



PETUNJUK TEKNIS

PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN GRATIS BAGI ORANG ASLI PAPUA TAHUN 2026



**PAPUA
BARAT
SEHAT**

PETUNJUK TEKNIS
PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN
BAGI ORANG ASLI PAPUA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan di Provinsi Papua Barat merupakan bagian integral dari upaya mewujudkan kesejahteraan masyarakat sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus Papua. Masyarakat Orang Asli Papua (OAP) memiliki hak untuk memperoleh akses pelayanan kesehatan yang adil, bermutu, dan sesuai dengan kebutuhan lokal, termasuk bagi masyarakat yang berada di wilayah terpencil, tertinggal, dan sulit dijangkau.

Dalam pelaksanaannya, masih terdapat kesenjangan dalam akses dan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi OAP, terutama bagi mereka yang tidak sepenuhnya terjamin oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) maupun program jaminan lainnya. Kondisi geografis, sosial, dan ekonomi yang beragam menuntut adanya kebijakan afirmatif dari Pemerintah Provinsi Papua Barat untuk menjamin keberlanjutan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat OAP.

Sebagai wujud komitmen pemerintah daerah terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat, maka diluncurkan Program Papua Barat Sehat (PBS). Program ini merupakan bentuk dukungan nyata terhadap pelaksanaan Otonomi Khusus Papua Barat di bidang kesehatan, dengan tujuan memberikan perlindungan dan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi Orang Asli Papua yang belum terlayani secara optimal oleh sistem jaminan kesehatan nasional.

Untuk menjamin pelaksanaan program tersebut berjalan efektif, efisien, transparan, dan akuntabel, disusunlah Petunjuk Teknis (Juknis) Program Papua Barat Sehat ini. Dokumen ini menjadi pedoman bagi seluruh pemangku kepentingan, terutama Dinas Kesehatan Provinsi, Rumah Sakit, dan tenaga kesehatan dalam mengimplementasikan program secara terarah dan terukur

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Sebagai petunjuk teknis bagi pelaksanaan Peraturan Gubernur Papua Barat Nomor 15 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Menyediakan pembiayaan pelayanan kesehatan yang tidak tercover oleh BPJS Kesehatan atau asuransi kesehatan lainnya;
- b. Memastikan Orang Asli Papua (OAP) memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang layak dan berkualitas;
- c. Memberikan perlindungan finansial dari resiko biaya kesehatan bagi OAP;
- d. Menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat keterbatasan akses pembiayaan;
- e. Meningkatkan derajat kesehatan OAP sehingga dapat meningkatkan produktivitas dan kualitas hidup.

C. Dasar Hukum

- a. Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus bagi Provinsi Papua sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan UU Nomor 2 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus bagi Provinsi Papua;
- b. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang;
- c. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
- d. Peraturan Presiden nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;
- e. Peraturan Daerah Provinsi Papua Barat Nomor 4 Tahun 2023 tentang Orang Asli Papua di Provinsi Papua Barat;
- f. Peraturan Daerah Provinsi Papua Barat Nomor 8 tahun 2023 tentang Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan;
- g. Peraturan Gubernur Papua Barat nomor 15 tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan.

BAB II

KEPESERTAAN DAN FASILITAS KESEHATAN

A. Sasaran

1. Orang Asli Papua (OAP) yang dibuktikan dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK).
2. Diprioritaskan bagi OAP tidak mampu yang dibuktikan dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dari kepala kampung/lurah;
3. OAP yang berdomisili di Provinsi Papua Barat.

B. Kriteria Peserta

1. Peserta adalah setiap Orang Asli Papua (OAP) sesuai kriteria yang tertuang dalam Peraturan Daerah Khusus Provinsi Papua Barat Nomor 4 Tahun 2023 tentang Orang Asli Papua di Provinsi Papua Barat sebagai berikut :
 - a) Orang yang terlahir dari :
 - Ayah dan Ibu OAP
 - Ayah Kandung OAP dan Ibu Kandung Non OAP, atau
 - Ayah Kandung Non OAP dan Ibu Kandung OAP
 - b) Orang Non OAP yang kawin dengan OAP, dengan usia perkawinan sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun masih dalam ikatan perkawinan yang sah, menggunakan marga / keret suami atau istri yang berasal dari suku Papua, dan diterima sebagai bagian dari kesatuan sosial suku suami atau istri.
 - c) Orang Non OAP yang sudah tinggal di Papua, dengan syarat :
 - Lahir dan besar secara turun temurun dan sekurang-kurangnya tinggal selama 20 (dua puluh) tahun di Tanah Papua
 - Hidup dan berkarya sekurang-kurangnya 25 (dua puluh lima) tahun sebagai Penduduk di Tanah Papua
 - Mengenal kesatuan sosial suku di Papua
 - Memahami dengan baik karakteristik dan tata nilai yang berlaku di Tanah Papua; dan
 - Diterima dan menerima diri apa adanya sebagai bagian dari Penduduk Papua.
2. Peserta memiliki kartu identitas resmi (KTP dan KK) dari semua kabupaten yang ada di Papua Barat;
3. Diprioritaskan kategori tidak mampu (DTKS/SKTM) atau penerima layanan BPJS Kesehatan Kelas 3;

4. Terdaftar sebagai peserta aktif BPJS Kesehatan dengan detail sesuai lampiran alur Pendaftaran dan Aktivasi Kepesertaan JKN.
5. Memiliki surat rujukan berjenjang sesuai dengan kompetensi RS yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dari :
 - a. RSUD Kabupaten ke RSUD Provinsi
 - b. RSUD Kabupaten atau RSUD Provinsi ke RS Luar Daerah Papua Barat.

C. Verifikasi Dan Validasi Kepesertaan

1. Semua pasien wajib mengikuti prosedur pelayanan yang ada di Rumah Sakit dengan menunjukkan identitas resmi sesuai kriteria peserta, jika tidak dapat menunjukkan identitas (KTP/KK) sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan, maka diberikan waktu paling lama 3x24 jam untuk menunjukkan identitas tersebut sementara pelayanan tetap diberikan sambil berkoordinasi dengan Dukcapil untuk mendapatkan kartu identitas;
2. Memiliki surat rujukan dari Puskesmas atau FKTP lainnya, kecuali dalam keadaan gawat darurat atau memiliki surat rujukan dari RS lain di wilayah Papua Barat;
3. Khusus Pelayanan Kesehatan Lanjutan berupa Pembiayaan Rujukan Keluar Papua Barat diperoleh setelah berkas diverifikasi oleh Tim Pelaksana di RS dan mendapat persetujuan Tim Verifikator di Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat;

D. Fasilitas Kesehatan

1. Rumah Sakit dan Klinik Utama yang bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat sesuai dengan Perjanjian Kerja Sama (PKS)
2. Rumah Sakit dan Klinik Utama pada poin (1) adalah :
 - a. Rumah Sakit dan Klinik Utama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan pada wilayah Papua Barat,
 - b. Rumah Sakit rujukan di luar daerah Papua Barat yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

BAB III

JENIS PEMBIAYAAN

A. Biaya Pelayanan Medis

1. Rawat jalan dan rawat inap yang tidak terlayani Jaminan Kesehatan Nasional, sebagaimana berikut :
 - a. Pelayanan Kesehatan terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja yang tidak tertangani asuransi;
 - b. Pelayanan Kesehatan terhadap korban kecelakaan lalu lintas tidak tertangani asuransi;
 - c. Pelayanan Kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
 - d. Pelayanan Kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah;
 - e. Pelayanan Kesehatan akibat penggunaan PKRT.
 - f. Pelayanan Kesehatan yang diselenggarakan Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan bekerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Lembaga Nirlaba Lainnya dalam rangka bakti sosial dilakukan dalam bentuk perjanjian kerja sama;
 - g. Pelayanan Kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang;
 - h. Pelayanan Kesehatan rehabilitasi ketergantungan alkohol, narkoba dan zat adiktif lainnya;
 - i. Pelayanan Kesehatan yang tidak bertanggung Jaminan Kesehatan Nasional dan asuransi lainnya;
 - j. Pelayanan rujukan ke Rumah Sakit rujukan Nasional;
 - k. Pelayanan Kesehatan yang oleh karena kompetensi Rumah Sakit tidak ditanggung BPJS;
 - l. Pemulasaran jenazah termasuk ambulance jenazah.
2. Selisih biaya pelayanan kesehatan terhadap klaim BPJS Kesehatan. Dalam hal ini, pembiayaan PBS hanya diberikan terhadap selisih yang memenuhi definisi operasional sebagaimana dimaksud dalam Bab Ketentuan Lain-lain.
3. Tarif pelayanan medis berdasarkan tarif rumah sakit kecuali:
 - a. Alat Pelindung Diri (APD) yang bersifat standar yang terdiri dari: Sarung tangan, masker, pelindung mata (*goggles*) atau *face shield*, penutup kepala (*hair cover*), penutup kaki/sepatu pelindung;

- b. Pemeliharaan alat meliputi: pembersihan, disinfeksi dan sterilisasi alat, perawatan dan servis berkala, kalibrasi, penggantian suku cadang, penyusutan alat, serta biaya utilitas dan pengelolaan alat yang digunakan dalam pelayanan pasien;
 - c. Perawatan infus;
 - d. Perawatan kateter.
4. Pengiriman sampel Patologi Anatomi (PA) dan Mikrobiologi ke fasilitas pelayanan Patologi Anatomi dan fasilitas pelayanan Mikrobiologi pada Rumah Sakit atau Laboratorium, baik di dalam maupun di luar Papua Barat.
5. Dalam kondisi tertentu dimana obat, Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan alat kesehatan yang dibutuhkan pasien tidak tersedia di Rumah Sakit tempat pasien dirujuk, maka pembelian obat, BMHP alat kesehatan di luar Rumah Sakit dapat dipertimbangkan untuk dibayarkan melalui Program Papua Barat Sehat (PBS). Pembayaran tersebut hanya dapat dibayarkan apabila disertai dengan:
 - a. Resep dari Dokter yang merawat (DPJP);
 - b. Bukti pembelian yang sah (nota atau kuitansi);
 - c. Keterangan bahwa obat atau alat kesehatan tersebut tidak tersedia di Rumah Sakit tempat pasien dirawat;
 - d. Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara Rumah Sakit dan pihak kedua penyedia obat, BMHP dan alkes tersebut.

B. Biaya Transportasi

1. Tiket pesawat/kapal laut Pergi Pulang (PP) reguler dan taksi bandar udara/laut pasien dari RS di wilayah Papua Barat ke RS rujukan luar daerah sesuai tujuan rujukan.
2. Tiket PP untuk 1 pendamping pasien dari keluarga atau 2 (dua) orang pada kondisi khusus.
3. Tiket PP untuk 2 pendamping pasien dewasa khusus pasien balita.
4. Biaya perjalanan dinas untuk 1 (satu) orang tenaga medis/tenaga kesehatan pendamping (maksimal 5 hari) pada kondisi khusus.
5. Biaya pengiriman jenazah sampai tiba di rumah duka, untuk pasien yang meninggal dunia pada rumah sakit rujukan luar daerah.
6. Biaya paket layanan jenazah dan biaya pengantaran sampai tiba di rumah duka.
7. Khusus pengiriman jenazah pada wilayah/rute tertentu yang memiliki keterbatasan kapasitas atau dimensi ruang kargo pesawat, seperti rute Fakfak dan Kaimana, biaya

tambahan pengadaan peti jenazah dapat ditanggung sebagai bagian dari biaya pengiriman jenazah sampai tiba di rumah duka.

C. Biaya Akomodasi

Biaya akomodasi berupa makan minum, penginapan dan biaya transport lokal selama pasien dirujuk di rumah sakit rujukan luar daerah diberikan sebagai berikut:

1. Rujukan hari 1 sampai dengan hari ke-7 (per orang/hari)

| No. | Komponen Biaya | Besaran Biaya (Rp.) |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------|
| 1. | Biaya makan minum | 150.000 |
| 2. | Biaya penginapan | 400.000 |
| 3. | Biaya transportasi local | 100.000 |
| Total per hari/orang | | 650.000 |

2. Rujukan hari ke-8 dan seterusnya (per orang/bulan)

Setelah hari ke-7 jika pasien masih memerlukan perawatan di rumah sakit rujukan luar daerah, dibuktikan dengan surat keterangan dari rumah sakit, maka diberikan akomodasi dalam bentuk lumpsum bulanan sebesar Rp. 4.000.000,-/bulan/orang.

| No. | Komponen Biaya | Besaran Biaya (Rp.) |
|------------------------------|--------------------------|---------------------|
| 1. | Biaya makan minum | 2.000.000 |
| 2. | Biaya penginapan/kost | 1.000.000 |
| 3. | Biaya transportasi local | 1.000.000 |
| Total per orang/bulan | | 4.000.000 |

D. Makan minum pendamping/penunggu pasien rawat inap

1. Diberikan pada pasien rujukan antar kabupaten di dalam wilayah Provinsi Papua Barat;
2. Diberikan dalam bentuk makan minum maksimal Rp.150.000,00/hari/orang sudah termasuk pajak;
3. Maksimal untuk 2 (dua) orang keluarga pendamping pasien;
4. Diberikan sepanjang hari rawatan pasien.
5. Pada kondisi khusus, pasien yang menjalani perawatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) lebih dari 24 (Dua Puluh Empat) jam, pendampingnya dapat diberikan makan minum.

E. Biaya Mendatangkan Tenaga Ahli/Dokter Spesialis pada kondisi khusus:

1. Tenaga Ahli/Dokter Spesialis dapat didatangkan ke Papua Barat bila lebih efisien;
2. Tenaga Ahli/Dokter Spesialis didatangkan berdasarkan pengajuan rumah sakit ke Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat;
3. Tenaga Ahli/Dokter Spesialis diberikan biaya transportasi dan akomodasi serta honorarium sesuai Standar Biaya Umum Provinsi Papua Barat.

F. Biaya Mendatangkan Peralatan pada kondisi khusus:

1. Peralatan Kesehatan dapat didatangkan ke Papua Barat bila lebih efisien;
2. Peralatan Kesehatan yang akan didatangkan berdasarkan pengajuan rumah sakit ke Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat;
3. Biaya mendatangkan Peralatan Kesehatan berdasarkan *real cost*.

G. Kerja sama dengan Rumah Sakit Rujukan Luar Daerah

Dalam rangka meningkatkan efektivitas pelaksanaan rujukan pasien serta menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat dapat melakukan Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit rujukan di luar Provinsi Papua Barat yang menjadi tujuan rujukan utama pasien.

Pelaksanaan kegiatan penyusunan dan/atau penandatanganan Perjanjian Kerja Sama (PKS) dapat dilakukan bersamaan dengan pelaksanaan rujukan pasien, apabila terdapat pasien yang dirujuk ke Rumah Sakit tujuan dimaksud. Kegiatan ini tidak bersifat perjalanan dinas rutin, melainkan dilaksanakan secara selektif berdasarkan kebutuhan rujukan pasien.

Petugas yang ditugaskan untuk melaksanakan kegiatan Perjanjian Kerja Sama (PKS) paling banyak 3 (tiga) orang, yang merupakan bagian dari Tim Verifikator Program Papua Barat Sehat pada Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat.

Penugasan tersebut dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku serta memperhatikan prinsip efisiensi, efektivitas, dan akuntabilitas dalam penggunaan anggaran.

BAB IV

MEKANISME PENYALURAN DAN KLAIM

A. Proses Persetujuan Klaim

1. Berkas klaim diverifikasi oleh Tim Verifikator RS.
2. Disampaikan ke Tim Verifikator Dinas Kesehatan Provinsi untuk persetujuan. Detail tugas Tim Verifikator tertuang dalam SK Gubernur Nomor 268 Tahun 2025 tentang Tim Verifikator Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan
3. Untuk pasien rujukan, tiket & akomodasi dapat difasilitasi oleh Rumah Sakit atau diganti sesuai bukti pengeluaran (Tiket, Boarding Pass dan dokumen terkait lainnya).
4. Klaim pelayanan ditolak jika berkas tidak lengkap, ada ketidaksesuaian data, terjadi duplikasi pembiayaan, dan ketidaksesuaian kepesertaan.
5. Pengajuan klaim harus menyertakan dokumen berikut :
 - a. Berita Acara hasil verifikasi BPJS Kesehatan;
 - b. Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak (SPTJM) terhadap besaran klaim yang diajukan dari Pimpinan Rumah sakit dengan melampirkan daftar pasien;
 - c. Surat Pernyataan bebas biaya selama dalam perawatan yang ditandatangani oleh pasien dan atau keluarga pasien;
 - d. Resume medis pasien yang ditandatangani DPJP sebagai dasar pemberian klaim makan minum pendamping dan dokumentasi pemberian makan minum.
 - e. Dokumen klaim wajib mencantumkan tanggal dan jam masuk keluar pasien dari rumah sakit untuk memastikan kesesuaian perhitungan hari rawat.

B. Mekanisme Penyaluran Dana dan Pembayaran Klaim

1. Biaya pelayanan medis dibayarkan langsung ke rekening rumah sakit berdasarkan tagihan setelah diverifikasi oleh verifikator Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat.
2. Pelayanan Kesehatan yang oleh karena kompetensi Rumah Sakit tidak ditanggung BPJS, pembiayaannya mengikuti tarif INA-CBG's kelas RS yang memiliki kompetensi dimaksud.
3. Uang makan minum pendamping/penunggu pasien rujukan antar kabupaten pada Rumah Sakit di wilayah Provinsi Papua Barat:
 - a) Uang muka pada Rumah Sakit yang menerima rujukan setiap minggu pertama bulan berjalan (bulan N), berdasarkan kebutuhan rumah sakit;
 - b) Pelunasan tagihan bulan N, dilakukan pada bulan berikut, berdasarkan tagihan rumah sakit setelah dipotong uang muka.

4. Klaim bulan Desember yang belum terbayar akan dibayarkan di tahun anggaran berikutnya.

C. Pembiayaan Transportasi dan Akomodasi Rujukan ke Rumah Sakit Rujukan Luar Daerah

Pembiayaan dikelola oleh Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat dengan mekanisme :

1. Rumah Sakit memberikan penjelasan Prosedur Pembiayaan PBS dan melengkapi semua dokumen persyaratan rujukan;
2. Rumah Sakit mengajukan dokumen rujukan tersebut kepada Tim Verifikator Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat melalui PIC yang ditunjuk;
3. Setelah disetujui Tim Verifikator, dibayarkan langsung kepada pasien dan pendamping pasien secara bertahap, yaitu : 80% sebelum berangkat dan 20% setelah pasien kembali dan menyerahkan seluruh bukti perjalanan dan pelayanan medis.
4. Dalam hal pasien telah berangkat ke Rumah Sakit rujukan luar daerah sebelum dokumen rujukan diverifikasi oleh Tim PIC Rumah Sakit dan memperoleh persetujuan dari Tim Verifikator Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat, maka:
 - a. Biaya tiket keberangkatan dan akomodasi 7 (tujuh) hari pertama tidak dapat dibayarkan melalui Program Papua Barat Sehat (PBS).
 - b. Pembiayaan akomodasi dapat diberikan setelah melewati 7 (tujuh) hari pertama perawatan, dengan ketentuan mengikuti mekanisme pembayaran lumpsum bulanan sebesar Rp.4.000.000 (empat juta rupiah) sejak mendapat persetujuan Tim Verifikator Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat .
 - c. Ketentuan ini diberlakukan untuk menjamin tertib administrasi, pengendalian anggaran, serta kepatuhan terhadap mekanisme verifikasi program.

D. Batas Waktu Perbaikan Dokumen Klaim

1. Perbaikan dokumen klaim setelah adanya feedback dari Tim Verifikator Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat wajib disampaikan paling lambat 14 (Empat Belas) hari kerja sejak tanggal pemberitahuan;
2. Dalam hal klaim berkaitan dengan peserta BPJS Kesehatan dan masih berstatus pending, maka batas waktu pengajuan dapat menyesuaikan sampai diterbitkannya BA dimaksud, dengan batas maksimal 7 (Tujuh) bulan sejak pasien mendapatkan pelayanan;
3. Apabila dalam jangka waktu tersebut dokumen tidak dilengkapi, maka klaim dinyatakan gugur.

E. Ketentuan Pengajuan Pembiayaan

1. Program Papua Barat Sehat (PBS) tidak menerima pengajuan proposal bantuan biaya kesehatan secara langsung dari masyarakat;
2. Seluruh pembiayaan pelayanan kesehatan dalam program PBS diberikan berdasarkan indikasi medis dan melalui mekanisme pelayanan pada fasilitas kesehatan sesuai alur rujukan yang berlaku;
3. Pengajuan pembiayaan hanya dapat dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan Rumah Sakit setelah pasien menjalani pemeriksaan dan memperoleh rekomendasi dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP);
4. Pembiayaan tidak diberikan berdasarkan permintaan pribadi, rekomendasi non-medis, atau pengajuan di luar prosedur pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan;
5. Ketentuan ini bertujuan untuk menjamin transparansi, akuntabilitas, serta ketepatan sasaran program.

BAB V
ALUR PELAYANAN DAN SISTEM RUJUKAN

A. Alur Rujukan Dan Verifikasi

1. Pasien berobat di RS di wilayah Kabupaten;
2. Jika memerlukan perawatan lanjutan, dirujuk ke RSUD Provinsi Papua Barat atau RS lainnya di wilayah Provinsi Papua Barat yang bekerjasama dengan BPJS sesuai kompetensi layanan Rumah Sakit;
3. Apabila layanan tidak tersedia, RSUD Provinsi / RS Lainnya merujuk pasien ke RS Luar Daerah yang bekerjasama dengan BPJS;
4. Pasien dirujuk sesuai indikasi medis, tidak atas permintaan sendiri (pasien/keluarga pasien)

B. Persyaratan Dokumen

1. Surat Rujukan dari RS asal rujukan.
2. Fotokopi KTP dan KK.
3. Kartu BPJS Kesehatan.
4. Surat Rujukan BPJS & SEP.
5. SKTM/DTKS (diprioritaskan bagi pasien tidak mampu).
6. Surat Pernyataan Kesiapan mengikuti proses pengobatan dan alur rujukan

C. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Penyelenggara

1. Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan pada wilayah Papua Barat dan Rumah Sakit Rujukan di luar daerah Papua Barat;
2. Pelayanan Medis:
 - a. Pasien berobat di rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS di wilayah Papua Barat;
 - b. Pasien mengikuti alur pelayanan di rumah sakit;
 - c. Jika memerlukan perawatan lanjutan, dapat dirujuk ke rumah sakit lain di wilayah Papua Barat sesuai kompetensi rumah sakit;
 - d. Apabila layanan atau kompetensi tidak tersedia, rumah sakit dapat merujuk pasien ke RS di Luar Daerah yang bekerjasama dengan BPJS;
 - e. Biaya transportasi dan akomodasi rujukan pasien sebagaimana poin c dan d dibayarkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat langsung kepada pasien dan atau pendamping pasien..

BAB VI
KETENTUAN LAIN LAIN
DEFENISI OPERASIONAL

A. Selisih Klaim BPJS Kesehatan

Selisih klaim BPJS Kesehatan adalah selisih biaya pelayanan kesehatan yang timbul akibat keterbatasan manfaat BPJS Kesehatan terhadap pelayanan medis dasar yang dibutuhkan pasien sesuai indikasi medis, yang dapat dibiayai oleh PBS sepanjang selisih tersebut bukan disebabkan oleh permintaan pasien, peningkatan kelas perawatan.

Penggunaan alat atau implan ditanggung PBS sesuai tarif Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Berikut ini adalah Selisih BPJS yang dapat diklaim Papua Barat Sehat (PBS) antara lain:

1. Selisih karena pembatasan manfaat BPJS dengan syarat :
 - ✓ Ada indikasi medis
 - ✓ Ada catatan dokter
 - ✓ Bukan permintaan pasien
2. Selisih akibat pembatasan jumlah hari rawat oleh Rumah Sakit
 - ✓ Rumah Sakit membatasi lama hari rawat karena adanya plafon biaya klaim INA-CBGs yang terbatas. Hal ini perlu dibuktikan dengan Tarif INA-CBGs yang diperoleh RS melalui aplikasi e-klaim.
 - ✓ Dokter menyatakan pasien belum layak pulang

B. Kategori Operasi Kecil, Sedang, Besar dan Khusus

Klasifikasi tindakan operasi pada Program Papua Barat Sehat mengintegrasikan pedoman Depkes RI (2008-2009) berbasis durasi operasi dengan klasifikasi *Surgical Wound Classification* WHO. Integrasi ini bertujuan untuk optimalisasi penjadwalan, pengelolaan sumber daya, dan pencegahan infeksi nasokomial dalam pelayanan kesehatan gratis bagi Orang Asli Papua (OAP).

- ✓ Tindakan Operasi Kecil: Prosedur dengan durasi kurang dari 60 menit, menggunakan anestesi lokal, dan berisiko infeksi *Clean/Clean-Contaminated* (tidak melibatkan rongga steril atau kontaminasi signifikan).
- ✓ Tindakan Operasi Sedang: Prosedur dengan durasi 60-120 menit, menggunakan anestesi regional atau umum ringan, berisiko *Clean-Contaminated/Contaminated* (melibatkan traktus dengan resiko kontaminasi sedang).

- ✓ Tindakan Operasi Besar: Prosedur dengan durasi 120-240 menit, menggunakan anestesi umum, berisiko *Contaminated/Dirty* (melibatkan rongga tubuh besar atau inflamasi akut).
- ✓ Tindakan Operasi Khusus: Prosedur dengan durasi lebih dari 240 menit atau memerlukan alat endovaskular/mikroskop, semua kategori risiko WHO dengan protokol steril ekstra.

Tabel: Klasifikasi dan Contoh Prosedur Prioritas Program Papua Barat Sehat

| Kategori Operasi | Durasi Operasi | Resiko Infeksi (WHO) | Prosedur |
|------------------|----------------|---------------------------|--|
| Kecil | <60 menit | <i>Clean</i> | Insisi abses, kuretase missed abortion, eksisi lipoma, debridement luka diabetes |
| Sedang | 60-120 menit | <i>Clean-Contaminated</i> | Herniorafi inguinal, apendiktomi akut, D&C diagnostik, ORIF tibia sederhana |
| Besar | 120-240 menit | <i>Contaminated</i> | Laparotomi eksplorasi trauma, histerektomi total, kolektomi parsial obstruksi |
| Khusus | >240 | <i>Dirty</i> | ORIF femur kompleks dengan graft, eksplorasi saraf perifer, CRIFIF rekonstruksi |

C. Telemedisin

Telemedisin adalah pemberian pelayanan kesehatan oleh tenaga medis di Rumah Sakit melalui pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi, tanpa tatap muka langsung untuk keperluan konsultasi medis, tindak lanjut pelayanan, atau penilaian kondisi kesehatan pasien, yang dilakukan berdasarkan indikasi medis, tercatat dalam rekam medis, dan memberikan kontribusi terhadap pengambilan keputusan klinis. Konsultasi antar dokter yang dilakukan sebagai bagian dari diskusi rutin internal Rumah Sakit tanpa pencatatan dalam rekam medis tidak dapat diklaim sebagai pelayanan telemedicine PBS.

Telemedisin yang dapat diklaim PBS meliputi :

1. Telekonsultasi medis yang dilakukan oleh dokter yang memiliki kompetensi lebih tinggi atau kompetensi khusus, termasuk dokter subspesialis, yang bukan merupakan DPJP pasien, untuk mendukung penegakan diagnosis, penentuan terapi, atau rencana tindakan medis;
2. Telekonsultasi medis yang dilakukan atas permintaan atau rekomendasi DPJP karena keterbatasan kompetensi atau fasilitas;

3. Telemedisin yang menghasilkan rekomendasi klinis yang digunakan dalam pelayanan pasien;
4. Telemedisin yang terdokumentasi dalam rekam medis pasien, termasuk identitas dokter pemberi konsultasi, waktu konsultasi, dan hasil rekomendasi medis.

BAB VII

MONITORING, EVALUASI & PENGAWASAN

A. Monitoring & Evaluasi

1. Monitoring dilakukan saat pelayanan, proses klaim, dan pasca-pembayaran.
2. Tim Monitoring dan Evaluasi Provinsi menyampaikan laporan semester kepada Gubernur meliputi capaian, hambatan, solusi, dan rekomendasi. Tugas detail terkait Tim Monitoring dan Evaluasi tertuang dalam SK Gubernur Nomor 267 Tahun 2025 tentang Tim Monitoring dan Evaluasi Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan.
3. Monitoring dan Evaluasi terhadap pemenuhan konsumsi pendamping pasien dapat dilakukan oleh Tim Papua Barat Sehat (PBS) melalui survei kepuasan, wawancara, observasi lapangan, dan/atau instrumen penilaian lainnya sebagaimana tercantum dalam lampiran petunjuk teknis ini. Hasil monitoring dan evaluasi digunakan sebagai bahan pembinaan, peningkatan mutu pelayanan, serta perbaikan pelaksanaan Program Papua Barat Sehat (PBS).
4. Evaluasi Mutu Pelayanan Kesehatan juga dilakukan dalam bentuk evaluasi kepuasan pasien dan/atau keluarga pasien yang telah selesai mendapatkan pelayanan baik rawat inap, rawat jalan, maupun pembiayaan rujukan. Hal ini dilaksanakan melalui pengisian survei singkat secara mandiri oleh pasien atau keluarga pasien dengan mengakses tautan <https://forms.gle/GEw9hnXj3tJkktRx5> atau melalui pemindaian barcode (QR Code) resmi PBS berikut:



B. Pengawasan

1. Pengawasan Melekat oleh pimpinan instansi/RS.
2. Pengawasan Fungsional oleh BPK, BPKP, dan Inspektorat.

3. Pengawasan Masyarakat dilakukan melalui *chat hotline* PBS via *Whatsapp* ke nomor 0813-9683-1000 atau melalui email papuabaratsehat@gmail.com

C. Layanan Hotline PBS dan Alur Tindak Lanjut Pengaduan

Dalam rangka memperkuat fungsi monitoring, evaluasi, dan pengawasan pelaksanaan Program Papua Barat Sehat (PBS), disediakan Layanan Hotline PBS sebagai media komunikasi resmi antara masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan, dan pengelola program. Layanan Hotline PBS menyediakan sistem respons otomatis dengan pilihan mengetik angka sesuai kebutuhan diantaranya:

1. Pengaduan Layanan
2. Evaluasi / Penilaian Kepuasan Layanan
3. Informasi Umum PBS

Alur Tindak Lanjut Pengaduan Layanan

- a) **Penerimaan Pengaduan**
Pengaduan layanan diterima melalui Hotline PBS dengan memilih menu Pengaduan Layanan. Pengaduan dapat berupa keluhan terkait pelayanan, administrasi, sikap petugas, atau kendala lain dalam pelaksanaan PBS.
- b) **Pencatatan dan Registrasi Pengaduan**
Setiap pengaduan yang masuk dicatat dan diregistrasi oleh petugas pengelola Hotline PBS ke dalam laporan pencatatan pengaduan, termasuk identitas pelapor, waktu pengaduan, serta substansi pengaduan.
- c) **Verifikasi Awal Pengaduan**
Pengelola Hotline PBS melakukan verifikasi awal untuk memastikan kelengkapan informasi dan mengklasifikasikan jenis pengaduan sesuai kategori (administrasi, pelayanan medis, rujukan, klaim atau lainnya).
- d) **Disposisi dan Koordinasi Tindak Lanjut**
Pengaduan yang telah diverifikasi diteruskan kepada Tim Monitoring dan Evaluasi untuk dilakukan penanganan sesuai kewenangan terhadap unit terkait.
- e) **Penanganan dan Penyelesaian Pengaduan**
Unit terkait wajib melakukan klarifikasi dan penyelesaian pengaduan dalam jangka waktu yang ditetapkan, serta menyampaikan hasil tindak lanjut kepada pengelola Hotline PBS.
- f) **Umpan Balik kepada Pelapor**

Hasil tindak lanjut pengaduan disampaikan kembali kepada pelapor melalui Hotline PBS atau media komunikasi yang tersedia, sebagai bentuk transparansi dan akuntabilitas layanan.

g) Dokumentasi dan Pelaporan

Seluruh proses pengaduan dan tindak lanjut didokumentasikan dan menjadi bagian dari bahan monitoring dan evaluasi berkala, serta digunakan sebagai dasar perbaikan mutu layanan dan penguatan pengawasan pelaksanaan Program PBS.

h) Pemanfaatan Data Pengaduan

Data pengaduan yang masuk melalui Hotline PBS digunakan untuk:

- ✓ Analisis tren permasalahan layanan
- ✓ Evaluasi kinerja fasilitas pelayanan kesehatan
- ✓ Penyusunan rekomendasi kebijakan dan perbaikan program
- ✓ Penguatan fungsi pengawasan internal PBS

BAB VIII PENUTUP

Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan ini disusun sebagai pedoman pelaksanaan bagi seluruh pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi Orang Asli Papua (OAP) di Provinsi Papua Barat. Dokumen ini diharapkan menjadi acuan dalam memastikan pelaksanaan program berjalan efektif, efisien, transparan, dan akuntabel, serta memberikan manfaat yang nyata bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

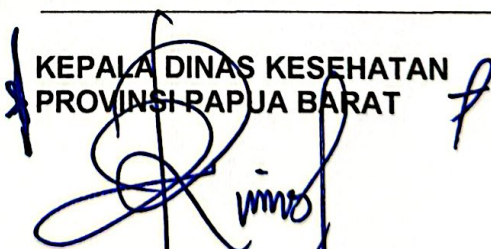
Melalui pelaksanaan Program Papua Barat Sehat, Pemerintah Provinsi Papua Barat menegaskan komitmennya dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang merata dan berkeadilan, sebagai bagian dari implementasi Otonomi Khusus bidang kesehatan.

Apabila di kemudian hari terdapat hal-hal yang belum diatur atau memerlukan penyesuaian dengan perkembangan kebijakan dan kondisi di lapangan, maka akan diatur lebih lanjut melalui Surat Edaran Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat, atau dilakukan adendum terhadap Petunjuk Teknis ini sesuai kebutuhan.

Dengan ditetapkannya Petunjuk Teknis ini, diharapkan seluruh perangkat daerah, fasilitas pelayanan kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya dapat bersinergi dalam melaksanakan Program Papua Barat Sehat secara optimal demi terwujudnya masyarakat Papua Barat yang aman, sehat, sejahtera, martabat dan mandiri.

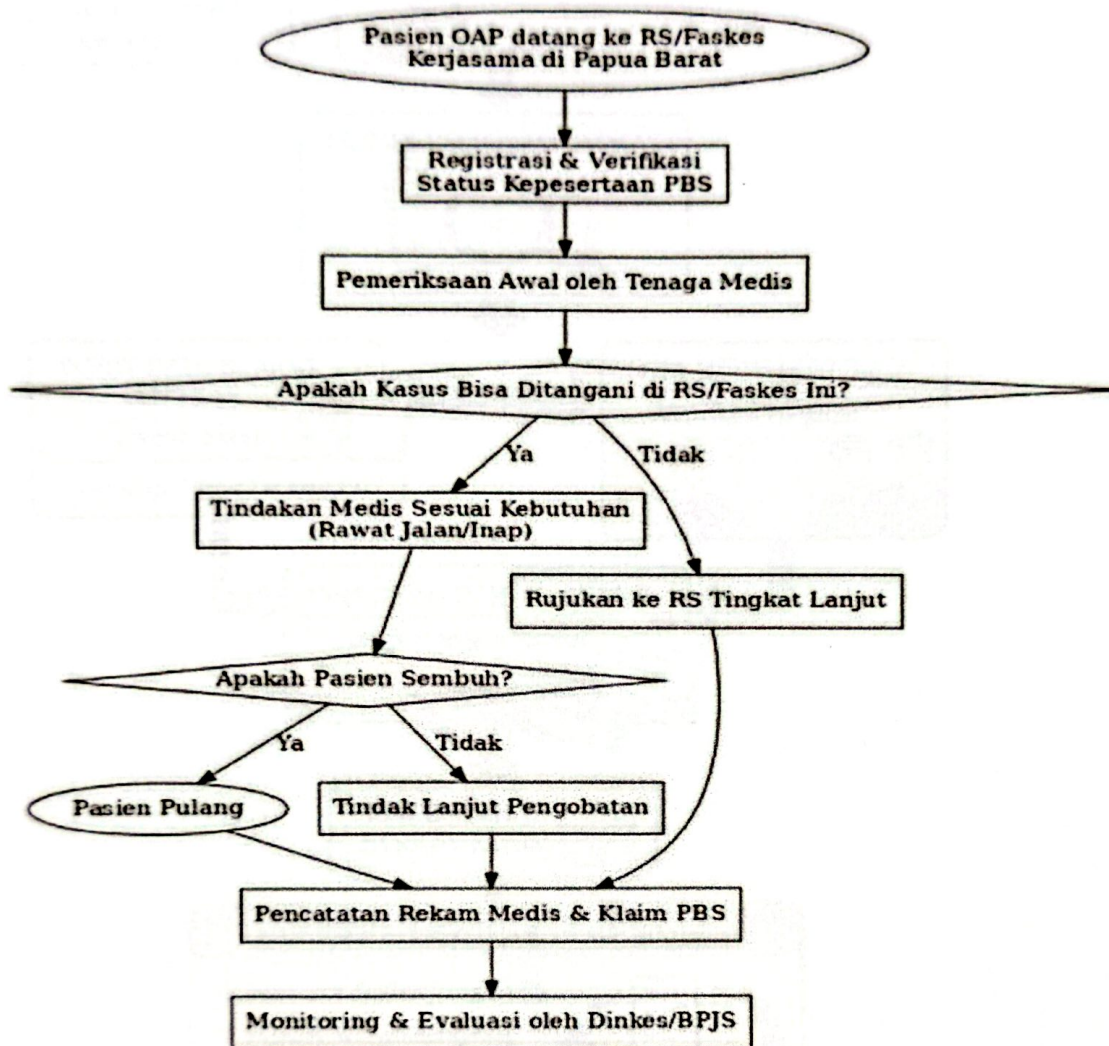
Ditetapkan di Manokwari
Pada tanggal 2 Februari 2026

**KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI PAPUA BARAT**

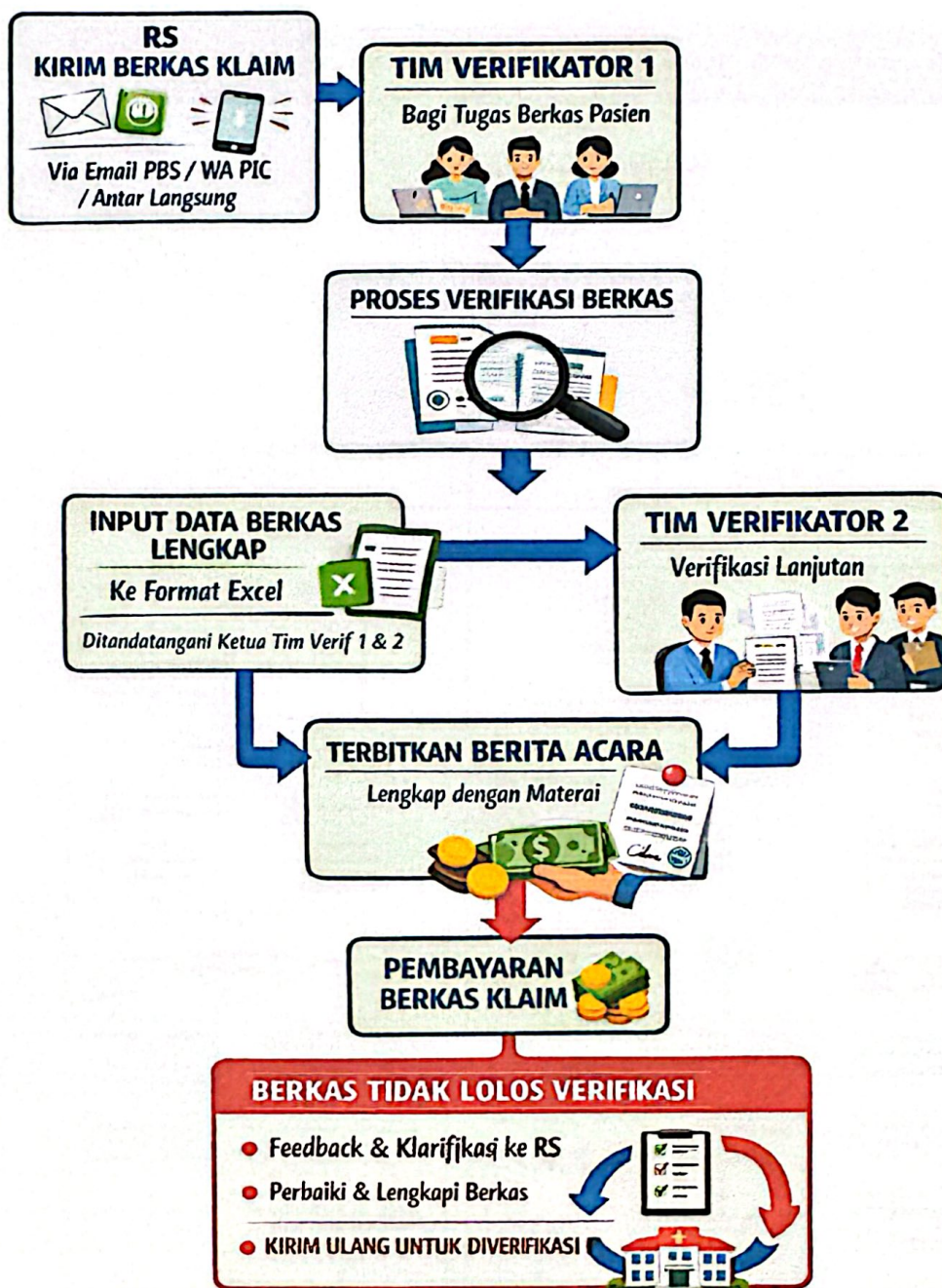


**dr. ALWAN RIMOSAN, Sp.B.FINACS
PEMBINA TK.I/IVB
NIP. 196910272000121004**

Lampiran 1
Flowchart Alur Rujukan



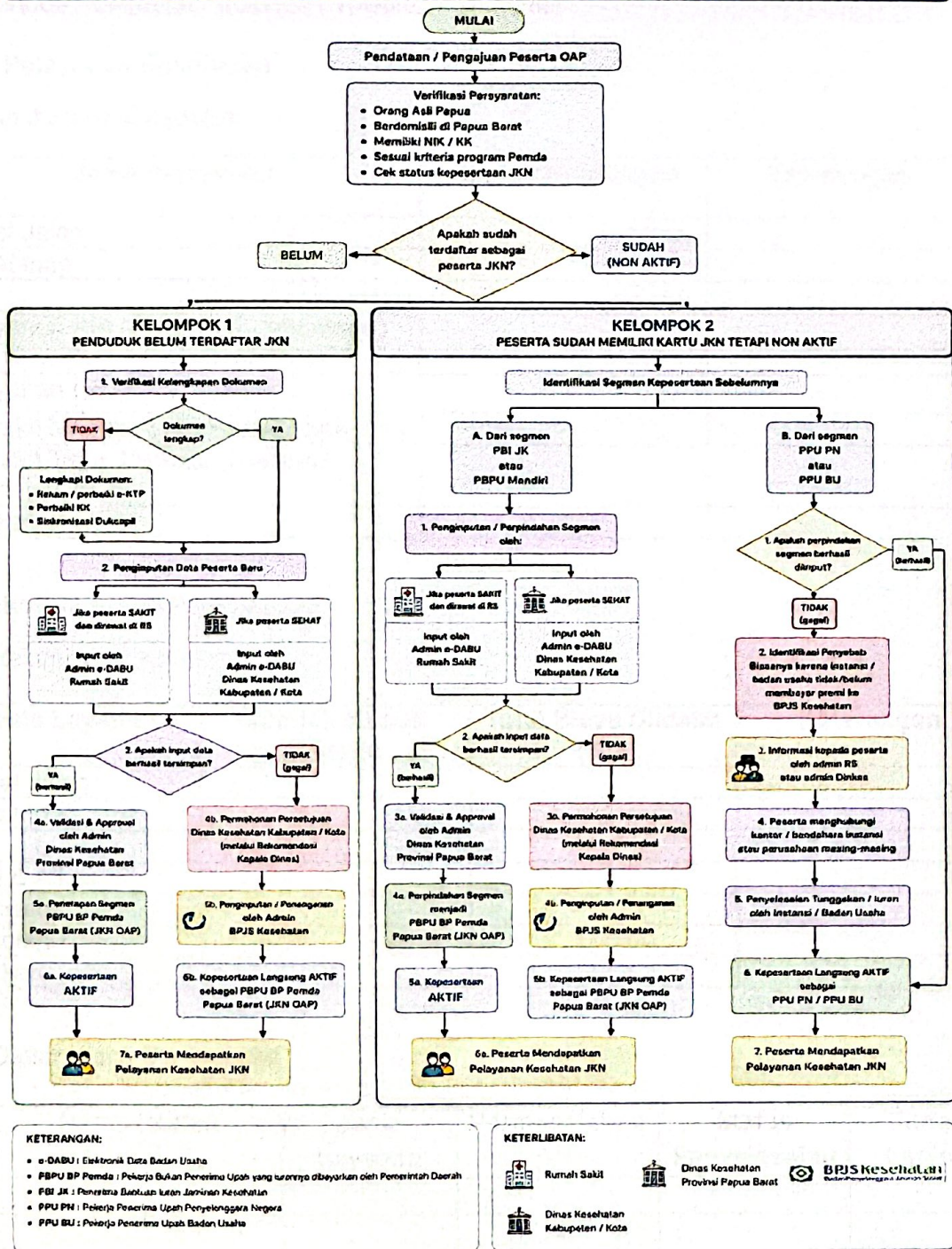
Lampiran 2
Flowchart Alur Verifikasi



Lampiran 3

Flowchart Pendaftaran dan Aktivasi Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) OAP-PBPU BP Pemda Papua Barat

FLOWCHART PENDAFTARAN DAN AKTIVASI KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) OAP – PBPU BP PEMDA PAPUA BARAT



Lampiran 4

Format Monitoring Dan Evaluasi Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Gratis Bagi Orang Asli Papua

I. Identitas Fasilitas Kesehatan

- a. Nama Faskes:
- b. Kabupaten/Kota :
- c. Periode Pelaporan : Bulanan / Triwulan / Semester

II. Data Pelayanan Kesehatan

Rekap Jumlah Kunjungan

| Jenis Pelayanan | Jumlah Kunjungan | Keterangan |
|---|------------------|------------|
| Rawat Jalan | | |
| Rawat Inap | | |
| IGD | | |
| Pelayanan KIA (ANC, PNC, Imunisasi) | | |
| Pelayanan Gizi | | |
| Penyakit Menular (TB, HIV, Malaria, dll.) | | |
| Penyakit Tidak Menular (Diabetes, Hipertensi, dll.) | | |
| Rujukan | | |

III. Monitoring Klaim Pembiayaan

- a. Rekapitulasi Klaim
- b.

| Jenis Layanan | Jumlah Kasus Diklaim | Total Biaya Diklaim (Rp) | Keterangan |
|---------------|----------------------|--------------------------|------------|
| Rawat Jalan | | | |
| Rawat Inap | | | |
| IGD | | | |
| Obat & Alkes | | | |
| Laboratorium | | | |
| Radiologi | | | |
| Rujukan | | | |

- c. Daftar Klaim Bermasalah

| No | Nama Pasien | Jenis Layanan | Permasalahan | Status Penyelesaian | Tindak Lanjut |
|----|-------------|---------------|--------------|---------------------|---------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

IV. Indikator Kinerja Program

a. Indikator Mutu Pelayanan

| Indikator | Target | Capaian | Persentase (%) | Analisis |
|-----------------------------|--------|---------|----------------|----------|
| Kelengkapan berkas klaim | | | | |
| Waktu penyelesaian klaim | | | | |
| Kunjungan OAP yang dilayani | | | | |
| Tingkat penolakan klaim | | | | |

b. Indikator Outcome Program

| Indikator | Capaian | Analisis |
|---------------------------------------|---------|----------|
| Akses layanan kesehatan OAP meningkat | | |
| Beban biaya pasien OAP berkurang | | |
| Tingkat pemanfaatan program | | |
| Persepsi kepuasan pasien OAP | | |

V. Permasalahan yang Ditemukan

Tuliskan permasalahan yang terjadi selama pelaksanaan layanan dan proses klaim:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

VI. Rekomendasi dan Tindak Lanjut

.....
.....
.....
.....
.....

VII. Kesimpulan

(Berisi rangkuman pelaksanaan program, efektivitas, dan kebutuhan dukungan ke depan)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

VIII. Pengesahan

Tanggal:.....

Mengetahui:

Kepala Fasilitas Kesehatan / Penanggung Jawab Program

TTD

Nama:.....

NIP:.....

**Lampiran 5
Formulir Surat Rujukan**

LOGO

KOP INSTANSI

SURAT RUJUKAN

Nomor;.....

Kepada Yth:.....

Di RS :.....

Dengan Hormat,
Pada hari ini kami kirimkan pasien dengan data sebagai berikut :

1. Identitas Pasien

Nama:

No.Rekam Medis:

NIK:

Tanggal Lahir/Umur :.....

Alamat:

Status DTKS/SKTM: Ya / Tidak

Anamnesa :.....

.....

.....

Pemeriksaan Fisik :.....

.....

Diagnosa Kerja:

Pengobatan/Tindakan yang telah diberikan :.....

.....

2. Identitas Pendamping

Nama:

Hubungan:

No HP:

3. Tujuan Rujukan

Layanan yang Dibutuhkan:

5. Dokumen Terlampir

KTP / KK

SKTM/DTKS *opsional bagi penerima layanan BPJS Kesehatan kelas 3

Surat Rujukan BPJS

Resume Medis

Dokumen terkait lainnya :

.....
Petugas Yang Menerima Rujukan,

Petugas Yang Menerima Rujukan,

TTD & Stempel

.....

Hari/ Tanggal :

Mengetahui,

Petugas Yang Merujuk

TTD & stempel

.....

Lampiran 6
Format Verifikasi Rumah Sakit

LOGO

KOP INSTANSI

FORM. VERIFIKASI KELENGKAPAN BERKAS

Dengan hormat,

Telah kami lakukan verifikasi administrasi dan kelengkapan dokumen klaim pasien, dan berikut kami sampaikan hasil verifikasi tersebut untuk ditindaklanjuti.

1. Identitas Pasien (KTP/KK) : Ada / Tidak
2. Kartu JKN Aktif : Ya / Tidak
3. Identitas OAP valid: Ya / Tidak
4. Rujukan berjenjang lengkap : Ya / Tidak
5. Diagnosa dan kebutuhan layanan sesuai: Ya / Tidak
6. Semua dokumen terlampir: Ya / Tidak
7. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) bagi peserta non kelas III : Ya /Tidak

Hari/Tanggal :

Petugas Verifikator Rumah Sakit

TTD & Stempel

Nama:

NIP.

Jabatan:

Lampiran 7
Format Pengajuan Klaim Biaya

Format Pengajuan Klaim Biaya

LOGO

KOP INSTANSI

PENGAJUAN KLAIM BIAYA

Nomor :

1. Identitas Pasien:

Nama:

NIK:

Tanggal Lahir:

Alamat:

No.HP:

2. Jenis Biaya yang Diajukan:

Pelayanan Medis:

Transportasi:

Akomodasi:

Uang Harian Pendamping:

Lainnya:

3. Bukti Pengeluaran:

Tiket:

Boarding Pass:

Kwitansi RS:

Dokumen terkait lainnya :

4. Rekening Penerima:

Nama:

Bank:

No Rekening:

Hari/Tanggal :

Pemohon,

TTD & Stempel

.....

Lampiran 8
Format Verifikasi/Validasi Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat

LOGO

KOP INSTANSI

Form. Verifikasi/Validasi Kelengkapan Berkas

a. Identitas Pasien

Nama :

NIK :

Tanggal Lahir :

Alamat :

b. Informasi Fasilitas Kesehatan

Nama Fasilitas Kesehatan:

Kabupaten/Kota:

Alamat :

No.Telp/WA :

c. Validasi Administratif

| NO | Komponen Validasi Hasil | Sesuai / Tidak | Keterangan |
|----|----------------------------------|----------------|------------|
| 1. | Kesesuaian Data Pasien OAP | | |
| 2. | Kebenaran Jenis Pelayanan | | |
| 3. | Kesesuaian Tarif Klaim PBS | | |
| 4. | Kelengkapan Dokumen Klaim | | |
| 5. | Kesesuaian Waktu Pelayanan | | |
| 6. | Validitas Tanda Tangan & Stempel | | |
| 7. | Potensi Duplikasi Klaim | | |

d. Temuan Dan Rekomendasi

1. Temuan Utama:

.....

2. Rekomendasi Perbaikan:

.....

3. Tindak Lanjut yang Disarankan Faskes:

.....

e. Kesimpulan Verifikasi 2

- Dapat disetujui untuk proses pembayaran klaim PBS
- Perlu perbaikan dokumen sebelum disetujui
- Tidak dapat disetujui

Catatan tambahan:

.....

Hari/Tanggal :

Ketua Tim Verifikasi 1

Ketua Tim Verifikasi 2

Nama :
NIP.

Nama :
NIP.....

Lampiran 9
Format Klaim Makan Minum Pendamping Pasien

LOGO

KOP INSTANSI

PENGAJUAN KLAIM MAKAN MINUM PENDAMPING PASIEN

Nomor :

A. Identitas Pasien

1. Nama Pasien :
2. NIK / No. Rekam Medis :
3. Tanggal Lahir :
4. Jenis Kelamin :
5. Diagnosa Utama :
6. Ruang / Kelas Rawat :

B. Data Perawatan

1. Tanggal Masuk Rawat Inap : / /
2. Tanggal Pulang/Dirujuk : / /
3. Total Hari Rawat : hari

C. Data Pendamping Pasien *Maksimal 2 pendamping per pasien

| NO | Nama Pendamping NIK | Hub.dengan Pasien | Tgl Mulai Mendampingi | Jumlah Hari | Tanda tangan |
|----|------------------------|----------------------|--------------------------|----------------|--------------|
| 1. | Nama NIK..... | | | | |
| 2. | | | | | |

Total Klaim Biaya Pendamping : Rp

D. Dokumen Pendukung Yang Wajib Dilampirkan (Checklist)

| NO | Dokumen | Cheklis |
|----|---|--------------------------|
| 1 | Fotokopi KTP/KK pendamping | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Surat Keterangan Pendamping Pasien dari RS (ditandatangani Kepala Ruang/DPJP) *lihat Form.Lampiran 9 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Bukti pengesahan dari Penanggung Jawab Klaim RS (stempel & tanda tangan) | <input type="checkbox"/> |

E. PERNYATAAN & PENGESAHAN

Dengan ini kami menyatakan bahwa data dan perhitungan biaya pendamping pasien ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan sesuai ketentuan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Gratis OAP.

Petugas Klaim RS

TTD

Nama:
NIP.

Hari/ Tanggal :.....
Mengetahui,
Kepala Ruangan / DPJP

TTD & Stempel

Nama:
NIP.

*Diisi Verifikator Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat

G. VERIFIKASI DINAS KESEHATAN PROVINSI

Keterangan *Checklist* :

Dokumen lengkap: Ya Tidak

Sesuai standar klaim : Ya Tidak

Klaim disetujui: Ya Tidak

Mengetahui,
Tim Verifikasi

Nama :.....
NIP.. ..

Lampiran 10
Form. Surat Keterangan Pendamping Pasien

LOGO

KOP INSTANSI

Hari/Tanggal.....

SURAT KETERANGAN PENDAMPING PASIEN

Nomor:.....

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Petugas / Kepala Ruangan / DPJP :

Jabatan :

Unit / Ruangan :

Dengan ini menerangkan bahwa:

A. IDENTITAS PASIEN

1. Nama Pasien :

2. NIK / No. Rekam Medis :

3. Tanggal Lahir/Umur :

4. Alamat :

5. Diagnosa Utama :

B. IDENTITAS PENDAMPING

| NO | Nama Pendamping | NIK | Hub. Dengan Pasien |
|----|-----------------|-----|--------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |

C. KETERANGAN PENDAMPINGAN

Pendamping tersebut benar mendampingi pasien selama masa perawatan di

Ruangan dari tanggal:

Mulai tanggal : / /

Sampai tanggal : / /

Total Hari Pendampingan : hari

Pendampingan dilakukan untuk membantu kebutuhan pasien selama dirawat dan diizinkan oleh ruangan sesuai ketentuan pelayanan rumah sakit.

Dokumen ini dibuat sebagai persyaratan klaim biaya pendamping pasien dalam Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Gratis Orang Asli Papua.

Daerah II
Kantor Perwakilan BKKP di Provinsi Kalimantan Tengah
BPUS Kaltara & S

**Mengetahui,
Kepala Ruangan / DPJP**

TTD & Stempel

Nama:
NIP.....

Kantor Perwakilan BKKP di Provinsi Kalimantan Tengah
BPUS Kaltara & S

Halaman 1 dari 1

Nama
Jabatan
Tempat
No. Telepon

Alamat
1. Jalan
2. Kecamatan
3. Kabupaten

Daerah II Kalimantan Tengah BPUS Kaltara & S

- 1. Kepala Ruangan
- 2. Kepala Bidang
- 3. Kepala Subbidang
- 4. Kepala Seksi
- 5. Kepala Subseksi
- 6. Kepala Unit
- 7. Kepala Subunit
- 8. Kepala Subbagian
- 9. Kepala Subbagian
- 10. Kepala Subbagian

Halaman 1 dari 1

DAFTAR ISI

- 1. Daftar Isi
- 2. Daftar Isi
- 3. Daftar Isi

Halaman 1 dari 1

Lampiran 11

Surat Pernyataan Bersedia Dirawat Dengan Fasilitas Kelas III Bagi Penerima Layanan BPJS Kelas I & II

LOGO

KOP INSTANSI

**Surat Pernyataan Bersedia Dirawat Dengan Fasilitas Kelas III
(Untuk Kasus Non-Jaminan, Non-BPJS)**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
NIK :
Tempat/Tgl Lahir :
Alamat :
No. Telepon :

Dalam hal ini bertindak sebagai:

- Pasien sendiri
- Keluarga / Penanggung jawab pasien

Hubungan dengan pasien:

Dengan ini menyatakan bersedia bahwa pasien:

Nama Pasien :
NIK / No. RM :
Alamat :
Kasus/Kejadian :
 Kecelakaan karena konsumsi alkohol/mabuk
 Korban penikaman
 Korban kekerasan seksual
 Kasus kriminal/insiden non-BPJS lainnya:

tidak dapat dijamin oleh BPJS Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku, dan oleh karena itu:

MENYATAKAN BERSEDIA DIRAWAT PADA FASILITAS KELAS III

Saya memahami dan menyetujui hal-hal berikut:

1. Pasien dirawat menggunakan Fasilitas Kelas III sesuai ketersediaan ruangan di Rumah Sakit.
2. Saya telah menerima penjelasan dari petugas Rumah Sakit terkait kondisi kasus yang tidak dapat diklaim melalui BPJS serta ketentuan pembiayaan.
3. Surat ini dibuat dengan penuh kesadaran tanpa paksaan dari pihak mana pun.

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Lampiran 12

FORMAT KLAIM SELISIH BIAYA IUR

*Bagi Pasien Peserta BPJS Kelas III

LOGO

KOP INSTANSI

PENGAJUAN KLAIM SELISIH BIAYA IUR

Nomor :

A. Identitas Pasien

- 1. Nama Pasien :
- 2. NIK / No. Rekam Medis :
- 3. Nomor Kartu BPJS :
- 4. Jenis Kepesertaan BPJS :
- 5. Alamat/Kabupaten Asal :
- 6. No. Hp :

B. Data Pelayanan BPJS

1. Jenis Pelayanan yang Diterima

- Rawat Jalan
- Rawat Inap
- Donor Darah
- Pemeriksaan/Penunjang (sebutkan):
- Lainnya (sebutkan):

2. Tanggal Pelayanan : / /

3. Unit/Ruangan Pelayanan :

C. Rincian Biaya

| No | Uraian Layanan / Barang | Tarif RS (Rp) | Ditanggung BPJS (Rp) | Selisih yang Diajukan (Rp) |
|--------------|-------------------------|---------------|----------------------|----------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| Total | | Rp..... | Rp..... | Rp..... |

Catatan: Selisih biaya adalah komponen yang tidak dijamin BPJS tetapi masih menjadi kebutuhan pelayanan pasien peserta kelas III, dan dapat dibayarkan melalui Pelayanan Kesehatan Gratis bagi OAP sesuai ketentuan.

D. Dokumen Pendukung (Wajib Lampirkan)

| No | Dokumen Pendukung | Ada | Tidak |
|----|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Fotokopi KTP Pasien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Fotokopi Kartu BPJS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Bukti Pelayanan / Resi Penunjang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Rincian tarif RS dan tarif BPJS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Dokumen tambahan (jika ada) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E. Pernyataan Rumah Sakit

Dengan ini kami menyatakan bahwa selisih biaya yang diajukan merupakan biaya valid, sesuai pelayanan pasien, dan benar-benar tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan, sehingga memerlukan pembiayaan melalui Pelayanan Kesehatan Gratis bagi OAP.

Petugas Klaim RS

Mengetahui,
Kepala Ruangan / DPJP

TTD

TTD Stempel

Nama :
Jabatan :

Nama :
Jabatan :

*Diisi oleh Dinas Kesehatan Provinsi

F. Verifikasi Dinas Kesehatan Provinsi

| Komponen | Hasil |
|---------------------|---|
| Kelengkapan dokumen | <input type="checkbox"/> Lengkap <input type="checkbox"/> Tidak |
| Kesesuaian tarif | <input type="checkbox"/> Sesuai <input type="checkbox"/> Tidak |
| Layak dibayarkan | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |

Catatan Verifikator

Verifikator Dinas Kesehatan Provinsi

TTD

Nama :
NIP :

Lampiran 13

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MENGIKUTI PROSES PENGOBATAN DAN ALUR RUJUKAN DENGAN PEMBIAYAAN PROGRAM PAPUA BARAT SEHAT (PBS)

Kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pasien :

NIK :

Tempat/Tanggal Lahir :

Alamat :

RS Rujukan yang Dituju:

Dalam hal ini diwakili oleh keluarga/penanggung jawab:

Nama Penanggung Jawab :

Hubungan dengan Pasien :

No. HP :

Dengan ini menyatakan bahwa kami bersedia dan menyetujui untuk mengikuti seluruh proses pelayanan dan pengobatan sesuai ketentuan Program Papua Barat Sehat (PBS), BPJS Kesehatan, serta alur rujukan medis yang berlaku.

Sehubungan dengan rencana rujukan ke luar daerah, kami menyatakan:

1. Bersedia mengikuti seluruh tahapan rujukan medis yang ditetapkan oleh fasilitas kesehatan dan Tim PBS.
2. Bersedia menjalani pengobatan sesuai indikasi medis dan anjuran dokter pada fasilitas kesehatan yang dituju.
3. Tidak melakukan penghentian pengobatan, perpindahan fasilitas, atau tindakan lain di luar alur rujukan tanpa rekomendasi medis dan persetujuan Tim PBS.

Apabila kami tidak mematuhi alur rujukan dan proses pengobatan sebagaimana ketentuan PBS, maka kami bersedia menerima konsekuensi, antara lain:

1. Penghentian atau tidak dilanjutkannya pembiayaan layanan melalui Program Papua Barat Sehat (PBS);
2. Biaya pelayanan kesehatan selanjutnya menjadi tanggung jawab pribadi pasien/keluarga;
3. Tidak dapat mengajukan kembali klaim PBS untuk kasus yang sama sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya, tanpa paksaan dari pihak mana pun, untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Tempat, Tanggal:

Pasien / Penanggung Jawab

.....

Lampiran 14

SURAT PERNYATAAN BEBAS BIAYA SELAMA DALAM PERAWATAN

LOGO

KOP INSTANSI

**SURAT PERNYATAAN BEBAS BIAYA
SELAMA DALAM PERAWATAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap :
Tempat/Tgl Lahir :
Alamat :
No. Identitas (KTP) :

No. Telp :

Dalam hal ini bertindak sebagai:

- Pasien
- Penanggung Jawab Pasien dari ;

Nama Lengkap :
Tempat/Tgl Lahir :
Alamat :
No. Identitas (KTP) :

No. Telp :

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa selama dalam perawatan, saya/keluarga saya **TIDAK MEMBAYAR BIAYA** apapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, dalam keadaan sadar, tanpa paksaan dari pihak manapun, untuk digunakan sebagaimana mestinya.

.....20

(.....)

Lampiran 15

**KUESIONER KEPUASAN KONSUMSI PENDAMPING PASIEN
PROGRAM PAPUA BARAT SEHAT (PBS)**

Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kepuasan pendamping pasien terhadap konsumsi (makan dan minum) yang diberikan selama mendampingi pasien rujukan PBS.

Petunjuk Pengisian:

Berikan tanda (✓) pada salah satu jawaban yang paling sesuai dengan kondisi yang Anda alami.

Skala Penilaian:

- 1 = Sangat Tidak Puas
 - 2 = Tidak Puas
 - 3 = Cukup Puas
 - 4 = Puas
 - 5 = Sangat Puas
-

A. IDENTITAS RESPONDEN

- 1. Nama Pendamping (Opsional):
- 2. Rumah Sakit:
- 3. Kabupaten/Kota Asal:
- 4. Lama Mendampingi Pasien:
 - < 3 Hari
 - 3–7 Hari
 - 8–14 Hari
 - > 14 Hari

B. PENILAIAN KONSUMSI

| No. | Pernyataan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Makanan diberikan sesuai jadwal yang telah ditentukan | | | | | |
| 2 | Jumlah makanan yang diberikan mencukupi kebutuhan sehari-hari | | | | | |
| 3 | Kualitas makanan yang diberikan dalam kondisi baik dan layak dikonsumsi | | | | | |
| 4 | Variasi menu makanan yang diberikan cukup beragam | | | | | |
| 5 | Kebersihan makanan yang diberikan terjaga dengan baik | | | | | |
| 6 | Air minum tersedia dan mudah diperoleh selama mendampingi pasien | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 7 | Porsi makanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pendamping | | | | | |
| 8 | Makanan yang diberikan memiliki rasa yang cukup baik | | | | | |
| 9 | Petugas rumah sakit memberikan konsumsi dengan sikap yang baik dan sopan | | | | | |
| 10 | Secara keseluruhan saya puas terhadap konsumsi yang diberikan selama mendampingi pasien | | | | | |

C. PERTANYAAN KHUSUS

11. Apakah selama mendampingi pasien Anda menerima konsumsi sesuai ketentuan?

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak Pernah

12. Berapa kali makan yang biasanya Anda terima dalam sehari?

- 1 Kali
- 2 Kali
- 3 Kali
- Tidak Menentu

13. Apakah Anda pernah membeli makanan sendiri karena konsumsi yang diberikan tidak mencukupi?

- Ya
- Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan:

.....

D. SARAN DAN MASUKAN

14. Apa kendala yang Anda alami terkait konsumsi selama mendampingi pasien?

.....

15. Saran untuk perbaikan pelayanan konsumsi pendamping pasien PBS:

.....

E. REKOMENDASI EVALUASI

16. Menurut Anda, pelayanan konsumsi pendamping pasien PBS:

- Sangat Perlu Ditingkatkan**
- Perlu Ditingkatkan**
- Cukup Baik**
- Baik**
- Sangat Baik**