LAMPIRAN PERATURAN BUPATI BANDUNG

NOMOR : 32 TAHUN 2019

TANGGAL : 28 MEI 2019

TENTANG : PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI BANDUNG NOMOR 27 TAHUN 2018 TENTANG TARIF PELAYANAN KESEHATAN PADA PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT DAN JARINGANNYA YANG MENERAPKAN POLA PENGELOLAAN KEUANGAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

NO	JENIS PELAYANAN KESEHATAN		TARIF
1	Pelayanan Rawat Jalan		
	a.	Poli Umum/Poli Gigi/KIA-KB (Adm + Konsultasi + Pengobatan) PAGI	7,000
	b.	Poli Umum/Poli Gigi/KIA-KB (Adm + Konsultasi + Pengobatan) SORE/MALAM	15,000
	c.	Administrasi Pasien Baru (berlaku seumur hidup)	5,000
2	Pelayanan Gawat Darurat		
	a.	Pemeriksaan kesehatan Umum (Adm + Konsultasi + Pengobatan Tanpa Tindakan)	20,000
	b.	Observasi ≤ 6 jam	65,000
3	Pelayanan Rawat Inap		
		Biaya Rawat Inap/Paket/hari (tidak termasuk tindakan dan laboratorium)	200,000
4	Pelayanan Tindakan medik Umum		
	a.	Jahitan Pertama (1 - 3 jahitan)	50,000
	b.	Jahitan berikutnya per 1 jahitan	10,000
	c.	Buka jahitan (1 - 5 jahitan)	25,000
	d.	Jahitan berikutnya per 1 jahitan	5,000
	e.	Explorasi benda asing	35,000
	f.	Ekstraxi / Irigasi Serumen	25,000
	g.	Exterpasi Tumor/Klavus ≤ 3 cm	50,000
	h.	Exterpasi Tumor/Klavus > 3 cm	100,000
	i.	Incisi abses tanpa Drain	30,000
	j.	Incisi abses dengan Drain	50,000
	k.	Incisi hordeolum	75,000
	l.	Perawatan luka terbuka, debridemant ringan.	30,000
	m.	Perawatan luka terbuka, debridemant berat	85,000
	n.	Perawatan luka dengan komplikasi	100,000
	o.	Perawatan luka tertutup ringan	25,000
	p.	Penanganan luka bakar grade 1	50,000
	q.	Penangangan luka bakar grade 2	80,000
	r.	Penanganan fraktur tertutup tungkai atas	30,000
	s.	Penanganan fraktur tertutup tungkai bawah	50,000
	t.	Pemasangan bidai ekstremitas atas/lokasi	30,000
	u.	Pemasangan bidai ekstremitas bawah/lokasi	45,000
	v.	Pemasangan infus bayi	60,000
	w.	Pemasangan infus dewasa	45,000
	x.	Pemasangan/pelepasan foley Kateter	45,000
	y.	Penggunaan nebulizer, 20 menit - 60 menit	45,000

NO		JENIS PELAYANAN KESEHATAN	TARIF
	ac.	Sirkumsisi Anak	250,000
	ad.	Tindik daun telinga bayi/anak2	20,000
	ae.	Tindik daun telinga dewasa	35,000
	af.	Irigasi Bola Mata	15,000
	ag.	Erotio Portionis Uteri	15,000
	ah	Lavement Pengobatan	30,000
	ai.	Jasa Suntikan	10,000
5	Tindakan Medik Gigi		
	a.	Cabut Gigi	
		1) Gigi Sulung dengan Clor Ethil	20,000
		2) Gigi Sulung dengan Anastesi	30,000
		3) Gigi tetap	70,000
		4) Gigi tetap dengan penyulit	90,000
		5) Geraham Terakhir (normal)	100,000
	b.	Tumpatan Gigi	
		1) Tumpatan Glass Ionomer Pada Gigi Tetap	70,000
		2) Tumpatan Glass Ionomer Pada Gigi Sulung/ Susu	50,000
		3) Tumpatan dengan komposit sinar	100,000
		4) Pembongkaran Tumpatan	50,000
		5) tambalan sementara	20,000
	c.	Perawatan	
		1) Pengobatan pulpa dan Jaringan Periapikal	30,000
		2) Pembersihan Karang Gigi/Scaling setiap regio	50,000
		3) Pengobatan Gusi dan atau periodontal	40,000
		4) Perawatan Gangren	30,000
	d.	Prothesa Gigi	
		1) Gigi pertama	150,000
		2) Gigi Selanjutnya per gigi	100,000
	e.	Lain-lain	
		1) Insisi Abses intra oral	30,000
		2) Insisi Abses ekstra oral	50,000
6	Tindakan Medik KIA, KB, Persalinan, PONED		
	a.	IVA Tes	25,000
	b.	Kontrol IUD	20,000
	c.	Krioterapi dengan CO2	315,000
	d.	Krioterapi dengan N2O	490,000
	e.	Pasang/lepas IUD (belum termasuk IUD nya)	
		1) Tanpa penyulit	50,000
		2) Dengan penyulit	75,000
	f.	Persalinan	
		1). Persalinan normal bidan	700,000
		2). Persalinan normal dokter	800,000
		3). Persalinan dengan Penyulit	950,000

NO	JENIS PELAYANAN KESEHATAN		TARIF
		4). Tindakan Pra Rujukan	125,000
	g.	Penggunaan Inkubator/hari	100,000
	h.	Suntik KB 1 bulan	25,000
	i.	Suntik KB 3 bulan	15,000
	j.	Tindakan manual placenta	250,000
	k.	Pelayanan KB Vasektomi	350,000
	l.	Doptone	10,000
	m.	Suction	25,000
7	Pelayanan Imunisasi di luar program		
	a.	Imunisasi Influenza	150,000
	b.	Imunisasi HPV	1,200,000
	c.	Imunisasi Hepatitis B	175,000
8	Pelayanan Penunjang Medik		
	a.	*Pemeriksaan Hematologi*	
		1) Hemoglobin	12,000
		2) Jumlah Leukosit	11,000
		3) Jumlah Trombosit	16,000
		4) Golongan Darah Aglutinasi + rhesus	15,000
		5) Hematokrit, Mikrohematokrit	10,000
		6) Jumlah Eosinofil, Mikroskopis	15,000
		7) Jumlah Retikulosit, Mikroskopis	20,000
		8) Hitung Jenis Leukosit (diff), Mikroskopis	20,000
		9) Waktu Perdarahan	10,000
		10) Waktu Pembekuan	10,000
		11) LED (1 jam & 2 jam)	15,000
		12) Percobaan Pembendungan (Rumple Leed)	10,000
		13) Darah rutin (Hb,Ht,Trombo,Leuko,Erit)	40,000
		14) Darah Lengkap (Hb, Leuko, Trombo, Erit, Ht, + diff count)+ LED	60,000
	b.	*Pemeriksaan kimia klinik*	
		1) Faal Hati	
		(a) Bilirubin total	20,000
		(b) Bilirubin Direk	20,000
		(c) SGOT	20,000
		(d) SGPT	20,000
		(e) Gamma GT	35,000
		(f) Protein	20,000
		(g) Albumin	18,000
		2) Faal Ginjal	
		(a) Ureum	20,000
		(b) Creatinin	20,000
		(c) Asam Urat	18,000
		(e) Natrium	35,000
		(f) Kalium	35,000

NO	JENIS PELAYANAN KESEHATAN		TARIF
		(a) Cholesterol Total	25,000
		(b) HDL Cholesterol	30,000
		(c) LDL Cholesterol (Direk)	70,000
		(d) Trigliserida	25,000
		(e) Gula Darah	
		1. Sewaktu	15,000
		2. 2 jam PP	15,000
		3. Puasa	15,000
		4. HbA1C	125,000
	c.	*Pemeriksaan parasitologi; cairan tubuh dan urinalisa*	
		1) Urine lengkap	25,000
		3) Reduksi	15,000
		4) Protein	15,000
		5) Bilirubin	15,000
		6) Keton	15,000
		7) Tes kehamilan	15,000
		8) Feses lengkap	20,000
	d.	*Pemeriksaan Imunologi - Serologi*	
		1) Widal	40,000
		2) Hbs Ag +/-	40,000
		3) Anti HIV Screening/Rapid Test	100,000
		4) IMS (TPHA)	50,000
		5) Syphilis (Rapid Test)	55,000
		6) Tes Mantoux	150,000
		7) Tes NS1	150,000
		8) Tes IgG/IgM (dangue blood)	196,000
	e.	*Pemeriksaan Mikrobiologi*	
		1) Mikroskopis ZN(BTA) 1x	15,000
		2) Mikroskopis ZN(BTA) 2x	30,000
		3) Pewarnaan langsung jamur	15,000
		4) Mikroskopis gram (GO)	20,000
		5) Skin smear kusta	20,000
	f.	*Pemeriksaan diagnostik elektromedik*	
		1) EKG	30,000
		2) USG dua dimensi	50,000
9	Pelayanan pemakaian oksigen perjam		20,000
10	Pelayanan Medikolegal/Pemeriksaan Pasien untuk penerbitan :		
	a.	Visum hidup / visum luar (Visum Kepentingan Asuransi)	50,000
	b.	Kir	10,000
	c.	butawarna	5,000
	d.	Kir Melanjutkan pendidikan hingga ke tingkat SMA dan sederajat	Gratis

NO	JENIS PELAYANAN KESEHATAN		TARIF
	e.	Calon Pengantin (Imunisasi, HB, Golongan Darah)	50,000
	f.	Pemeriksaan Calon Jemaah Haji	50,000
11	Pelayanan transportasi pasien (Ambulance)		
	a.	Dalam Wilayah Kabupaten Bandung	75,000
	b.	Diluar Wilayah Kabupaten Bandung	150,000
	c.	Jasa perawat/bidan (Perkasus)	
		1. Dalam Wilayah Kabupaten Bandung	75,000
		2. Diluar Wilayah Kabupaten Bandung	150,000
	d.	Jasa sopir (Perkasus)	
		1.Dalam Wilayah Kabupaten Bandung	50,000
		2.Diluar Wilayah Kabupaten Bandung	100,000
12	Pelayanan Transportasi Jenazah		
	a.	Jasa Ambulance	
		1. Dalam Wilayah Kabupaten Bandung	200,000
		2.Wilayah Bandung raya	350,000
		3.Diluar Bandung raya	500,000
	b.	Jasa sopir	
		1. Dalam Wilayah Kabupaten Bandung	50,000
		2.Wilayah Bandung raya	100,000
		3.Diluar Bandung raya	200,000

BUPATI BANDUNG,

ttd

DADANG M. NASER