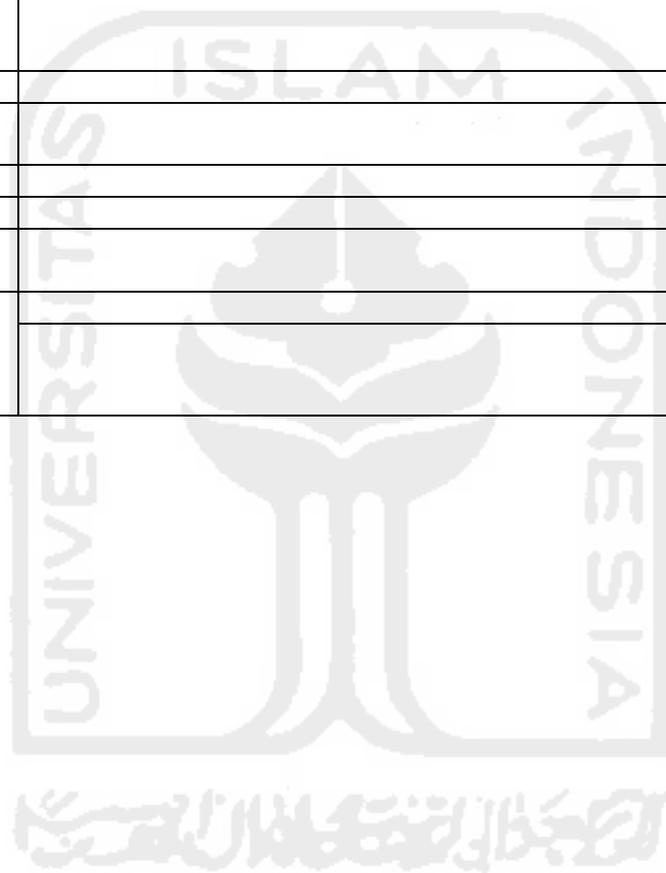
VI. CONTOH-CONTOH FORMULIR

Formulir 1 Surat Rujukan Pasien

Nama Saryankes :		FORM RUJUKAN		Asli/copy	
Dirujuk oleh :	Nama :		Jabatan :		
Initiating facility :			Tgl merujuk :		
Nama & Alamat			Emergency/Rawat Jalan		
Komunikasi Telepon	YA	TIDAK	No.Telp :		No. Fax :
Fasilitas kesehatan yang dituju					
Nama dan alamat					
Nama pasien					
No. Identitas			Usia :	L	P
Alamat pasien					
Anamnesis					
Pemeriksaan fisik					
Terapi diberikan					
Alasan merujuk					
Dokumen yang disertakan			Tanda tangan :		
Catatan untuk receiving facility: setelah member pelayanan kepada pasien mohon mengisi form rujukan balik berikut ini dan kirimkan kembali bersama pasien atau dikirim melalui suart/fax.					

Formulir 2
Surat Rujukan Pasien

Rujukan balik Nama fasilitas keehatan :		No.telp:	No.Fax:		
Dibalas oleh :	Nama :	Tanggal :			
Orang yang mengisi form ini	Jabatan :	Spesialisasi :			
Initiating vacility : Nama & alamat					
Nama pasien					
No. Identitas		Usia	Jenis Kelamin:	L	P
Alamat pasien					
Pasien ini diterima oleh : (Nama dan spesialisasi)				Pada tanggal :	
Anamnesis					
Hasil penemuan khusus					
Diagnosis					
Terapi/operasi					
Obat yang diresepkan					
Mohon diteruskan dengan : (Obat, resep, tindak lanjut, perawatan)					



LAPORAN RUJUKAN PUSKESMAS

P 001

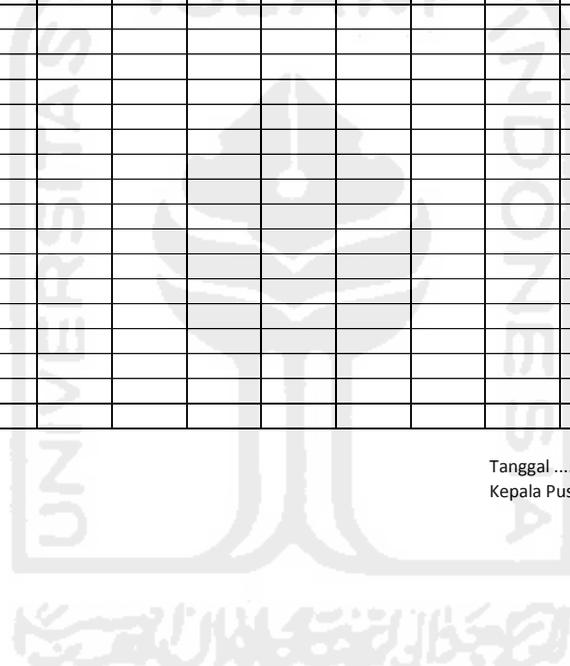
Nama Puskesmas :

Kabupaten / Kota :

BulanTahun.....20.....

No	Jenis Spesialis Rujukan	Jumlah Rujukan Pasien															Jumlah Rujukan Spesimen/Penunjang Diagnostik lain						Rujukan Pengetahuan			
		Rujukan Dari					Dirujuk Ke					Terima Balasan Rujukan Dari					Dirujuk Ke			Terima Hasil Dari			Kunjungan dari Dokter Spesialis/Tenaga Ahli			
		Bidan Praktek Swasta	Dokter Praktek Swasta	Klinik	Puskesmas	Rumah Sakit	Pusk Lain	RS Kelas D	RS Kelas C	RS Kelas B	RS Kelas A	Pusk	RS Kelas D	RS Kelas C	RS Kelas B	RS Kelas A	RS Kelas A	RS Kelas B	Lab. Kes	RS Kelas A	RS Kelas B	Lab. Kes	Jumlah Kegiatan	Jumlah Peserta	Jumlah Pasien	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
1	Peny. Dalam																									
2	Bedah																									
3	Anak																									
4	Kebidanan																									
5	Kontrasepsi/KB																									
6	Syarat																									
7	THT																									
8	Kulit/Kelamin																									
9	Gigi & Mulut																									
10	Fisioterapy																									
11	Paru-paru																									
12	Jantung																									
13	Kesehatan Jiwa																									
14	Mata																									
15																										
16																										
JUMLAH																										

Tanggal 20
Kepala Puskesmas



LAPORAN RUJUKAN

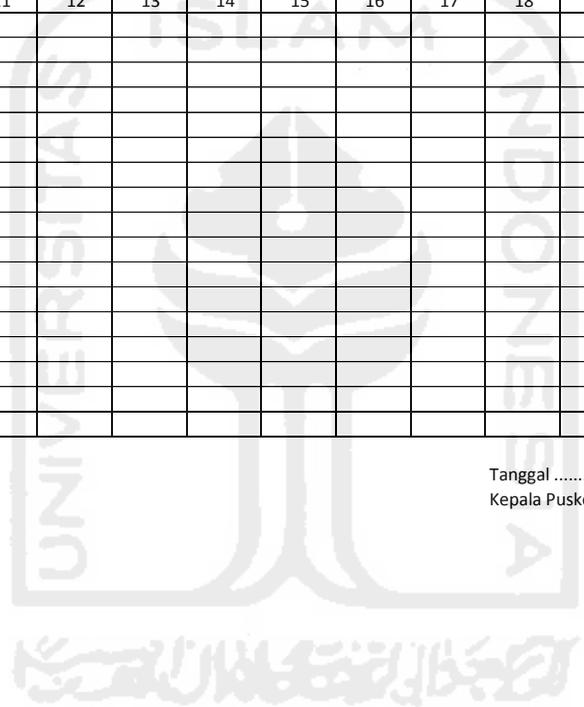
K 001

Kabupaten / Kota :

BulanTahun.....20.....

No	Jenis Spesialis Rujukan	Jumlah Rujukan Pasien															Jumlah Rujukan Spesimen/Penunjang Diagnostik lain						Rujukan Pengetahuan				
		Rujukan Dari					Dirujuk Ke					Terima Balasan Rujukan Dari					Dirujuk Ke			Terima Hasil Dari			Kunjungan dari Dokter Spesialis/Tenaga Ahli				
		Bidan Praktek Swasta	Dokter Praktek Swasta	Klinik	Puskesmas	Rumah Sakit	Pusk Lain	RS Kelas D	RS Kelas C	RS Kelas B	RS Kelas A	Pusk	RS Kelas D	RS Kelas C	RS Kelas B	RS Kelas A	RS Kelas A	RS Kelas B	Lab. Kes	RS Kelas A	RS Kelas B	Lab. Kes	Jumlah Kegiatan	Jumlah Peserta	Jumlah Pasien		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
1	Peny. Dalam																										
2	Bedah																										
3	Anak																										
4	Kebidanan																										
5	Kontrasepsi/KB																										
6	Syarat																										
7	THT																										
8	Kulit/Kelamin																										
9	Gigi & Mulut																										
10	Fisioterapy																										
11	Paru-paru																										
12	Jantung																										
13	Kesehatan Jiwa																										
14	Mata																										
15																											
16																											
JUMLAH																											

Tanggal 20
Kepala Puskesmas



LAPORAN DATA KEGIATAN RUMAH SAKIT
KEGIATAN RUJUKAN

RS 001

Nama Rumah Sakit :

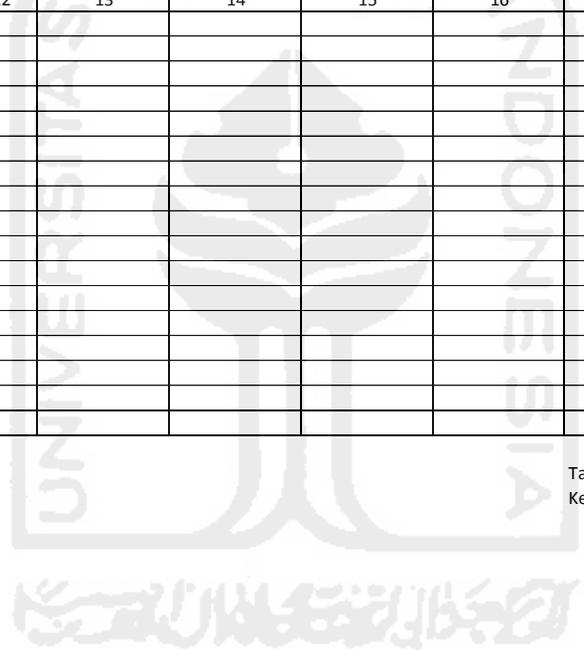
Kabupaten / Kota :

TriwulanTahun.....20.....

No	Jenis Spesialis Rujukan	Pengiriman Dokter Ahli Ke Sarana Kesehatan lain				Kunjungan Dokter Ahli Yang diterima					Rujukan Pasien									
		Rumah Sakit		Puskesmas							Rujukan dari Bawah						Dirujuk ke Atas			
		Total Kali	Total Rumah Sakit	Total Kali	Total Puskesmas	Puskesmas Lain	RS Kelas D	RS Kelas C	RS Kelas B	RS Kelas A	Diterima dari Puskesmas	Diterima dari Fasilitas Kesehatan	Diterima dari RS lain	Dikembalikan ke Puskesmas	Dikembalikan ke fasilitas kesehatan	Dikembalikan ke RS asal	Pasien Rujukan	Pasien Datang Sendiri	Diterima Kembali	
1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1	Peny. Dalam																			
2	Bedah																			
3	Anak																			
4	Obs-Gyne																			
5	Kontrasepsi/KB																			
6	Syarat																			
7	THT																			
8	Kulit/Kelamin																			
9	Gigi & Mulut																			
10	Fisioterapy																			
11	Paru-paru																			
12	Jantung																			
13	Kesehatan Jiwa																			
14	Mata																			
15	Radiologi																			
16																				
JUMLAH																				

Tanggal 20

Kepala Puskesmas



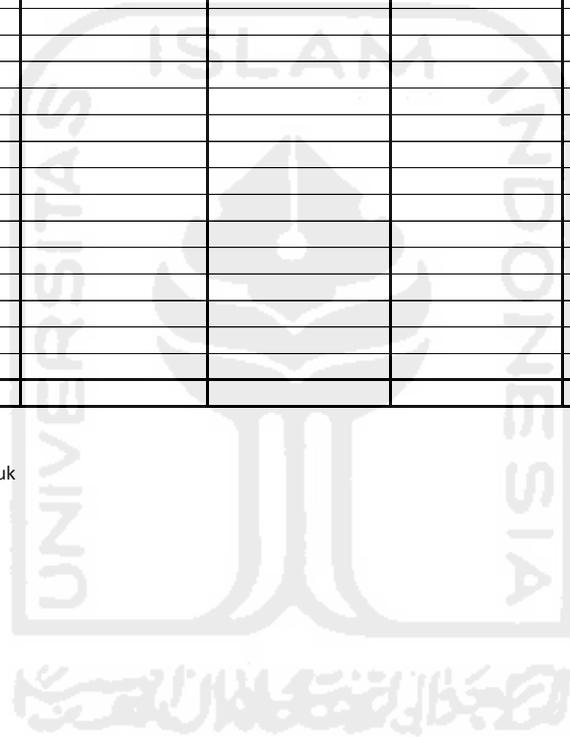
BUKU REGISTER PASIEN RUJUKAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Nama Sarana Kesehatan :

No	Tanggal & Nomor Registrasi Rujukan*		NAMA PASIEN	Umur	L/P	Alamat	Diagnosis saat masuk**	Diagnosis saat dirujuk***	Pasien Rujukan****			Status Pasien*****		Ket
	Masuk	Dirujuk							Rujukan Dari	Dirujuk Ke	Balasan Rujukan	Jaminan	Non Jaminan	
1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13	14	15	16
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														

Keterangan :

- * Ditolis tanggal & nomor register baik saat pasien masuk dan/atau pasien dirujuk
- ** Ditolis diagnosis saat rujuka masuk dari fasilitas kesehatan lainnya
- *** Ditolis diagnosis saat merujuk ke fasilitas kesehatan lain
- **** Ditolis nama fasilitas kesehatan asal dan/atau tujuan rujukan
- ***** Ditolis status pasien :Jaminan atau non jaminan



BUKU REGISTER RUJUKAN SPESIMEN/PENUNJANG DIAGNOSTIK LAINNYA

Nama Sarana Kesehatan :

No	Tanggal & Nomor Registrasi Rujukan*		NAMA PASIEN	Umur	L/P	Alamat	Jenis Pemeriksaan**	Pasien Rujukan***			Status Pasien****		Ket
	Masuk	Dirujuk						Rujukan Dari	Dirujuk Ke	Balasan Rujukan	Jaminan	Non Jaminan	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													

Keterangan :

- * Ditulis tanggal & nomor register baik saat pasien masuk dan/atau pasien dirujuk
- ** Ditulis permintaan jenis pemeriksaan spesimen/penunjang diagnostik lainnya
- *** Ditulis nama fasilitas kesehatan asal dan/atau tujuan rujukan
- **** Ditulis status pasien :Jaminan atau non jaminan

FORMAT MONITORING DAN EVALUASI KEGIATAN RUJUKAN PASIEN

Fas 001

Unit Kesehatan : BPS/DPS/Klinik/Puskesmas/RS
 Nama Unit Kesehatan :
 Wilayah Puskesmas :
 Kabupaten / Kota :

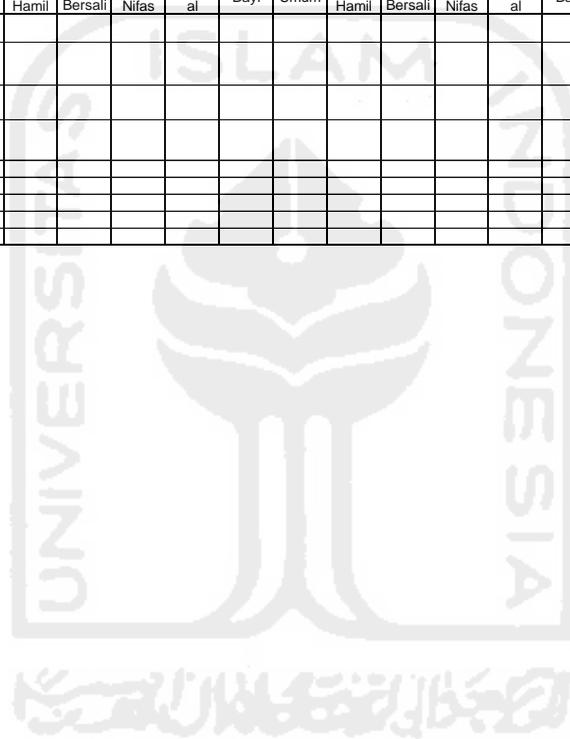
Tanggal _____
 Periode _____

Data dasar : Jumlah populasi Jiwa
 Jumlah perkiraan Ibu Hamil bumil/th
 Jumlah perkiraan Bayi < 1 th bayi/th

No	Uraian	Puskesmas						Puskesmas PONED						Rumah Sakit Kelas D						Rumah Sakit Kelas C						Rumah Sakit Kelas B						Rumah Sakit Kelas A						
		Umum	Ibu Hamil	Ibu Bersali	Ibu Nifas	Neonatal	Bayi	Umum	Ibu Hamil	Ibu Bersali	Ibu Nifas	Neonatal	Bayi	Umum	Ibu Hamil	Ibu Bersali	Ibu Nifas	Neonatal	Bayi	Umum	Ibu Hamil	Ibu Bersali	Ibu Nifas	Neonatal	Bayi	Umum	Ibu Hamil	Ibu Bersali	Ibu Nifas	Neonatal	Bayi							
1	Jml Pasi yang dirujuk ke																																					
2	Jml pasien rujukan yang mencapai tempat rujukan																																					
3	Jml pasien yang diberi surat rujukan																																					
4	Jml pasien yang mendapat surat balasan rujukan																																					
5	Kondisi pasien Pulang																																					
	a. Sembuh																																					
	b. Perlu Rawat Jalan																																					
	c. Meninggal																																					
	d. Tidak diketahui																																					

Catatan :

Supervisor Puskesmas/Kabupaten/Kota



FORMAT MONITORING DAN EVALUASI KEGIATAN RUJUKAN PASIEN

R 002

Unit Kesehatan : Rumah Sakit Umum Kabupaten/Kota
 Nama Rumah Sakit :
 Kabupaten / Kota :

Tanggal _____
 Periode _____
 Data dasar : Jumlah populasi _____ Jiwa
 Jumlah perkiraan Ibu Hamil _____ bumil/th
 Jumlah perkiraan Bayi < 1 th _____ bayi/th

No	Uraian	Rumah Sakit Kelas D					Rumah Sakit Kelas C					Rumah Sakit Kelas B			Rumah Sakit Kelas A				
		Umum	Ibu Hamil	Ibu Bersalin	Ibu Nifas	Neonatal	Bayi	Umum	Ibu Hamil	Ibu Bersalin	Ibu Nifas	Neonatal	Bayi	Umum	Ibu Hamil	Bayi	Umum	Ibu Hamil	Bayi
1	Jml Pasiie yang dirujuk ke																		
2	Jml pasien rujukan yang mencapai tempat rujukan																		
3	Jml pasien yang diberi surat rujukan																		
4	Jml pasien yang mendapat surat balasan rujukan																		
5	Kondisi pasien Pulang																		
	a. Sembuh																		
	b. Perlu Rawat Jalan																		
	c. Meninggal																		
	d. Tidak diketahui																		

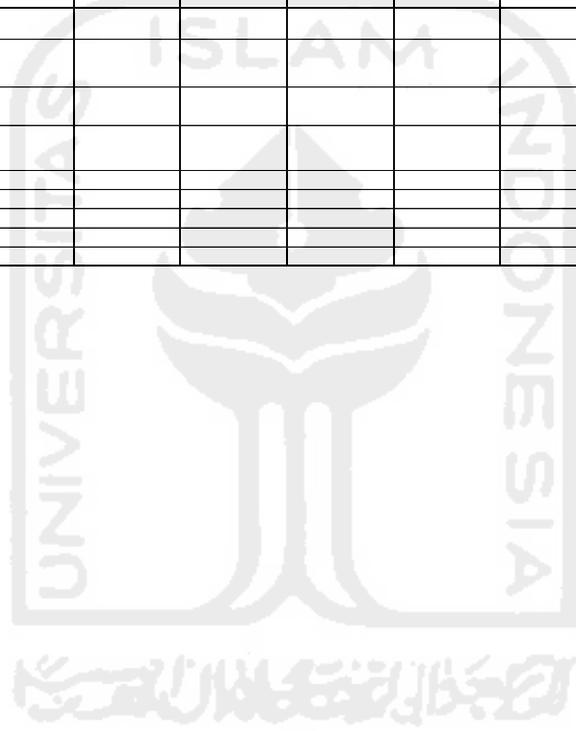
Supervisor Kabupaten/Kota/Propinsi

**GUBERNUR
 DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,**

TTD

HAMENGKU BUWONO X

Catatan :



LAMPIRAN II
PERATURAN GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 59 TAHUN 2012
TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN
SISTEM RUJUKAN PEYANANAN
KESEHATAN

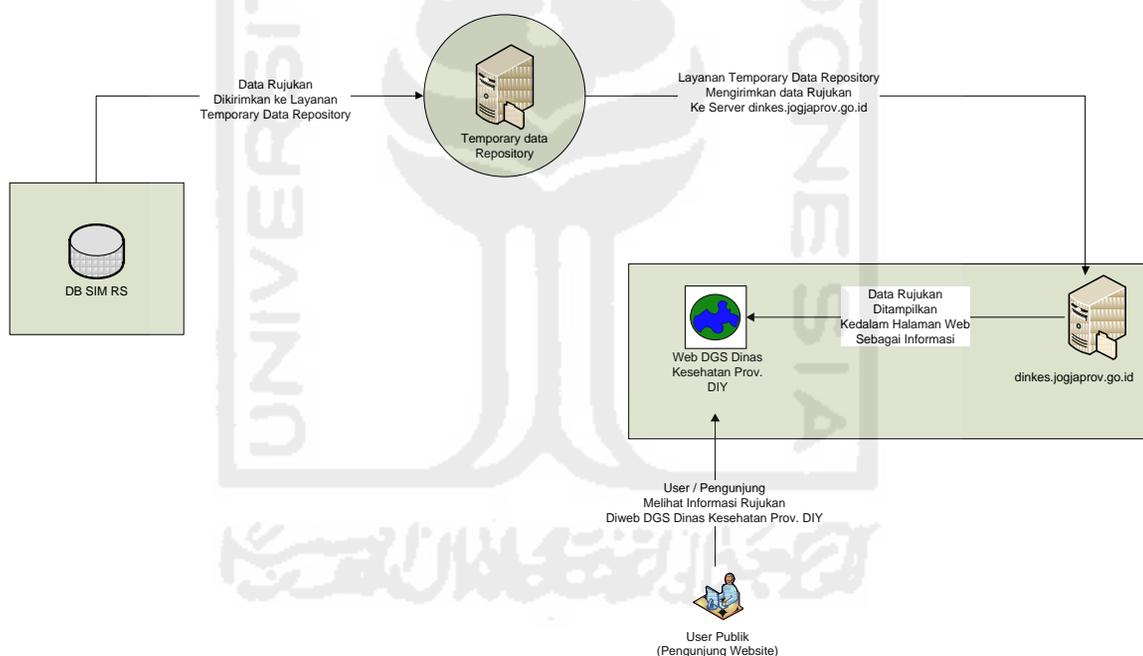
APLIKASI RUJUKAN ONLINE

A. Petunjuk Teknis Transfer Data dari RSUD:

(1). MODEL-1 (Online System Data Rujukan RSUD):

Pada model ini transfer data dari Sistem Informasi Rumah Sakit ke Server Digital Government Service (DGS) Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta (<http://dinkes.jogjaprov.go.id>) dilakukan secara online.

a. DIAGRAM PROSES



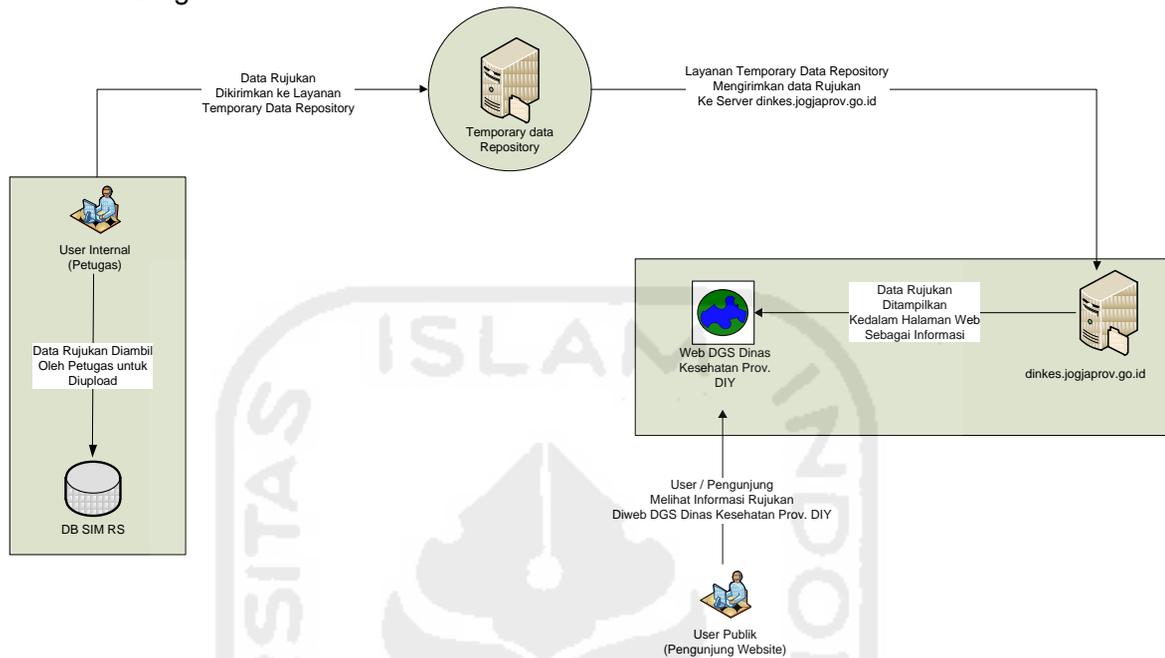
b. PROSEDUR ONLINE SYSTEM

1. Data rujukan yang telah disiapkan oleh masing-masing rsud akan di kirimkan oleh sistem secara otomatis ke Temporary Data berdasarkan waktu (Tanggal, Bulan, Tahun, Jam, Menit, Detik)
2. Aplikasi Temporary Data Repository akan mengirimkan data rujukan ke server DGS Dinas Kesehatan DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA (<http://dinas.jogjaprov.go.id>) untuk di tampilkan sebagai informasi kepada masyarakat secara online.

(2). MODEL-2 (Upload Data Rujukan):

Pada model ini transfer data dari Sistem Informasi Rumah Sakit ke Server Digital Government Service Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta (<http://dinkes.jogjaprov.go.id>) dilakukan secara semi online (upload file data).

a. Diagram Proses



b. Prosedur Upload Data Rujukan

1. PC (Personal Komputer) yang di sediakan oleh masing-masing RSUD akan berfungsi sebagai media penempatan data yang akan di kirimkan sebagai informasi Rujukan kepada Aplikasi Temporary Data Repository DGS Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta (<http://dinkes.jogjaprov.go.id>).
2. Data Rujukan di sediakan oleh masing-masing RSUD dalam format yang ditentukan.
3. Data Rujukan yang telah disiapkan oleh masing-masing RSUD akan di upload dimasing-masing PC (Personal Komputer) yang ada di masing-masing RSUD.
4. Data yang diupload akan di proses ke dalam bentuk format JSON atau XML berdasarkan waktu (Tanggal, Bulan, Tahun, Jam, Menit, Detik)
5. Aplikasi Temporary Data Repository akan mengirimkan data rujukan ke server DGS Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta (<http://dinkes.jogjaprov.go.id>) untuk di tampilkan sebagai informasi kepada masyarakat secara online.

B. User Interface Aplikasi Untuk Upload Data Rujukan Yang Ada di Setiap RSUD

Berikut ini adalah interface upload data rujukan secara semi online (upload file data)

Konfigurasi Sistem dan Upload Data Rujukan:

Temporary Data Repository

Beranda Upload Data Rujukan **Konfigurasi** Rumah Sakit RSUD xxx

Alamat IP / URL Layanan Web Service

Nama Rumah Sakit

Copyright 2012 Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

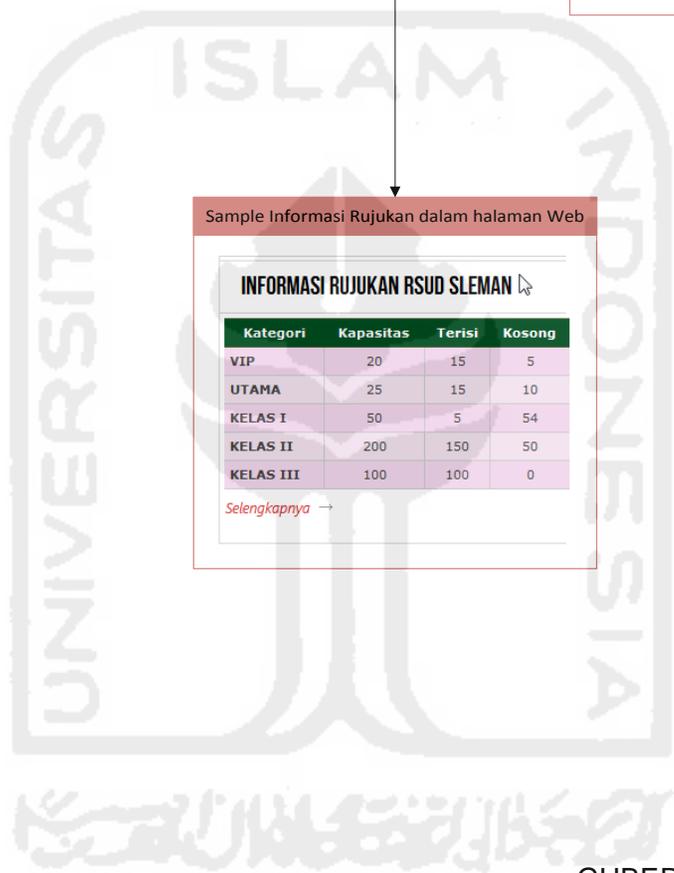
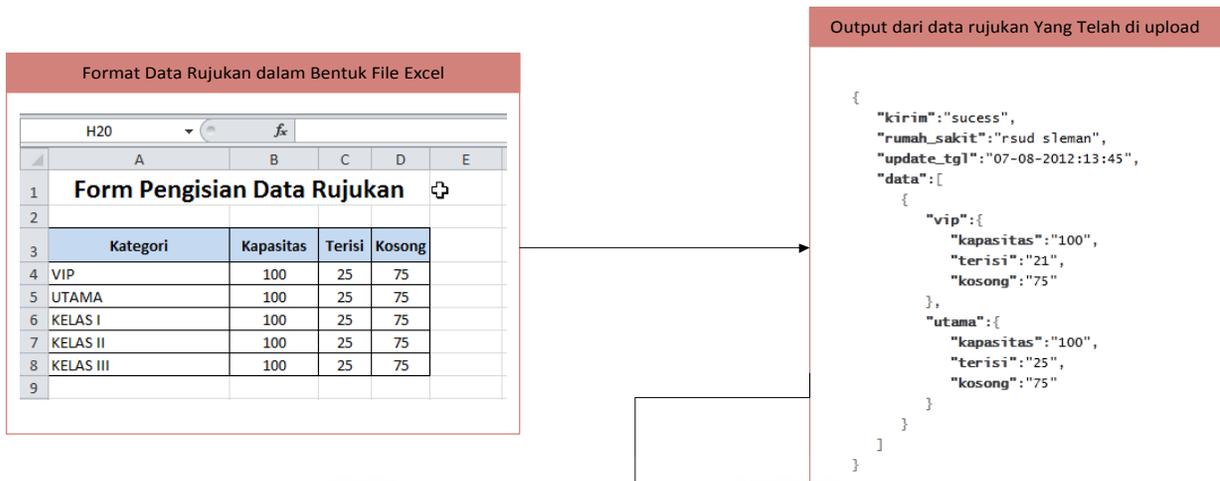
Temporary Data Repository

Beranda **Upload Data Rujukan** Konfigurasi Rumah Sakit RSUD xxx

Tanggal Data Data Rujukan

Copyright 2012 Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

C. Contoh Implementasi Upload Data Dalam Format File Excel



Sample Informasi Rujukan dalam halaman Web

Kategori	Kapasitas	Terisi	Kosong
VIP	20	15	5
UTAMA	25	15	10
KELAS I	50	5	54
KELAS II	200	150	50
KELAS III	100	100	0

[Selengkapnya →](#)

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

TTD

HAMENGKU BUWONO X

PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN

NOMOR 1 TAHUN 2014

TENTANG

PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA

BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 15, Pasal 17 ayat (7), Pasal 17 A ayat (6), Pasal 26 ayat (3), Pasal 31, Pasal 40 ayat (5), dan Pasal 42 ayat (3) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, perlu ditetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;

Mengingat : 1. 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);

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

4. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik

Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);

5. 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);
6. 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 tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TENTANG PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini yang dimaksud dengan:

1. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.

3. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
4. Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh Peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan.
5. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disingkat PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.
6. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya.
7. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.
8. Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
9. Rawat jalan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik yang dilaksanakan pada pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
10. Rawat inap tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama, untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.
11. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap diruang perawatan khusus.
12. Pelayanan kesehatan lain adalah pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.
13. Alat kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin, dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa,

- menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
14. Tarif *Indonesian - Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit.
 15. Sistem Rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal.
 16. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri adalah Pegawai Tidak Tetap, Pegawai Honorer, Staf Khusus, dan pegawai lain yang dibayarkan oleh Anggaran Pendapatan Belanja Negara atau Anggaran Pendapatan Belanja Daerah.
 17. Tentara Nasional Indonesia yang selanjutnya disebut TNI adalah personil/prajurit alat negara di bidang pertahanan yang melaksanakan tugasnya secara matra di bawah pimpinan Kepala Staf Angkatan atau gabungan di bawah Pimpinan Panglima TNI.
 18. Kepolisian Negara Republik Indonesia yang selanjutnya disebut anggota Polri adalah pegawai negeri pada Kepolisian Negara Republik Indonesia yang melaksanakan fungsi kepolisian.
 19. *Virtual Account* adalah nomor rekening virtual yang disediakan oleh BPJS Kesehatan untuk entitas dan perorangan sebagai rekening tujuan dalam pembayaran iuran Jaminan Kesehatan.
 20. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 2

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan meliputi:

- a. kepesertaan;
- b. iuran kepesertaan;
- c. penyelenggara pelayanan kesehatan;
- d. kendali mutu dan kendali biaya; dan
- e. pelaporan dan *utilization review*.

BAB II KEPESERTAAN

Bagian Kesatu Umum

Pasal 3

Kepesertaan jaminan kesehatan meliputi:

- a. peserta;
- b. pendaftaran peserta;
- c. verifikasi dan identifikasi peserta;
- d. hak dan kewajiban peserta;
- e. perubahan data dan status peserta;

Bagian Kedua Peserta

Paragraf 1 Umum

Pasal 4

Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a terdiri atas:

- a. peserta PBI Jaminan Kesehatan; dan
- b. peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan.

Paragraf 2

Peserta PBI Jaminan Kesehatan

Pasal 5

Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf a terdiri atas:

- a. Orang yang tergolong fakir miskin; dan
- b. Orang tidak mampu.

Paragraf 3

Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan

Pasal 6

Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf b terdiri atas:

- a. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya ;
- b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya;
- c. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya.

Pasal 7

Peserta Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf a terdiri atas:

- a. Pegawai Negeri Sipil;
- b. Anggota TNI;
- c. Anggota Polri;
- d. Pejabat Negara;
- e. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
- f. Pegawai swasta; dan
- g. Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.

Pasal 8

Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf b terdiri atas:

- a. Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan
- b. Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.

Pasal 9

- (1) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf c terdiri atas:
 - a. Investor;
 - b. Pemberi Kerja;
 - c. Penerima Pensiun;
 - d. Veteran;
 - e. Perintis Kemerdekaan;
 - f. janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan
 - g. bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.
- (2) Penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - b. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - c. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - d. janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c yang mendapat hak pensiun;
 - e. penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c;
 - f. janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf e yang mendapat hak pensiun.

Pasal 10

- (1) Anggota keluarga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 meliputi istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.
- (2) Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dengan kriteria:
 - a. tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan
 - b. belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

- (3) Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.
- (4) Anggota keluarga yang lain sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi anak ke 4 (empat) dan seterusnya, ayah, ibu, dan mertua.

Bagian Ketiga Pendaftaran Peserta

Paragraf 1

Umum

Pasal 11

- (1) Pendaftaran peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf b dilakukan, baik sendiri-sendiri maupun kelompok.
- (2) Pendaftaran peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara:
 - a. migrasi data; atau
 - b. manual.

Pasal 12

Pendaftaran peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 dilakukan untuk:

- a. PBI Jaminan Kesehatan; dan
- b. Bukan PBI Jaminan Kesehatan.

Paragraf 2

Pendaftaran Peserta PBI Jaminan Kesehatan

Pasal 13

- (1) Pendaftaran peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf a dilakukan oleh Menteri.
- (2) Menteri dalam mendaftarkan peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara migrasi data

sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2) huruf a sesuai dengan format yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Paragraf 3

Pendaftaran Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan

Pasal 14

Pendaftaran peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf b dilakukan terhadap:

- a. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya;
- b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya;
- c. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya.

Pasal 15

- (1) Pendaftaran peserta Jaminan Kesehatan bagi Pekerja Penerima Upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf a dilakukan oleh Pemberi Kerja.
- (2) Pendaftaran peserta bagi Pekerja Penerima Upah dilakukan secara kelompok melalui entitasnya kepada BPJS Kesehatan.
- (3) Pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan secara migrasi data sesuai dengan format yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan atau secara manual.
- (4) Pendaftaran secara migrasi data sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan paling sedikit untuk 1000 (seribu) calon peserta.
- (5) Pendaftaran secara manual sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan dengan cara:
 - a. datang langsung ke kantor BPJS Kesehatan atau melalui pihak ketiga yang ditunjuk oleh BPJS Kesehatan;
 - b. mengisi formulir dan menyerahkan kelengkapan data calon peserta.
- (6) Pihak ketiga sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a meliputi:
 - a. perbankan;

- b. asosiasi profesi atau asosiasi lain;
- c. retail; dan
- d. lembaga lainnya.

Pasal 16

- (1) Dalam hal Pemberi Kerja secara nyata-nyata tidak mendaftarkan Pekerjaannya kepada BPJS Kesehatan, pekerja yang bersangkutan berhak mendaftarkan dirinya sebagai peserta Jaminan Kesehatan.
- (2) Iuran peserta bagi Pekerja yang mendaftarkan dirinya sebagai peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tetap dibayar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai Jaminan Kesehatan.

Pasal 17

- (1) Pemberi Kerja dalam mendaftarkan pekerjaannya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1) harus melengkapi data calon peserta yang memuat paling sedikit:
 - a. nama calon peserta;
 - b. nomor induk kependudukan;
 - c. tanggal lahir; dan
 - d. nama fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan dipilih oleh calon peserta.
- (2) BPJS Kesehatan setelah menerima data calon peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mendaftarkan peserta ke fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dipilih oleh calon peserta.
- (3) Dalam hal peserta tidak memilih fasilitas tingkat pertama, BPJS Kesehatan menetapkan fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Pasal 18

- (1) Pendaftaran Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf b dan huruf c dilakukan sendiri oleh yang bersangkutan kepada BPJS Kesehatan.
- (2) Pekerja Bukan Penerima Upah sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) tidak termasuk Pensiunan TNI, Pensiunan Polri, Pensiunan PNS, Pensiunan Pejabat Negara, Veteran dan Perintis Kemerdekaan.

Pasal 19

- (1) Pendaftaran Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) dilakukan di kantor BPJS Kesehatan yang wilayah kerjanya meliputi daerah tempat calon peserta berdomisili atau melalui pihak ketiga yang ditunjuk BPJS Kesehatan.
- (2) Pendaftaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan:
 - a. kolektif, secara:
 1. manual dengan mengisi dan menyerahkan formulir daftar isian peserta serta melampirkan pas foto berwarna; atau
 2. migrasi data yang disampaikan dalam bentuk format data yang disepakati dan menyerahkan pas foto berwarna.
 - b. sendiri-sendiri dengan cara mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP), melampirkan pas foto dan menunjukan/memperlihatkan dokumen:
 1. Asli/foto copy Kartu Tanda Penduduk atau Kartu Keluarga.
 2. Bagi WNA menunjukan Kartu Ijin Tinggal Sementara / Tetap (KITAS/KITAP)

Pasal 20

Penduduk yang belum memiliki Jaminan Kesehatan pada suatu daerah dapat didaftarkan oleh Pemerintah Daerah tempat penduduk yang bersangkutan domisili.

Bagian Keempat

Verifikasi dan Identitas Peserta

Pasal 21

- (1) Verifikasi dan identifikasi peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c dilakukan oleh BPJS Kesehatan setelah menerima data yang diajukan oleh calon peserta.
- (2) Dalam hal data sebagaimana dimaksud pada ayat (1) belum lengkap dan/atau tidak benar, BPJS Kesehatan dalam waktu paling lama 10 (sepuluh) hari kerja harus memberitahukan kepada calon peserta untuk menyampaikan data secara lengkap dan benar.

Pasal 22

Calon peserta dalam jangka waktu paling lama 10 (sepuluh) hari kerja sejak diterimanya pemberitahuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) harus menyampaikan kembali data secara lengkap dan benar kepada BPJS Kesehatan.

Pasal 23

- (1) Apabila berdasarkan hasil verifikasi data calon peserta sudah dinyatakan lengkap dan benar, BPJS Kesehatan menerbitkan Kartu Identitas Peserta Jaminan Kesehatan.
- (2) Kartu Identitas Peserta Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat:
 - a. nomor kepesertaan;
 - b. nama peserta;
 - c. tanggal lahir
 - d. nomor induk kependudukan;
 - e. nama fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan dipilih oleh calon peserta.
 - f. tanggal penerbitan kartu.
- (3) BPJS Kesehatan melakukan perekaman dan memelihara data Peserta Jaminan Kesehatan dalam sistem *database (master file)* BPJS Kesehatan.

Bagian Kelima

Hak dan Kewajiban Peserta

Pasal 24

Hak dan kewajiban setiap peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf d menjamin terselenggaranya Jaminan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan kepada peserta.

Pasal 25

- (1) Setiap peserta mempunyai hak untuk:
 - a. mendapatkan identitas peserta;
 - b. mendapatkan Nomor *Virtual Account* ;

- c. memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
 - d. memperoleh manfaat Jaminan Kesehatan;
 - e. menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan yang bekerja sama;
 - f. mendapatkan informasi pelayanan kesehatan; dan
 - g. mengikuti program asuransi kesehatan tambahan.
- (2) Manfaat Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan dan dilakukan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Pasal 26

Setiap peserta wajib:

- a. membayar iuran;
- b. melaporkan perubahan data kepesertaan;
- c. melaporkan perubahan status kepesertaan; dan
- d. melaporkan kerusakan dan/atau kehilangan kartu identitas Peserta Jaminan Kesehatan.

Bagian Keenam

Perubahan Data dan Status Kepesertaan

Pasal 27

- (1) Perubahan data dan status kepesertaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf e yang terjadi pada setiap peserta wajib dilaporkan kepada BPJS Kesehatan.
- (2) Perubahan data kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat meliputi:
 - a. fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - b. tempat tinggal;
 - c. tempat bekerja dan/atau identitas Pemberi Kerja baru;
 - d. golongan kepegawaian;

- e. jenis kepesertaan;
- f. susunan keluarga dan/atau jumlah peserta; dan
- g. anggota keluarga tambahan.

Pasal 28

Segala kerugian dan/atau biaya yang terjadi akibat keterlambatan dan/atau kelalaian pelaporan perubahan data Peserta Jaminan Kesehatan menjadi beban Peserta.

Pasal 29

Perubahan status kepesertaan dari Peserta PBI Jaminan Kesehatan menjadi Bukan Peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan pada saat Peserta membayar iuran untuk pertama kali.

Pasal 30

- (1) Perubahan status kepesertaan dari Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dapat dilakukan bagi:
 - a. Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu;
 - b. Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami PHK dan tidak mendapatkan pekerjaan kembali dalam waktu 6 (enam) bulan dan dinyatakan tidak mampu untuk menjadi peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan.
- (2) Perubahan status kepesertaan dari Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan cara:
 - a. Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami cacat total melaporkan kondisi kecacatannya kepada Pemerintah Daerah setempat dengan menyertakan keterangan tingkat dan jenis kecacatannya dari dokter yang berwenang;
 - b. Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami Pemutusan Hubungan Kerja dan tidak mendapatkan pekerjaan kembali dalam waktu 6 (enam) bulan melaporkan kepada Pemerintah Daerah setempat dengan menyertakan surat keterangan tidak mampu dari pejabat yang berwenang.

Pasal 31

- (1) Pemerintah Daerah melakukan pendataan atas laporan perubahan status kepesertaan dari Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan.
- (2) Pemerintah Daerah mengusulkan perubahan status kepesertaan dari Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan kepada Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.

Pasal 32

- (1) Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial melakukan verifikasi atas perubahan status kepesertaan dari Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan yang diusulkan oleh Pemerintah Daerah.
- (2) Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial melakukan validasi data Peserta PBI Jaminan Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Menteri Keuangan.
- (3) Perubahan dan validasi data peserta PBI Jaminan Kesehatan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial dilakukan setiap 6 (enam) bulan pada tahun anggaran berjalan dan ditetapkan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.
- (4) Perubahan dan validasi data peserta PBI Jaminan Kesehatan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) selanjutnya diserahkan kepada Menteri untuk didaftarkan sebagai Peserta PBI Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

BAB III
IURAN KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 33

- (1) Iuran kepesertaan Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf b wajib dibayarkan oleh setiap peserta program Jaminan Kesehatan.
- (2) Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulannya pada Bank yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- (3) Besaran iuran Jaminan Kesehatan bagi peserta Jaminan Kesehatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

Pasal 34

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pengumpulan dan penagihan pembayaran iuran kepada peserta.
- (2) Tagihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat rincian:
 - a. data Peserta; dan
 - b. nominal tagihan.

Pasal 35

- (1) Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, membayar iuran yang menjadi tanggung jawabnya, dan menyetor iuran tersebut kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (2) Untuk Pemberi Kerja pemerintah daerah, penyetoran iuran kepada BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui rekening kas negara paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (3) Apabila tanggal 10 (sepuluh) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.
- (4) Keterlambatan pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) oleh pemberi kerja selain pemberi kerja

penyelenggara negara, dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak paling banyak untuk waktu 3 (tiga) bulan, yang dibayarkan bersamaan dengan total iuran yang tertunggak oleh Pemberi Kerja.

- (5) Dalam hal keterlambatan pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) lebih dari 3 (tiga) bulan, penjaminan dapat diberhentikan sementara.

Pasal 36

Iuran peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) dibayarkan bagi:

- a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan;
- b. Pemberi Kerja;
- c. Pekerja Bukan Penerima Upah;
- d. Bukan Pekerja; dan
- e. Anggota keluarga yang lain.

Bagian Kedua

Peserta PBI Jaminan Kesehatan

Pasal 37

- (1) Iuran peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf a dibayarkan oleh Menteri sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
- (2) BPJS Kesehatan setelah menerima pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melakukan rekonsiliasi data dengan Menteri.
- (3) Rekonsiliasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan setiap 6 (enam) bulan.
- (4) Apabila hasil rekonsiliasi data sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terjadi kurang atau lebih pembayaran, kelebihan atau kekurangan pembayaran tersebut akan diperhitungkan pada pembayaran iuran berikutnya.
- (5) Ketentuan mengenai tata cara penyediaan, pencairan dan pertanggungjawaban dana iuran dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan.

Bagian Ketiga
Pemberi Kerja

Paragraf 1
Umum

Pasal 38

Pemberi kerja terdiri atas:

- a. Pemberi kerja penyelenggara negara; dan
- b. Pemberi kerja selain penyelenggara negara

Paragraf 2
Pemberi Kerja Penyelenggara Negara

Pasal 39

Pemberi Kerja penyelenggara negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 38 huruf a terdiri atas:

- a. pemerintah; dan
- b. pemerintah daerah.

Pasal 40

- (1) Pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 huruf a membayarkan iuran peserta Jaminan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil Pusat, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Pusat
- (2) Iuran peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disetorkan melalui rekening kas negara kepada BPJS Kesehatan setiap bulan.
- (3) BPJS Kesehatan setelah menerima penyeteroran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) melakukan rekonsiliasi data dengan Menteri Keuangan.
- (4) Rekonsiliasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.
- (5) Apabila hasil rekonsiliasi data sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terjadi kurang atau lebih pembayaran, kelebihan atau kekurangan pembayaran tersebut akan diperhitungkan pada pembayaran iuran berikutnya.

- (6) Tata cara penghitungan, penyediaan, pencairan dan pertanggungjawaban dana iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

Pasal 41

- (1) Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam pasal 39 huruf b membayarkan iuran peserta Jaminan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil Daerah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Daerah.
- (2) Iuran peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disetorkan melalui rekening kas negara kepada BPJS Kesehatan setiap bulan.
- (3) BPJS Kesehatan setelah menerima penyetoran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) melakukan rekonsiliasi data dengan Pemerintah Daerah.
- (4) Rekonsiliasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.
- (5) Apabila hasil rekonsiliasi data sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terjadi kurang atau lebih pembayaran, kelebihan atau kekurangan pembayaran tersebut akan diperhitungkan pada pembayaran iuran berikutnya.
- (6) Tata cara penghitungan, penyediaan, pencairan dan pertanggungjawaban dana iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

Paragraf 3

Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara

Pasal 42

- (1) Pemberi kerja selain penyelenggara negara sebagaimana dimaksud dalam pasal 38 huruf b membayar iuran Jaminan Kesehatan bagi Pekerja dan dirinya dan menyetorkannya kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (2) Pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Pegawai swasta; dan
 - b. Pekerja yang menerima upah selain pekerja yang iurannya dibayarkan oleh pemberi kerja penyelenggara negara.

- (3) Penyetoran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui rekening *Virtual Account* yang diberikan oleh BPJS Kesehatan pada saat pendaftaran.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur dan tata cara pembayaran iuran diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Bagian Keempat
Pekerja Bukan Penerima Upah

Pasal 43

- (1) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf c membayar iuran Jaminan Kesehatan bagi Pekerja dan dirinya dan menyetorkannya kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (2) Penyetoran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ke rekening *Virtual Account* yang diberikan oleh BPJS Kesehatan pada saat pendaftaran.
- (3) Pembayaran Iuran dapat dilakukan untuk masa waktu 1 (satu) bulan, 3 (tiga) bulan, 6 (enam) bulan dan 1 (satu) tahun.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur dan tata cara pembayaran iuran bagi Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Bagian Kelima

Bukan Pekerja

Pasal 44

- (1) Peserta Bukan Pekerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf d membayar iuran Jaminan Kesehatan bagi dirinya dan menyetorkannya kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (2) Peserta Bukan Pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang merupakan Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan Penerima pensiun, iuran kepesertaannya dibayarkan oleh Pemerintah.
- (3) Pemerintah membayarkan tambahan iuran bagi Penerima Pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (2) yang menjadi tanggung jawab Pemerintah kepada BPJS Kesehatan setiap bulan.

- (4) Penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas:
 - a. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - b. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - c. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - d. janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c yang mendapat hak pensiun;
 - e. penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
 - f. janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf e yang mendapat hak pensiun.
- (5) Penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (3) membayarkan iuran Jaminan Kesehatan yang menjadi kewajibannya melalui pemotongan uang pensiun oleh pihak ketiga pembayar Pensiun.
- (6) Pihak ketiga pembayar pensiun menyetorkan potongan Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (5) kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (7) BPJS Kesehatan setelah menerima penyetoran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2) dan ayat (3) melakukan rekonsiliasi data dengan Menterian Keuangan dan pihak ketiga pembayar pensiun.
- (8) Rekonsiliasi data sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.
- (9) Apabila hasil rekonsiliasi data sebagaimana dimaksud pada ayat (7) terjadi kurang atau lebih pembayaran, kelebihan atau kekurangan pembayaran tersebut akan diperhitungkan pada pembayaran iuran berikutnya.
- (10) Tata cara penyediaan, pencairan dan pertanggungjawaban dana iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

Pasal 45

- (1) Peserta Bukan Pekerja selain yang dimaksud dalam Pasal 44 ayat (2) dan ayat (3), membayar dan menyetor iuran Jaminan Kesehatan bagi dirinya kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.

- (2) Penyetoran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melalui rekening *Virtual Account* yang diberikan oleh BPJS Kesehatan pada saat pendaftaran peserta.
- (3) Pembayaran Iuran dapat dilakukan untuk masa waktu 1 (satu) bulan, 3 (tiga) bulan, 6 (enam) bulan dan 1 (satu) tahun.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur dan tata cara pembayaran iuran bagi Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Bagian Keenam

Anggota keluarga yang lain

Pasal 46

- (1) Iuran peserta bagi anggota keluarga yang lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf e dari peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan dibayarkan oleh peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dan disetorkan kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
- (2) Penyetoran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui rekening *Virtual Account* yang diberikan oleh BPJS Kesehatan pada saat pendaftaran peserta.
- (3) Pembayaran Iuran dapat dilakukan untuk masa waktu 1 (satu) bulan, 3 (tiga) bulan, 6 (enam) bulan dan 1 (satu) tahun.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur dan tata cara pembayaran iuran bagi Anggota keluarga yang lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

BAB IV

PENYELENGGARA PELAYANAN KESEHATAN

Bagian kesatu

Umum

Pasal 47

- (1) Setiap peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk

pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

- (2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi semua fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan lainnya yang ditetapkan oleh Menteri yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan termasuk fasilitas kesehatan penunjang yang terdiri atas:
- a. laboratorium;
 - b. instalasi farmasi Rumah Sakit;
 - c. apotek;
 - d. unit transfusi darah/Palang Merah Indonesia;
 - e. optik;
 - f. pemberi pelayanan *Consumable Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD);
dan
 - g. praktek Bidan/Perawat atau yang setara.
- (3) Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan terdiri atas:
- a. pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - b. pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan;
 - c. pelayanan gawat darurat;
 - d. pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medik habis pakai;
 - e. pelayanan ambulance;
 - f. pelayanan skrining kesehatan; dan
 - g. pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri;

Bagian Kedua

Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Paragraf 1

Umum

Pasal 48

- (1) Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (3) huruf a bagi Peserta dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar.

- (2) Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang lain dalam jangka waktu paling sedikit 3 (tiga) bulan.
- (3) Fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Puskesmas atau yang setara;
 - b. praktik dokter;
 - c. praktik dokter gigi;
 - d. klinik Pratama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/POLRI; dan
 - e. Rumah sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Pasal 49

Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama terdiri atas:

- a. Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama;
- b. Pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama;
- c. Pelayanan kesehatan gigi; dan
- d. Pelayanan kesehatan oleh bidan dan perawat.

Paragraf 2

Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama

Pasal 50

- (1) Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama harus memiliki fungsi pelayanan kesehatan yang komprehensif berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan dan pelayanan kesehatan gawat darurat termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan farmasi.
- (2) Pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk pelayanan medis mencakup:
 - a. kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan Kesehatan tingkat pertama;
 - b. kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan;
 - c. kasus medis rujuk balik;

- d. pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama;
 - e. pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter; dan
 - f. rehabilitasi medik dasar.
- (3) Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup:
- a. administrasi pelayanan yang meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - b. pelayanan promotif dan preventif yang meliputi kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, keluarga berencana, skrining kesehatan;
 - c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - d. pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, dan bayi;
 - e. upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi;
 - f. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 - g. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - h. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama berupa pemeriksaan darah sederhana (Hemoglobin, apusan darah tepi, trombosit, leukosit, hematokrit, eosinofil, eritrosit, golongan darah, laju endap darah, malaria), urine sederhana (warna, berat jenis, kejernihan, pH, leukosit, eritrosit), feses sederhana (benzidin tes, mikroskopik cacing), gula darah sewaktu;
 - i. pemeriksaan penunjang sederhana lain yang dapat dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - j. pelayanan rujuk balik dari fasilitas kesehatan lanjutan;
 - k. pelayanan program rujuk balik;
 - l. pelaksanaan prolanis dan *home visit*; dan
 - m. rehabilitasi medik dasar.

Paragraf 3

Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Pertama

Pasal 51

- (1) Pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama mencakup :
 - a. rawat inap pada pengobatan/perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama;
 - b. pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi;
 - c. pertolongan persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED);
 - d. pertolongan neonatal dengan komplikasi; dan
 - e. pelayanan transfusi darah sesuai kompetensi fasilitas kesehatan dan/atau kebutuhan medis.
- (2) Pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup :
 - a. Administrasi pelayanan terdiri atas biaya pendaftaran pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien
 - b. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - c. perawatan dan akomodasi di ruang perawatan;
 - d. tindakan medis kecil/ sederhana oleh Dokter ataupun paramedis;
 - e. persalinan per vaginam tanpa penyulit maupun dengan penyulit;
 - f. pemeriksaan penunjang diagnostik selama masa perawatan;
 - g. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai selama masa perawatan; dan
 - h. pelayanan transfusi darah sesuai indikasi medis.

Paragraf 4

Pelayanan Kesehatan Gigi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Pasal 52

- (1) Pelayanan kesehatan gigi meliputi :
 - a. Administrasi pelayanan terdiri atas biaya pendaftaran pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien;
 - b. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - c. premedikasi;
 - d. kegawatdaruratan oro-dental;
 - e. pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi) ;
 - f. pencabutan gigi permanen tanpa penyulit;
 - g. obat pasca ekstraksi;
 - h. tumpatan komposit/GIC; dan
 - i. skeling gigi.
- (2) Pelayanan kesehatan gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh dokter gigi.

Paragraf 5

Pelayanan Kesehatan oleh Bidan dan Perawat
di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Pasal 53

- (1) Dalam hal di suatu kecamatan tidak terdapat dokter berdasarkan penetapan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota setempat, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan dan/atau perawat sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pemberian pelayanan kesehatan oleh Bidan dan Perawat dalam hal suatu kecamatan tidak terdapat dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan bidan dan perawat dengan cakupan pelayanan bidan dan perawat sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.
- (3) Bidan dan perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam Pertolongan persalinan, kondisi

gawat darurat atau pasien dengan kondisi khusus di luar kompetensi dokter atau dokter gigi fasilitas Kesehatan tingkat pertama.

Bagian Ketiga

Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

Paragraf 1

Umum

Pasal 54

- (1) Pelayanan Kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud dalam pasal 47 ayat (3) huruf b harus diberikan kepada peserta berdasarkan rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.
- (2) Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Klinik utama atau yang setara;
 - b. Rumah sakit umum; dan
 - c. Rumah sakit khusus.
- (3) Rumah Sakit umum dan Rumah Sakit khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dan c dapat berupa Rumah Sakit milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, TNI, Polri maupun Rumah Sakit Swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Pasal 55

- (1) Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, Fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 ayat (3) wajib melakukan sistem rujukan berjenjang dengan mengacu pada:
 - a. peraturan Menteri;
 - b. pedoman sistem rujukan nasional; dan
 - c. pedoman administrasi pelayanan BPJS Kesehatan.
- (2) Dalam menjalankan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, Fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan wajib melakukan sistem rujukan berjenjang.
- (3) Fasilitas kesehatan dapat melakukan rujukan horizontal dan vertikal.

- (4) Rujukan horizontal dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap.
- (5) Rujukan vertikal dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.

Pasal 56

- (1) Peserta dapat dikecualikan dari sistem pelayanan kesehatan rujukan berjenjang pada fasilitas kesehatan pertama apabila:
 - a. terjadi keadaan gawat darurat;
 - b. bencana;
 - c. kekhususan permasalahan kesehatan pasien;
 - d. pertimbangan geografis; dan
 - e. pertimbangan ketersediaan fasilitas
- (2) Kekhususan permasalahan kesehatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan.

Pasal 57

- (1) Fasilitas kesehatan wajib memberikan pelayanan secara paripurna termasuk penyediaan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan.
- (2) Dalam hal pelayanan yang dibutuhkan berupa pelayanan rawat jalan maka pelayanan kesehatan tersebut dapat diberikan dalam satu tempat atau melalui kerjasama fasilitas kesehatan dengan jejaringnya.
- (3) Pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), sudah termasuk dalam pembayaran kapitasi atau non kapitasi untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama, dan INA CBG's untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan kesehatan diluar kapitasi maupun diluar INA CBG's yang diberikan oleh fasilitas kesehatan ditur dengan peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Pasal 58

Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan terdiri atas:

- a. pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan; dan
- b. pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan.

Paragraf 2

Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

Pasal 59

- (1) Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 huruf a merupakan pelayanan yang bersifat spesialisik dan subspecialistik.
- (2) Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup:
 - a. administrasi pelayanan terdiri atas biaya pendaftaran pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien
 - b. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
 - c. tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis;
 - d. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 - e. pelayanan alat kesehatan;
 - f. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - g. rehabilitasi medis;
 - h. pelayanan darah;
 - i. pelayanan kedokteran forensik klinik meliputi pembuatan *visum et repertum* atau surat keterangan medik berdasarkan pemeriksaan forensik orang hidup dan pemeriksaan psikiatri forensik; dan
 - j. Pelayanan jenazah diberikan terbatas hanya bagi Peserta meninggal dunia pasca rawat inap di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan tempat pasien dirawat berupa pemulasaran jenazah dan tidak termasuk peti mati.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Paragraf 3

Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat lanjutan

Pasal 60

- (1) Pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 58 huruf b kepada peserta dilakukan apabila diperlukan berdasarkan indikasi medis yang dibuktikan dengan surat perintah rawat inap dari dokter.
- (2) Pelayanan kesehatan berupa rawat inap tingkat lanjutan mencakup semua pelayanan kesehatan yang diberikan pada rawat jalan tingkat lanjut ditambah dengan akomodasi yang berupa:
 - a. perawatan inap non intensif; dan
 - b. perawatan inap intensif.
- (3) Akomodasi atau ruang perawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah sebagai berikut:
 - a. ruang perawatan kelas III bagi:
 1. Peserta PBI Jaminan Kesehatan; dan
 2. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
 - b. ruang perawatan kelas II bagi:
 1. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 2. Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 3. Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 4. Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah sampai dengan 1,5 (satu koma lima) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
 5. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja

yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.

- c. ruang perawatan kelas I bagi:
1. Pejabat Negara dan anggota keluarganya;
 2. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 3. Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 4. Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 5. Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
 6. janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan;
 7. Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah mulai 1,5 (satu koma lima) sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
 8. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

Pasal 61

- (1) Dalam hal ruang rawat inap yang menjadi hak peserta penuh, peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi.
- (2) Dalam hal terjadi keadaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan membayar kelas perawatan peserta sesuai haknya.
- (3) Apabila kelas perawatan sesuai dengan hak peserta telah tersedia, peserta ditempatkan di kelas perawatan yang menjadi haknya.
- (4) Perawatan satu tingkat lebih tinggi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling lama 3 (tiga) hari.

- (5) Dalam hal terjadi perawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) lebih dari 3 (tiga) hari, selisih biaya tersebut menjadi tanggung jawab fasilitas kesehatan yang bersangkutan atau berdasarkan persetujuan pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan yang setara.
- (6) Dalam hal terjadi kondisi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (5), peserta tidak dikenakan urun biaya.

Pasal 62

- (1) Peserta dapat meningkatkan kelas ruang perawatan lebih tinggi dari yang menjadi haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan berdasarkan tarif INA-CBG's dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.
- (2) Peningkatan kelas ruang perawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan.

Bagian Keempat Pelayanan Gawat darurat

Pasal 63

- (1) Pelayanan gawat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (3) huruf c dapat dilakukan darurat sesuai dengan indikasi medis pelayanan gawat darurat.
- (2) Pelayanan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan, dan/atau kecacatan, sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan dengan kriteria tertentu sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pelayanan gawat darurat dapat diberikan oleh :
 - a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;
 - b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan;
 baik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maupun tidak bekerjasama.
- (4) Fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus segera merujuk ke fasilitas

kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan daruratnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.

Pasal 64

- (1) Pembayaran pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sudah termasuk dalam komponen kapitasi.
- (2) Pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan ditagihkan secara langsung oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembayaran pelayanan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Pasal 65

- (1) Penagihan pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dibayar sesuai dengan INA-CBG's.
- (2) Penagihan pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan ditagihkan secara langsung oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
- (3) Pembayaran pelayanan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menggunakan tarif INA-CBG's yang berlaku di wilayah tersebut.
- (4) Tarif INA-CBG's sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai dengan kelas Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Menteri.
- (5) Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas, menggunakan tarif INA-CBG's Rumah Sakit kelas D.

Pasal 66

Fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan gawat darurat baik yang bekerjasama maupun yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, tidak diperkenankan menarik biaya kepada peserta.

Bagian Kelima
Pelayanan Obat, Alat Kesehatan, dan
Bahan Medis Habis Pakai

Pasal 67

- (1) Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medik habis pakai yang dibutuhkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (3) huruf d sesuai dengan indikasi medis merupakan hak peserta jaminan kesehatan.
- (2) Pelayanan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap baik di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- (3) Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diberikan kepada Peserta berpedoman pada daftar obat, dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Fasilitas kesehatan dan jejaringnya wajib menyediakan pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan oleh Peserta sesuai indikasi medis.

Pasal 68

- (1) Pelayanan alat kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama sudah termasuk dalam komponen kapitasi yang dibayarkan BPJS Kesehatan.
- (2) Pelayanan alat kesehatan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan sudah termasuk dalam paket INA-CBG's.
- (3) Fasilitas kesehatan dan jejaringnya wajib menyediakan alat kesehatan yang dibutuhkan oleh Peserta sesuai indikasi medis.
- (4) Alat kesehatan yang tidak masuk dalam paket INA-CBG's dibayar dengan klaim tersendiri oleh BPJS Kesehatan.
- (5) Jenis alat kesehatan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (3) ditetapkan oleh Menteri.
- (6) Dalam kondisi khusus untuk keselamatan pasien, alat kesehatan yang tidak termasuk dalam paket INA-CBG's sebagaimana dimaksud ayat (4) dapat ditetapkan oleh Dewan Pertimbangan Klinis bersama BPJS Kesehatan.

- (7) Alat kesehatan yang sudah termasuk dalam paket INA-CBGs tidak dapat ditagihkan tersendiri kepada BPJS Kesehatan dan tidak dapat dibebankan kepada Peserta.
- (8) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara dan prosedur pelayanan alat kesehatan yang tidak termasuk dalam paket INA-CBG's sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Pasal 69

- (1) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai di fasilitas kesehatan tingkat pertama sudah termasuk dalam komponen kapitasi yang dibayarkan BPJS Kesehatan.
- (2) Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan merupakan salah satu komponen yang dibayarkan dalam paket INA-CBG's.
- (3) Dalam hal obat yang dibutuhkan sesuai indikasi medis pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan tidak tercantum dalam Formularium Nasional, dapat digunakan obat lain berdasarkan persetujuan Komite Medik dan Kepala/Direktur Rumah Sakit.
- (4) Pelayanan obat yang sudah termasuk dalam paket INA-CBGs, baik mengacu pada Formularium Nasional, tidak dapat ditagihkan tersendiri kepada BPJS Kesehatan serta tidak dapat dibebankan kepada Peserta.

Pasal 70

- (1) BPJS Kesehatan menjamin kebutuhan obat dan pemeriksaan penunjang program rujuk balik.
- (2) Program rujuk balik merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di fasilitas Kesehatan tingkat pertama atas rekomendasi/rujukan dari dokter spesialis/sub spesialis yang merawat.
- (3) Jenis penyakit kronis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 dan dapat disesuaikan dengan kebijakan yang berlaku.

Pasal 71

- (1) Obat program rujuk balik diperoleh melalui Apotek atau depo farmasi fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (2) Pemeriksaan penunjang program rujuk balik diberikan oleh laboratorium yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan atau sebagai jejaring fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- (3) Obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pemeriksaan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibayar oleh BPJS Kesehatan diluar biaya kapitasi.
- (4) Obat program rujuk balik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pemeriksaan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditagihkan secara kolektif melalui klaim tersendiri kepada BPJS Kesehatan.
- (5) Biaya obat program rujuk balik terdiri atas harga obat yang mengacu pada Formularium Nasional yang ditetapkan oleh Menteri dan ditambah dengan faktor pelayanan dan embalage.
- (6) Pembiayaan obat dan pemeriksaan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan, ketentuan restriksi, dan persepan maksimal serta pemeriksaan penunjang program rujuk balik diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Bagian Keenam
Pelayanan Ambulans

Pasal 72

- (1) Pelayanan ambulans sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (3) huruf e merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.

- (2) Kondisi tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi ketentuan:
 - a. kondisi pasien sesuai indikasi medis berdasarkan rekomendasi medis dari dokter yang merawat;
 - b. kondisi kelas perawatan sesuai hak peserta penuh dan pasien sudah dirawat paling sedikit 3 (tiga) hari dikelas satu tingkat diatas haknya; atau
 - c. pasien rujuk balik rawat inap yang masih memerlukan pelayanan rawat inap di fasilitas Kesehatan tujuan.
- (3) Pelayanan ambulans hanya dijamin bila rujukan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS atau pada kasus gawat darurat dari fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.
- (4) Pelayanan ambulans tidak dijamin untuk pelayanan sebagai berikut:
 - a. jemput pasien selain dari fasilitas kesehatan (rumah, jalan, lokasi lain);
 - b. mengantar pasien ke selain fasilitas kesehatan;
 - c. rujukan parsial (antar jemput pasien atau spesimen dalam rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau tindakan, yang merupakan rangkaian perawatan pasien di salah satu fasilitas kesehatan);
 - d. ambulans/mobil jenazah; dan
 - e. pasien rujuk balik rawat jalan.
- (5) Pembiayaan untuk pelayanan ambulans tidak termasuk dalam tarif kapitasi dan INA-CBG's.
- (6) Dalam hal keadaan gawat darurat, pelayanan ambulans dari fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dapat dilakukan penagihan kepada BPJS Kesehatan.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembiayaan pelayanan ambulans dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketujuh
Pelayanan Skrining Kesehatan

Pasal 73

- (1) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (3) huruf f diberikan secara perorangan dan selektif.
- (2) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu meliputi:
 - a. diabetes mellitus tipe 2;
 - b. hipertensi ;
 - c. kanker leher rahim;
 - d. kanker payudara; dan
 - e. penyakit lain yang ditetapkan oleh Menteri.
- (3) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b dimulai dengan analisis riwayat kesehatan, yang dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali.
- (4) Dalam hal peserta teridentifikasi mempunyai risiko berdasarkan riwayat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan penegakan diagnosa melalui pemeriksaan penunjang diagnostik tertentu.
- (5) Peserta yang telah terdiagnosa penyakit tertentu berdasarkan penegakan diagnosa sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diberikan pengobatan sesuai dengan indikasi medis.
- (6) Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c sampai dengan huruf e dilakukan sesuai dengan indikasi medis.
- (7) Pembiayaan skrining kesehatan tidak termasuk dalam tarif kapitasi dan INA-CBGs.
- (8) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembiayaan skrining kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V

PENINGKATAN MUTU DAN PENAMBAHAN MANFAAT JAMINAN KESEHATAN

Pasal 74

- (1) Peningkatan mutu dan penambahan manfaat Jaminan Kesehatan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dapat dilakukan dengan menggunakan hasil pengembangan teknologi kesehatan (*health technology assessment*).
- (2) Pengembangan penggunaan teknologi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah dilakukan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*).
- (3) Penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan berdasarkan usulan dari Asosiasi Fasilitas Kesehatan, Organisasi Profesi kesehatan, dan BPJS Kesehatan.
- (4) Penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan oleh Tim *Health Technology Assessment* (HTA) yang dibentuk oleh Menteri.
- (5) Tim *Health Technology Assessment* (HTA) sebagaimana dimaksud pada ayat (4) bertugas melakukan penilaian terhadap pelayanan kesehatan yang dikategorikan dalam teknologi baru, metode baru, obat baru, keahlian khusus, dan pelayanan kesehatan lain dengan biaya tinggi.
- (6) Tim *Health Technology Assessment* (HTA) memberikan rekomendasi kepada Menteri mengenai kelayakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) untuk dimasukkan sebagai pelayanan kesehatan yang dijamin.
- (7) BPJS Kesehatan melakukan analisis dampak finansial dan resiko terhadap implementasi hasil Penilaian Teknologi Kesehatan (*Health Technology Assessment*).
- (8) Analisis dampak finansial dan resiko sebagaimana dimaksud pada ayat (7) diajukan kepada Menteri sebagai pertimbangan penerapan hasil *Health Technology Assessment* (HTA).

BAB VI KOMPENSASI

Pasal 75

- (1) Kompensasi wajib diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada peserta apabila dalam suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medisnya.
- (2) Penentuan daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta ditetapkan oleh Dinas Kesehatan setempat atas pertimbangan BPJS Kesehatan dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.
- (3) Kantor Cabang melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk penetapan daerah belum tersedia fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (4) Kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk:
 - a. penggantian uang tunai;
 - b. pengiriman tenaga kesehatan; atau
 - c. penyediaan fasilitas kesehatan tertentu.

Pasal 76

- (1) Kompensasi dalam bentuk penggantian uang tunai sebagaimana dimaksud dalam pasal 75 ayat (4) huruf a berupa penggantian atas biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- (2) Penggantian kompensasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal ayat 75 ayat (4) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 77

- (1) Untuk dapat memperoleh kompensasi uang tunai, peserta yang tinggal di wilayah tidak ada fasilitas Kesehatan memenuhi syarat harus mengikuti prosedur pelayanan rujukan berjenjang sesuai ketentuan yang berlaku.

- (2) Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta mendatangi fasilitas kesehatan tingkat pertama yang terdekat.
- (3) Apabila fasilitas kesehatan tingkat pertama terdekat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tersebut adalah fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka pembayaran atas pelayanan kesehatan sudah termasuk dalam komponen kapitasi tidak ditagihkan tersendiri.
- (4) Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak diperkenankan memungut tambahan biaya kepada Peserta.
- (5) Apabila fasilitas kesehatan tingkat pertama terdekat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka peserta membayarkan biaya pelayanan kesehatan terlebih dahulu, kemudian peserta menagih kepada BPJS Kesehatan melalui klaim perorangan.
- (6) Klaim perorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) hanya diberlakukan pada peserta yang mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- (7) Dalam kondisi gawat darurat, peserta dapat langsung menuju Rumah Sakit tanpa mengikuti sistem rujukan berjenjang yang berlaku.
- (8) Biaya yang timbul akibat pelayanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (7) ditagihkan oleh Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan, dan peserta tidak dikenakan urun biaya.
- (9) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur dan persyaratan administrasi klaim kompensasi uang tunai sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

Pasal 78

Kompensasi dalam bentuk pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (4) huruf b dan c dapat bekerja sama dengan dinas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan.

Pasal 79

- (1) Apabila suatu daerah ditetapkan sebagai daerah tidak tersedia fasilitas Kesehatan memenuhi syarat, maka Kantor Cabang melakukan analisa kebutuhan tenaga kesehatan tertentu.
- (2) Penyediaan fasilitas kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) berupa penyediaan tim tenaga kesehatan yang dilengkapi dengan peralatan medis untuk memberikan pelayanan medis tertentu sesuai dengan kebutuhan di wilayah yang akan dikunjungi.
- (3) Kantor Cabang BPJS Kesehatan selanjutnya berkoordinasi dengan dinas kesehatan, organisasi profesi kesehatan, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan untuk menentukan mekanisme pengiriman tenaga kesehatan yang antara lain meliputi:
 - a. jadwal;
 - b. jenis tenaga kesehatan; dan
 - c. jumlah tenaga kesehatan.
- (4) Pengiriman tenaga kesehatan yang dijamin BPJS kesehatan dapat dilakukan melalui kerjasama dengan dinas setempat, instansi pemerintah lainnya, maupun swasta.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur tata cara pengiriman tenaga kesehatan diatur dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

BAB VII

KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 80

- (1) Kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan dilakukan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan diselenggarakan secara efisien.
- (2) Kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- a. penilaian atas teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment*) terhadap pengembangan penggunaan pelayanan kesehatan dengan teknologi;
 - b. pertimbangan klinis (*Clinical Advisory*) terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta;
 - c. kajian dan evaluasi atas Manfaat Jaminan Kesehatan bagi Peserta; dan
 - d. monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan oleh fasilitas kesehatan.
- (3) Kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) ditetapkan oleh Menteri.
- (4) Untuk menjamin kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan kepada peserta, fasilitas kesehatan dalam memberikan pelayanan:
- a. obat harus mengacu pada Formularium Nasional; dan
 - b. Alat Kesehatan harus mengacu pada Kompedium Alat Kesehatan.

Pasal 81

- (1) Pelayanan kesehatan kepada peserta jaminan kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya.
- (2) Penerapan sistem kendali mutu pelayanan jaminan kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu fasilitas kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan, serta pemantauan terhadap luaran kesehatan peserta.

Pasal 82

Penyelenggaraan kendali mutu dan biaya oleh fasilitas kesehatan dilakukan melalui:

- a. pengaturan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
- b. *utilization review* dan audit medis;
- c. pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan; dan/atau

- d. pemantauan dan evaluasi penggunaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam pelayanan kesehatan secara berkala yang dilaksanakan melalui pemanfaatan sistem informasi kesehatan.

Pasal 83

Penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya oleh BPJS Kesehatan dilakukan melalui:

- a. pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan;
- b. pemenuhan standar proses pelayanan kesehatan; dan
- c. pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta.

Bagian Kedua

Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Pasal 84

Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis yang terbagi dalam Tim Koordinasi dan Tim Teknis.

Pasal 85

- (1) Tim Koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 berada di tingkat:
 - a. Pusat;
 - b. Divisi Regional; dan
 - c. Cabang
- (2) Tim koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki fungsi dan wewenang melakukan:
 - a. sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
 - b. *utilization review* dan audit medis;
 - c. pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan; dan
 - d. berkoordinasi dengan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan

BPJS Kesehatan dalam hal:

1. pengaturan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi;
2. utilization *review* dan audit medis; dan
3. pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

Pasal 86

- (1) Tim teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 berada di setiap fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- (2) Tim teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki fungsi dan wewenang sebagai berikut :
 - a. meminta dan mendapatkan informasi untuk kasus tertentu mengenai identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai kebutuhan; dan
 - b. melakukan pemantauan dan evaluasi penggunaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam pelayanan kesehatan secara berkala melalui pemanfaatan sistem informasi kesehatan.

Pasal 87

Untuk menjamin kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan kepada Peserta BPJS Kesehatan, Menteri menetapkan standar tarif pelayanan kesehatan yang menjadi acuan bagi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Pasal 88

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan yang telah memberikan layanan kepada Peserta.
- (2) Besaran pembayaran yang dilakukan BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di setiap provinsi serta mengacu kepada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri.
- (3) Asosiasi fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan mengacu pada Keputusan Menteri.

- (4) Dalam hal besaran pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak disepakati oleh asosiasi fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan, besaran pembayaran atas program Jaminan Kesehatan sebagaimana yang diputuskan oleh Menteri.

BAB VIII

PELAPORAN DAN UTILIZATION REVIEW

Pasal 89

- (1) Fasilitas Kesehatan wajib membuat laporan kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan secara berkala setiap bulan kepada BPJS Kesehatan.
- (2) Fasilitas Kesehatan wajib menerapkan *Utilization Review* secara berkala dan berkesinambungan.
- (3) BPJS Kesehatan melakukan pelaksanaan *utilization review* dengan mengukur pemanfaatan pelayanan berdasarkan indikator *rate*, *ratio* serta *unit cost*.
- (4) BPJS Kesehatan berdasarkan indikator *rate*, *ratio* serta *unit cost* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) melakukan evaluasi dan umpan balik.
- (5) BPJS Kesehatan melakukan tindak lanjut atas hasil evaluasi dan umpan balik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dalam rangka pengendalian biaya pelayanan kesehatan.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai mekanisme pelaporan, *Utilization Review* ditetapkan dengan Peraturan Direksi BPJS Kesehatan.

BAB IX

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 90

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2014.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 1 Januari 2014

DIREKTUR UTAMA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KESEHATAN

ttd
FACHMI IDRIS

Diundangkan di Jakarta
Pada tanggal 1 Januari 2014

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPULIK INDONESIA

ttd
AMIR SYAMSUDIN

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2014 NOMOR 1

Salinan sesuai dengan aslinya

BPJS KESEHATAN
Pjs. Kepala Grup Hukum dan Regulasi


Feryanita





UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA FAKULTAS HUKUM

Jl. Tamansiswa 158 PO BOX 1133 Yogyakarta 55151; Telp. (0274) 379178, Fax. (0274) 377043
e-mail: fh@uii.ac.id, Website: www.uui.ac.id

FM.UIL.FILUM.&RT.07/RO

Nomor : 526 /Dek/70/SR/Div. URT/XII/2015
Hal : Ijin Riset

01 Desember 2015 M
19 Shafar 1437 H

Kepada Yth :
Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta
Cq. Kepala Biro Administrasi Pembangunan
Setda Pemda DIY
Di Yogyakarta

Assalaamu'alaikum wr wb.

Dengan hormat, kami beritahukan bahwa sebelum mengakhiri kuliah di Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia Yogyakarta, setiap mahasiswa diwajibkan membuat karya ilmiah yang berjudul skripsi.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas mahasiswa kami :

Nama : DYAH AYU PERMATASARI
No. Mahasiswa : 11 410 202
Program Studi : Ilmu Hukum
Alamat : Dongkelan No. 25B RT.01, Panggung Harjo Sewon, Bantul
Yogyakarta
Telp Rumah/HP : 085743943643
Dosen Pembimbing : Ery Arifudin, SH., MH

Bermaksud mohon keterangan/data-data pada Jawatan/Lembaga yang berada di wilayah Bapak/Ibu/Saudara Pimpin, untuk menyusun skripsinya dengan judul :
"PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PASIEN PENGGUNA BPJS DI RUMAH SAKIT DR. YAP"

Dalam penyusunan skripsi tersebut, mahasiswa kami akan mengadakan riset di :
RUMAH SAKIT DR. YAP & PUSKESMAS JETIS YOGYAKARTA

Sehubungan dengan kelancaran dan legalitas penelitian tersebut disyaratkan adanya persetujuan/ijin dari Instansi yang Bapak/Ibu/Saudara Pimpin. Besar harapan kami Bapak/Ibu/Saudara dapat memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut.

Perlu kami beritahukan pula bahwa, hasil karya ilmiah tersebut semata-mata bersifat dan bertujuan keilmuan, tidak disajikan kepada pihak luar.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum wr wb.



Dekan,

[Signature]
Dr. Anwar Rohim Faqih, SH., M.Hum
NIK. 844100101



Ijin Penyelenggaraan Prodi
Surat No. : 7263/D/T/K-V/2011



TÜVRheinland®
Precisely Right.

Standard
Certificate Registr

ISO 9001:2008
No. 01 100 096609



BAA-PT

Status Akreditasi A
SK.078/SK/BAN-PT/Akred/S/II/2014



UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA FAKULTAS HUKUM

Jl. Tamansiswa 158 PO BOX 1133 Yogyakarta 55151; Telp. (0274) 379178, Fax. (0274) 377043
e-mail: fh@uii.ac.id, Website: www.uui.ac.id

FALUII.FILUM.&RT.07/RO

Nomor : 571 /Dek/70/SR/Div. URT/XII/2015
Hal : Ijin Riset

28 Desember 2015 M
16 Rabi'ul-Awwal 1437 H

Kepada
Yth. Kepala Dinas Perijinan Kota Yogyakarta
Di DI. Yogyakarta

Assalaamu'alaikum wr wb.

Dengan hormat, kami beritahukan bahwa sebelum mengakhiri kuliah di Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia Yogyakarta, setiap mahasiswa diwajibkan membuat karya ilmiah yang berjudul skripsi.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas mahasiswa kami :

Nama : DYAH AYU PERMATASARI
No. Mahasiswa : 11 410 202
Program Studi : Ilmu Hukum
Alamat : Dongkelan No. 25B RT.01, Panggung Harjo Sewon, Bantul
Yogyakarta
Telp Rumah/HP : 085743943643
Dosen Pembimbing : Ery Arifudin, SH., MH

Bermaksud mohon keterangan/data-data pada Jawatan/Lembaga yang berada di wilayah Bapak/Ibu/Saudara Pimpin, untuk menyusun skripsinya dengan judul :
"PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PASIEN PENGGUNA BPJS DI RUMAH SAKIT DR. YAP"

Dalam penyusunan skripsi tersebut, mahasiswa kami akan mengadakan riset di :
DINAS KESEHATAN YOGYAKARTA

Sehubungan dengan kelancaran dan legalitas penelitian tersebut disyaratkan adanya persetujuan/ijin dari Instansi yang Bapak/Ibu/Saudara Pimpin. Besar harapan kami Bapak/Ibu/Saudara dapat memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut.

Perlu kami beritahukan pula bahwa, hasil karya ilmiah tersebut semata-mata bersifat dan bertujuan keilmuan, tidak disajikan kepada pihak luar.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum wr wb.



Dekan,

[Signature]
Dr. Aunur Rohim Faqih, SH., M.Hum
NIK. 844100101



Ijin Penyelenggaraan Prodi
Surat No. : 7263/D/T/K-V/2011



TÜVRheinland
Precisely Right.

Standard Certificate Registr ISO 9001:2008
No. 01 100 096609



BAN-PT

Status Akreditasi A
SK.078/SK/BAN-PT/Akred/S/III/2014



UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA FAKULTAS HUKUM

Jl. Tamansiswa 158 PO BOX 1133 Yogyakarta 55151; Telp. (0274) 379178, Fax. (0274) 377043

e-mail: fh@uii.ac.id, Website: www.uui.ac.id

FM.UUI.FH.UML.&RT.07/RO

Nomor : 571 /Dek/70/SR/Div. URT/XII/2015
Hal : Ijin Riset

28 Desember 2015 M
16 Rabi'ul-Awwal 1437 H

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
Jl. Kenari No. 56 Umbulharjo
Di Di. Yogyakarta

Assalaamu'alaikum wr wb.

Dengan hormat, kami beritahukan bahwa sebelum mengakhiri kuliah di Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia Yogyakarta, setiap mahasiswa diwajibkan membuat karya ilmiah yang berujud skripsi.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas mahasiswa kami :

Nama : DYAH AYU PERMATASARI
No. Mahasiswa : 11 410 202
Program Studi : Ilmu Hukum
Alamat : Dongkelan No. 25B RT.01, Pangung Harjo Sewon, Bantul
Yogyakarta
Telp Rumah/HP : 085743943643
Dosen Pembimbing : Ery Arifudin, SH., MH

Bermaksud mohon keterangan/data-data pada Jawatan/Lembaga yang berada di wilayah Bapak/Ibu/Saudara Pimpin, untuk menyusun skripsinya dengan judul :
"PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PASIEN PENGGUNA BPJS DI RUMAH SAKIT DR. YAP"

Dalam penyusunan skripsi tersebut, mahasiswa kami akan mengadakan riset di :
DINAS KESEHATAN PROVINSI DIY

Sehubungan dengan kelancaran dan legalitas penelitian tersebut disyaratkan adanya persetujuan/ijin dari Instansi yang Bapak/Ibu/Saudara Pimpin. Besar harapan kami Bapak/Ibu/Saudara dapat memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut.

Perlu kami beritahukan pula bahwa, hasil karya ilmiah tersebut semata-mata bersifat dan bertujuan keilmuan, tidak disajikan kepada pihak luar.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum wr wb.



Dekan,

[Signature]
Dr. Aunur Rohim Faqih, SH., M.Hum
NIP. 844100101



TÜVRheinland®
Precisely Right.

Standard
Certificate Registr

ISO 9001:2008
No. 01 100 096609



BAN-PT

Status Akreditasi A
SK.078/SK/BAN-PT/Akred/S/III/2014



UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

FAKULTAS HUKUM

Jl. Tamansiswa 158 PO BOX 1133 Yogyakarta 55151; Telp. (0274) 379178, Fax. (0274) 377043
e-mail: fh@uii.ac.id, Website: www.uui.ac.id

FM.UII.FH.UM.&RT.07/RO

Nomor : 526 /Dek/70/SR/Div. URT/XII/2015
Hal : Ijin Riset

01 Desember 2015 M
19 Shafar 1437 H

Kepada
Yth. Pimpinan Puskesmas Jetis Yogyakarta
Di- Di. Yogyakarta

Assalaamu'alaikum wr wb.

Dengan hormat, kami beritahukan bahwa sebelum mengakhiri kuliah di Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia Yogyakarta, setiap mahasiswa diwajibkan membuat karya ilmiah yang berujud skripsi.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas mahasiswa kami :

Nama : DYAH AYU PERMATASARI
No. Mahasiswa : 11 410 202
Program Studi : Ilmu Hukum
Alamat : Dongkelan No. 25B RT.01, Panggung Harjo Sewon, Bantul
Yogyakarta
Telp Rumah/HP : 085743943643
Dosen Pembimbing : Ery Arifudin, SH., MH

Bermaksud mohon keterangan/data-data pada Jawatan/Lembaga yang berada di wilayah Bapak/Ibu/Saudara Pimpin, untuk menyusun skripsinya dengan judul :
"PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PASIEN PENGGUNA BPJS DI RUMAH SAKIT DR. YAP"

Dalam penyusunan skripsi tersebut, mahasiswa kami akan mengadakan riset di :
PUSKESMAS JETIS YOGYAKARTA

Sehubungan dengan kelancaran dan legalitas penelitian tersebut disyaratkan adanya persetujuan/ijin dari Instansi yang Bapak/Ibu/Saudara Pimpin. Besar harapan kami Bapak/Ibu/Saudara dapat memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut.

Perlu kami beritahukan pula bahwa, hasil karya ilmiah tersebut semata-mata bersifat dan bertujuan keilmuan, tidak disajikan kepada pihak luar.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum wr wb.



Dekan,

[Signature]
Dr. Anwar Rohim Faqih, SH., M.Hum
NIK. 844100101



Ijin Penyelenggaraan Prodi
Surat No. : 7263/D/T/K-V/2011



TÜVRheinland®
Precisely Right.

Standard Certificate Registr
ISO 9001:2008
No. 01 100 096609



BAN-PT

Status Akreditasi A
SK:078/SK/BAN-PT/Akred/S/III/2014



UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA FAKULTAS HUKUM

Jl. Tamansiswa 158 PO BOX 1133 Yogyakarta 55151; Telp. (0274) 379178, Fax. (0274) 377043
e-mail: fh@uii.ac.id, Website: www.uui.ac.id

FM.UH.FILUM.&RT.07/RO

Nomor : 526 /Dek/70/SR/Div. URT/XII/2015
Hal : Ijin Riset

01 Desember 2015 M
19 Shafar 1437 H

Kepada
Yth. Pimpinan Rs. Dr. YAP Yogyakarta
Di- DI. Yogyakarta

Assalaamu'alaikum wr wb.

Dengan hormat, kami beritahukan bahwa sebelum mengakhiri kuliah di Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia Yogyakarta, setiap mahasiswa diwajibkan membuat karya ilmiah yang berujud skripsi.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas mahasiswa kami :

Nama : DYAH AYU PERMATASARI
No. Mahasiswa : 11 410 202
Program Studi : Ilmu Hukum
Alamat : Dongkelan No. 25B RT.01, Panggung Harjo Sewon, Bantul
Yogyakarta
Telp Rumah/HP : 085743943643
Dosen Pembimbing : Ery Arifudin, SH., MH

Bermaksud mohon keterangan/data-data pada Jawatan/Lembaga yang berada di wilayah Bapak/Ibu/Saudara Pimpin, untuk menyusun skripsinya dengan judul :
"PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PASIEN PENGGUNA BPJS DI RUMAH SAKIT DR. YAP"

Dalam penyusunan skripsi tersebut, mahasiswa kami akan mengadakan riset di :
RUMAH SAKIT DR. YAP

Sehubungan dengan kelancaran dan legalitas penelitian tersebut disyaratkan adanya persetujuan/ijin dari Instansi yang Bapak/Ibu/Saudara Pimpin. Besar harapan kami Bapak/Ibu/Saudara dapat memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut.

Perlu kami beritahukan pula bahwa, hasil karya ilmiah tersebut semata-mata bersifat dan bertujuan keilmuan, tidak disajikan kepada pihak luar.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum wr wb.



Dekan,

M. I.
Drs. Agus Rohim Faqih, SH., M.Hum
NIK. 844100101



Ijin Penyelenggaraan Prodi
Surat No. : 7263/D/T/K-VI/2011



TÜVRheinland®
Precisely Right.

Standard Certificate Registr ISO 9001:2008
No. 01 100 096609



BAA-PT

SK 078 SK/BAN PT AKK-d-500/2014



PEMERINTAH DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
SEKRETARIAT DAERAH
Kompleks Kepatihan, Danurejan, Telepon (0274) 562811 - 562814 (Hunting)
YOGYAKARTA 55213

SURAT KETERANGAN / IJIN

070/REG/VI/64/12/2015

baca Surat : DEKAN FAKULTAS HUKUM
tanggal : 1 DESEMBER 2015

Nomor : 526/DEK/70/SR/DIV.URT/XII/2015
Perihal : IJIN PENELITIAN/RISET

- ingat :
1. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2006, tentang Perizinan bagi Perguruan Tinggi Asing, Lembaga Penelitian dan Pengembangan Asing, Badan Usaha Asing dan Orang Asing dalam melakukan Kegiatan Penelitian dan Pengembangan di Indonesia;
 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2011, tentang Pedoman Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Kementerian Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah;
 3. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 37 Tahun 2008, tentang Rincian Tugas dan Fungsi Satuan Organisasi di Lingkungan Sekretariat Daerah dan Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.
 4. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 18 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Perizinan, Rekomendasi Pelaksanaan Survei, Penelitian, Pendataan, Pengembangan, Pengkajian, dan Studi Lapangan di Daerah Istimewa Yogyakarta.

DIJUKUR untuk melakukan kegiatan survei/penelitian/pendataan/pengembangan/pengkajian/studi lapangan kepada:

Nama : DYAH AYU PERMATASARI NIP/NIM : 11 410 202
Alamat : FAKULTAS HUKUM , ILMU HUKUM , UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
Lokasi : PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PASIEN PENGGUNA BPJS DI RUMAH SAKIT DR YAP
Waktu : RS. MATA DR. YAP YOGYAKARTA
 : 3 DESEMBER 2015 s/d 3 MARET 2016

Daftar Ketentuan

- Menyerahkan surat keterangan/ijin survei/penelitian/pendataan/pengembangan/pengkajian/studi lapangan *) dari Pemerintah Daerah DIY kepada Bupati/Walikota melalui institusi yang berwenang mengeluarkan ijin dimaksud;
- Menyerahkan soft copy hasil penelitiannya baik kepada Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta melalui Biro Administrasi Pembangunan Setda DIY dalam compact disk (CD) maupun mengunggah (upload) melalui website adbang.jogjaprov.go.id dan menunjukkan cetakan asli yang sudah disahkan dan dibubuhi cap institusi;
- Ijin ini hanya dipergunakan untuk keperluan ilmiah, dan pemegang ijin wajib mentaati ketentuan yang berlaku di lokasi kegiatan;
- Ijin penelitian dapat diperpanjang maksimal 2 (dua) kali dengan menunjukkan surat ini kembali sebelum berakhir waktunya setelah mengajukan perpanjangan melalui website adbang.jogjaprov.go.id;
- Ijin yang diberikan dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila pemegang ijin ini tidak memenuhi ketentuan yang berlaku.

Dikeluarkan di Yogyakarta
Pada tanggal **3 DESEMBER 2015**
A.n Sekretaris Daerah
Asisten Perekonomian dan Pembangunan
Ub.,
Kepala Biro Administrasi Pembangunan



Disusun oleh :
GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA (SEBAGAI LAPORAN)
WALIKOTA YOGYAKARTA C.Q DINAS PERIJINAN KOTA YOGYAKARTA
RS. MATA DR. YAP YOGYAKARTA
DEKAN FAKULTAS HUKUM , UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YANG BERSANGKUTAN



PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
DINAS PERIZINAN

Form/Yan/02

Jl. Kenari No. 56 Yogyakarta Kode Pos : 55165 Telp. (0274) 555241, 515865, 515865, 515866, 562682
Fax (0274) 555241
EMAIL : perizinan@jogjakota.go.id
HOT LINE SMS : 081227625000 HOTLINE EMAIL : upik@jogjakota.go.id
WEB SITE : www.perizinan.jogjakota.go.id

TANDA TERIMA
3717/IP-01/B/12/2015

Telah terima berkas permohonan izin :

Nama Izin : IZIN PENELITIAN
Permohonan : PENDAFTARAN IZIN PENELITIAN
Nama Pemohon : DYAH AYU P.
Nomor Identitas : 11410202 No Telp : - 085 793943643
Alamat Pemohon : UII YK
Lokasi / Usaha / Bangunan : YOGYAKARTA
Kecamatan : UMBULHARJO
Kelurahan : MUJAMUJU

Persyaratan yang sudah dilampirkan :

1. Surat Permohonan kepada Walikota Yogyakarta Cq. Ka. Dinas Perizinan Kota Yogyakarta
2. Proposal yang telah disyahkan oleh Instansi terkait, Guru/Dosen Pembimbing/Pengajar, stempel basah dari fakultas.
3. Daftar Pertanyaan/Materi Wawancara/Angket/Kuesioner yang ditanda-tangani Dosen Pembimbing/Kepala Lembaga asal peneliti
4. Lokasi/Responden dan waktu pelaksanaan penelitian/pendataan.
5. Stop Map merah 1 buah
6. Foto Copy KTP / Paspor / KIPEM (untuk WNA)
7. Apabila penelitian dilaksanakan di RSUD Kota Yogyakarta maka harus ada rekomendasi Izin Penelitian dari RSUD Kota Yogyakarta
8. Surat resmi dari Majelis Pendidikan dasar dan menengah Pimpinan daerah Muhammadiyah (apabila penelitian dilakukan di lingkungan Majelis pendidikan Dasar dan Menengah serta Perguruan Dasar dan Menengah Muhammadiyah Kota Yogyakarta)
9. Surat Rekomendasi dari Gubernur Cq. Biro Administrasi Pembangunan Setda Kota Propinsi DIY (jika Peneliti dari Luar Propinsi)
10. Surat permohonan untuk mengadakan penelitian yang diketahui oleh RT, RW dan Kelurahan (bagi perseorangan)
11. Surat Pengantar dari Sponsor/Lembaga. (utk WNA)
12. Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Penelitian (Jika ada Perubahan Lokasi/Penambahan Lokasi)

Yang Mengajukan


DYAH AYU P.

Kamis, 3 Desember 2015

Petugas Penerima


tika astri

Catatan : Izin diambil jam 13.00-14.30 WIB di Loket 6

Contact Person (pada Jam Kerja) : Tika Astri Andarsari : (0274) 6871938

Untuk Informasi Status Proses Izin anda ketik STATUS (SPASI) NOMOR PENDAFTARAN kirim ke 081228730000

"BUKTI TANDA TERIMA PENDAFTARAN IZIN INI BUKAN MERUPAKAN TANDA BUKTI IZIN"



PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
DINAS KESEHATAN

Jalan Kenari 56, Yogyakarta 55165 Telepon (0274) 515866, 515869 Faksimile (0274) 515869
EMAIL : kesehatan@jogjakota.go.id
HOT LINE SMS : 08122780001 HOTLINE EMAIL : upik@jogjakota.go.id
WEB SITE : www.jogjakota.go.id

Nomor : 070/ 9475
Hal : Rekomendasi izin penelitian

Yogyakarta 30-12 - 2015

Yth. Kepala Dinas Perizinan
Kota Yogyakarta

Di-
YOGYAKARTA

Berdasarkan surat dari Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia Nomor 571/Dek/70/SR/Div.URT/XII/2015 Tanggal 28 Desember 2015 perihal pada pokok surat.

Nama : Dyah Ayu Permatasari
No Mhs/NIM : 11410202
Pekerjaan : Mhs Fakultas Hukum - UII
Alamat : Jl. Kaliurang Km 14,5 Besi, Sleman, Yogyakarta

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan memberikan rekomendasi penelitian dengan judul karya tulis ilmiah/skripsi :

Perlindungan Hukum Terhadap Pasien Pengguna BPJS di Rumah Sakit DR. YAP

Demikian rekomendasi penelitian ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

a. n. Kepala
Sekretaris
DINAS
KESEHATAN
YOGYAKARTA
Agus Sudrajat, SKM, M.Kes
NIP. 196505301988031006

Tembusan :
1. Kepala Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta



PEMERINTAHAN KOTA YOGYAKARTA

DINAS PERIZINAN

Jl. Kenari No. 56 Yogyakarta 55165 Telepon 514448, 515865, 515865, 515866, 562682

Fax (0274) 555241

E-MAIL : perizinan@jogjakota.go.id

HOTLINE SMS : 081227625000 HOT LINE EMAIL : upik@jogjakota.go.id

WEBSITE : www.perizinan.jogjakota.go.id

SURAT IZIN

NOMOR : 070/0023

0072/34

Membaca Surat : Dari Dekan Fak. Hukum - UII Yk
Nomor : 571/Dek/70/SR/Div.URT/XII/2015 Tanggal : 28 Desember 2015

Mengingat : 1. Peraturan Gubernur Daerah istimewa Yogyakarta Nomor : 18 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Perizinan, Rekomendasi Pelaksanaan Survei, Penelitian, Pendataan, Pengembangan, Pengkajian dan Studi Lapangan di Daerah Istimewa Yogyakarta.
2. Peraturan Daerah Kota Yogyakarta Nomor 10 Tahun 2008 tentang Pembentukan, Susunan, Kedudukan dan Tugas Pokok Dinas Daerah;
3. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 29 Tahun 2007 tentang Pemberian Izin Penelitian, Praktek Kerja Lapangan dan Kuliah Kerja Nyata di Wilayah Kota Yogyakarta;
4. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 85 Tahun 2008 tentang Fungsi, Rincian Tugas Dinas Perizinan Kota Yogyakarta;
5. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 20 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Perizinan pada Pemerintah Kota Yogyakarta;

Dijijinkan Kepada : Nama : DYAH AYU PERMATASARI
No. Mhs/ NIM : 11410202
Pekerjaan : Mahasiswa Fak. Hukum - UII Yogyakarta
Alamat : Jl. Tamansiswa Yogyakarta
Penanggungjawab : Ery Arifudin, SH., MH
Keperluan : Melakukan Penelitian dengan judul Proposal : HALAMAN PENGESAHAN PROPOSAL PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PASIEN PENGGUNA BPJS DI RUMAH SAKIT DR.YAP

Lokasi/Responden : Kota Yogyakarta

Waktu : 5 Januari 2016 s/d 5 April 2016

Lampiran : Proposal dan Daftar Pertanyaan

Dengan Ketentuan : 1. Wajib Memberikan Laporan hasil Penelitian berupa CD kepada Walikota Yogyakarta (Cq. Dinas Perizinan Kota Yogyakarta)
2. Wajib Menjaga Tata tertib dan menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku setempat
3. Izin ini tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kesetabilan pemerintahan dan hanya diperlukan untuk keperluan ilmiah
4. Surat izin ini sewaktu-waktu dapat dibatalkan apabila tidak dipenuhinya ketentuan-ketentuan tersebut diatas

Kemudian diharap para Pejabat Pemerintahan setempat dapat memberikan bantuan seperlunya

Tanda Tangan Pemegang Izin

DYAH AYU PERMATASARI

Dikeluarkan di : Yogyakarta

Pada Tanggal : 6-1-2016

An. Kepala Dinas Perizinan

OSekretaris



Drs. HARDONO

NIP. 196804101985031013

Tembusan Kepada :

- Yth 1. Walikota Yogyakarta (sebagai laporan)
- 2. Ka. Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
- 3. Direktur RS. DR. YAP Yogyakarta
- 4. Ka. Puskesmas Jatis Kota Yogyakarta