



*Walikota Tasikmalaya*  
*Provinsi Jawa Barat*

PERATURAN WALIKOTA TASIKMALAYA

NOMOR 1 TAHUN 2016

TENTANG

PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA NON KAPITASI JAMINAN  
KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS DAN JARINGANNYA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA TASIKMALAYA,

- Menimbang : bahwa berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, dimana pengelolaan dan pemanfaatan dana non kapitasi jaminan kesehatan nasional ditetapkan dalam Peraturan Walikota tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Puskesmas dan Jaringannya;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2001 tentang Pembentukan Kota Tasikmalaya (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 86, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4117);
2. 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);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
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. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

6. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 264);
7. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29);
8. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 81);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1287);
12. Peraturan Daerah Kota Tasikmalaya Nomor 5 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum di Kota Tasikmalaya (Lembaran Daerah Kota Tasikmalaya Tahun 2011 Nomor 126);
13. Peraturan Daerah Kota Tasikmalaya Nomor 6 Tahun 2013 tentang Pembentukan Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Tasikmalaya Tahun 2013 Nomor 144);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DANA NON KAPITASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS DAN JARINGANNYA.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam peraturan walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Tasikmalaya.
2. Pemerintah daerah adalah Walikota dan Perangkat Daerah sebagai Unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Walikota adalah Walikota Tasikmalaya.
4. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.

5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.
6. Pejabat Struktural adalah Kepala Puskesmas dan Kepala Sub Bagian Tata Usaha pada Puskesmas.
7. Pusat Kesehatan Masyarakat disingkat Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas pada Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.
8. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN 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.
9. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.
10. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
11. Pengelolaan Dana Non Kapitasi adalah tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan dan pertanggungjawaban dana Non Kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan.
12. Rawat Inap adalah Pelayanan kesehatan komprehensif dengan pengawasan dan observasi dimana pasien diinapkan di fasilitas kesehatan.
13. Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
14. Badan Layanan Umum Daerah yang disingkat BLUD adalah SKPD atau unit kerja pada SKPD di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
15. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah disingkat PPK-BLUD adalah penerapan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

16. Rencana Kerja dan Anggaran SKPD yang selanjutnya disingkat RKA-SKPD adalah dokumen perencanaan dan penganggaran yang berisi rencana pendapatan dan rencana belanja program dan kegiatan SKPD sebagai dasar penyusunan APBD.
17. Dokumen Pelaksanaan Anggaran SKPD yang selanjutnya disingkat DPA-SKPD adalah dokumen yang memuat pendapatan dan belanja yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran oleh pengguna anggaran.

## BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

### Pasal 2

- (1) Maksud dibentuknya Peraturan Walikota ini adalah untuk memberikan landasan hukum bagi Pemerintah Kota Tasikmalaya dalam Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas dan Jaringannya.
- (2) Tujuan dibentuknya Peraturan Walikota ini adalah untuk mengatur tatacara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan dan pertanggungjawaban Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas dan Jaringannya.

## BAB III RUANG LINGKUP

### Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Walikota ini mengatur hal-hal sebagai berikut :

- a. Kewenangan Pengelolaan Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional;
- b. Tarif Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional;
- c. Tata Cara Pengelolaan dan Pemanfaatan dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional; dan
- d. Pengaturan Jasa Pelayanan Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional.

## BAB IV KEWENANGAN PENGELOLAAN DANA NON KAPITASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

### Pasal 4

- (1) Pemerintah Daerah berwenang mengelola dana non kapitasi jaminan kesehatan nasional yang diperoleh dari BPJS Kesehatan.
- (2) Untuk melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Walikota menunjuk dan melimpahkan kepada kepala Dinas.

- (3) Dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Kepala Dinas bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Kepala Dinas melaksanakan pengelolaan Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional bagi Puskesmas dan jaringannya yang belum menerapkan PPK-BLUD.
- (5) Dalam hal puskesmas dan jaringannya sudah ditetapkan sebagai PPK-BLUD, maka pengelolaan dana non kapitasi sepenuhnya dilaksanakan berdasarkan ketentuan perundang-undangan mengenai BLUD.

BAB V  
TARIF NON KAPITASI  
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Pasal 5

- (1) Tarif Non Kapitasi diberlakukan pada Puskesmas dan Jaringannya yang melakukan pelayanan kesehatan di luar lingkup pembayaran kapitasi berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan yang meliputi :
  - a. pelayanan ambulans;
  - b. pelayanan obat program rujuk balik;
  - c. pemeriksaan penunjang pelayanan program rujuk balik;
  - d. pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio;
  - e. rawat inap tingkat pertama;
  - f. pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter;
  - g. pelayanan Keluarga Berencana; dan
  - h. pelayanan darah.
- (2) Tarif non kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

BAB VI  
TATA CARA PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN  
DANA NON KAPITASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Pasal 6

Tata cara pengelolaan dana non kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas dan Jaringannya diatur sebagai berikut :

- a. Puskesmas dan jaringannya yang telah melaksanakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada Pasal

- 5 ayat (1) mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan secara kolektif melalui Dinas.
- b. Pengajuan klaim sebagaimana dimaksud pada huruf a diverifikasi dan disetujui oleh BPJS Kesehatan.
  - c. Pembayaran klaim dilakukan melalui rekening Dinas, selanjutnya oleh bendahara penerimaan Dinas disetorkan ke kas daerah.
  - d. Pembayaran klaim sebagaimana dimaksud pada huruf c diakui sebagai pendapatan asli daerah dan/atau pendapatan lain-lain yang sah.
  - e. Dana Non Kapitasi yang telah disetorkan ke kas daerah dimanfaatkan untuk kegiatan pelayanan pada puskesmas dan jaringannya serta kegiatan fasilitasi pengelolaan dana non kapitasi pada Dinas.
  - f. Klaim pelayanan kesehatan non kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan pada akhir tahun dan/atau melewati tahun berkenaan, maka pengelolaan dan pertanggungjawabannya dilaksanakan pada tahun anggaran berikutnya
  - g. Pemanfaatan, pengelolaan dan pertanggungjawaban dana non kapitasi sebagaimana dimaksud pada huruf e dan huruf f, dilaksanakan dalam RKA-DPA Dinas.

#### Pasal 7

- (1) Pemanfaatan Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional dialokasikan untuk :
  - a. pembayaran jasa pelayanan kesehatan;
  - b. dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dan fasilitasi pengelolaan dana non kapitasi.
- (2) Besaran alokasi pembayaran jasa pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a adalah sebagai berikut :
  - a. Pelayanan ambulans sebesar 60% (enam puluh persen) dari total tarif, diberikan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan pelaksana pelayanan ambulan rujukan pasien;
  - b. Pelayanan obat rujuk balik sebesar 60% (enam puluh persen) dari total tarif, diberikan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan pelaksana pelayanan rujuk balik;
  - c. Pelayanan pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik sebesar 60% (enam puluh persen) dari total tarif, diberikan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan pelaksana penunjang pelayanan rujuk balik;
  - d. Pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim sebesar 60% (enam puluh persen) dari total tarif, diberikan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan pelaksana pelayanan skrining kesehatan

tertentu termasuk pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim;

- e. Pelayanan rawat inap sebesar 60% (enam puluh persen) dari total tarif, diberikan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan pelaksana pelayanan rawat inap;
  - f. Pelayanan kebidanan dan neonatal sebesar 60% (enam puluh persen) dari total tarif, diberikan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan pelaksana pelayanan kebidanan dan neonatal;
  - g. Pelayanan Keluarga Berencana sebesar 60% (enam puluh persen) dari total tarif, diberikan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan pelaksana pelayanan Keluarga Berencana; dan
  - h. pelayanan darah sebesar 5% (lima persen) dari total tarif, diberikan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan pelaksana pelayanan darah.
- (3) Besaran alokasi dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dan fasilitasi pengelolaan dana non kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b adalah sebagai berikut:
- a. pelayanan ambulans sebesar 40% (empat puluh persen) dari total tarif;
  - b. pelayanan obat rujuk balik sebesar 40% (empat puluh persen) dari total tarif;
  - c. pelayanan pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik sebesar 40% (empat puluh persen) dari total tarif;
  - d. pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim sebesar 40% (empat puluh persen) dari total tarif;
  - e. pelayanan rawat inap sebesar 40% (empat puluh persen) dari total tarif;
  - f. pelayanan kebidanan dan neonatal sebesar 40% (empat puluh persen) dari total tarif;
  - g. pelayanan Keluarga Berencana 40% (empat puluh persen) dari total tarif; dan
  - h. pelayanan darah sebesar 95% (Sembilan puluh lima persen) dari total tarif.
- (4) Alokasi dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dan fasilitasi pengelolaan dana non kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dimanfaatkan untuk:
- a. Bahan bakar kendaraan ambulans (BBM) transportasi rujukan pasien;
  - b. Obat-obatan;
  - c. Bahan medis habis pakai;
  - d. Reagensia;
  - e. Alat kesehatan;
  - f. Cetak dan penggandaan;
  - g. Makan-minum;
  - h. Darah (biaya pemeriksaan dan pengolahan darah);

- i. Alat tulis kantor; dan
- j. Belanja modal untuk mendukung fasilitasi pengelolaan dana non kapitasi.

BAB VII  
PENGATURAN JASA PELAYANAN DANA NON KAPITASI  
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Pasal 8

Jasa pelayanan non kapitasi jaminan kesehatan diberikan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan puskesmas yang memberikan pelayanan secara langsung maupun tidak langsung dengan pengaturan sebagai berikut:

- a. Pelayanan ambulan sebesar 60% (enam puluh persen) dibagi :
  - 1. 30% (tiga puluh persen) untuk sopir; dan
  - 2. 30% (tiga puluh persen) untuk petugas pendamping.
- b. pelayanan obat rujuk balik sebesar 60% (enam puluh persen) dibagi :
  - 1. 5% (lima persen) untuk pejabat struktural.
  - 2. 20% (dua puluh persen) untuk dokter;
  - 3. 20% (dua puluh persen) untuk perawat;
  - 4. 10% (sepuluh persen) untuk apoteker dan/atau asisten apoteker; dan
  - 5. 5% (lima persen) untuk petugas administrasi dan petugas non medis lainnya.
- c. pelayanan pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik sebesar 60% (enam puluh persen) dibagi :
  - 1. 5% (lima persen) untuk pejabat struktural.
  - 2. 20% (dua puluh persen) untuk analis/petugas pemeriksa penunjang;
  - 3. 20% (dua puluh persen) untuk dokter;
  - 4. 10% (sepuluh persen) untuk bagi perawat; dan
  - 5. 5% (lima persen) untuk petugas administrasi dan petugas non medis lainnya.
- d. pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim sebesar 60% (enam puluh persen) dibagi :
  - 1. 5% (lima persen) untuk pejabat struktural;
  - 2. 20% (dua puluh persen) untuk dokter ;
  - 3. 20% (dua puluh persen) untuk perawat;
  - 4. 10% (sepuluh persen) untuk apoteker dan/atau asisten apoteker; dan
  - 5. 5% (lima persen) untuk petugas administrasi dan petugas non medis lainnya.
- e. pelayanan rawat inap sebesar 60% (enam puluh persen) dibagi :
  - 1. 5% (lima persen) untuk pejabat struktural.



2. 15% (limabelas persen) untuk dokter ;
  3. 34% (tiga puluhempat persen) untuk perawat;
  4. 3% (tiga persen) untuk apoteker, asisten apoteker dan petugas laboratorium; dan
  5. 3% (tiga persen) untuk petugas administrasi dan petugas non medis lainnya.
- f. pelayanan kebidanan dan neonatal sebesar 60% (enam puluh persen) dibagi :
1. 5% (lima persen) untuk pejabat struktural.
  2. 10% (sepuluh persen) untuk dokter ;
  3. 14% (empat belas persen) untuk operator persalinan;
  4. 25% (dua puluh lima persen) untuk bidan;
  5. 3% (tiga persen) untuk apoteker, asisten apoteker dan petugas laboratorium; dan
  6. 3% (tiga persen) untuk petugas administrasi dan petugas non medis lainnya.
- g. pelayanan Keluarga Berencana sebesar 60% (enam puluh persen) dibagi :
1. 5% (lima persen) untuk pejabat struktural.
  2. 10% (sepuluh persen) untuk dokter ;
  3. 40% (empat puluh persen) untuk bidan;
  4. 2% (dua persen) untuk apoteker dan/atau asisten apoteker; dan
  5. 3% (tiga persen) untuk petugas administrasi dan petugas non medis lainnya.
- h. pelayanan darah sebesar 5% (lima persen) dibagi :
1. 1% (satu persen) untuk pejabat struktural.
  2. 1% (satu persen) untuk dokter ;
  3. 1% (satu persen) untuk analis/petugas laboratorium;
  4. 1% (satu persen) untuk perawat; dan
  5. 1% (satu persen) untuk petugas administrasi dan petugas non medis lainnya.

#### Pasal 9

- (1) Jasa pelayanan non kapitasi jaminan kesehatan diberikan kepada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan puskesmas yang memberikan pelayanan secara langsung maupun tidak langsung, kecuali pelayanan ambulan.
- (2) Jasa pelayanan non kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihitung berdasarkan komponen sebagai berikut :
  - a. Pendidikan;
  - b. Jabatan;
  - c. Kinerja pelayanan; dan
  - d. Kehadiran.

- (3) Perhitungan komponen jasa pelayanan non kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Kepala Dinas.

BAB VIII  
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 10

Dana non kapitasi yang sudah dibayarkan oleh BPJS kepada Dinas dan belum digunakan baik untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan maupun dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan, pemanfaatannya berpedoman kepada Peraturan Walikota ini.

BAB IX  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Tasikmalaya.

Ditetapkan di Tasikmalaya  
pada tanggal 4 Januari 2016  
WALIKOTA TASIKMALAYA,

ttd.

H. BUDI BUDIMAN

Diundangkan di Tasikmalaya  
pada tanggal 4 Januari 2016  
SEKRETARIS DAERAH KOTA TASIKMALAYA,

ttd.

H. I. S. HIDAYAT

BERITA DAERAH KOTA TASIKMALAYA TAHUN 2016 NOMOR 257

LAMPIRAN  
 PERATURAN WALIKOTA TASIKMALAYA  
 NOMOR 1 TAHUN 2016  
 TENTANG  
 PENGELOLAAN DANA NON KAPITASI  
 JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA  
 PUSKESMAS DAN JARINGANNYA

STRUKTUR DAN BESARAN TARIF NON KAPITASI  
 JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PUSKESMAS DAN JARINGANNYA

A. RAWAT INAP

No.	JENIS PELAYANAN	TARIF (Rp)
1.	Paket Rawat Inap per hari untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama	100.000 – 120.000

B. TARIF PELAYANAN KESEHATAN KEBIDANAN, NEONATAL, DAN PELAYANAN KELUARGA BERENCANA

No.	JENIS PELAYANAN	TARIF (Rp)
1.	Pemeriksaan ANC bentuk paket paling sedikit 4 (empat) kali pemeriksaan	200.000
2.	Persalinan pervaginam normal	600.000
3.	Persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar di Puskesmas PONED	750.000
4.	Pemeriksaan PNC/neonates 1 kali kunjungan	25.000
5.	Pelayanan tindakan paska persalinan di Puskesmas PONED	175.000
6.	Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal	125.000
7.	Pelayanan KB : a. Pemasangan dan pencabutan IUD/Implant b. Suntik KB setiap kali suntik c. Pelayanan KB MOP/Vasektomi	100.000 15.000 350.000
8.	Penanganan komplikasi KB paska persalinan	125.000

C. PELAYANAN KESEHATAN LAINNYA

No.	JENIS PELAYANAN	TARIF (Rp)
1.	Pemakaian Ambulance	
	a. Dalam Kota	50.000
	b. Luar Kota / Km (+a)	5.000
2.	Pemeriksaan penunjang rujuk balik a. Pemeriksaan gula darah sewaktu b. Pemeriksaan gula darah puasa (GDP) c. Pemeriksaan gula darah post prandial (GDPP)	10.000 – 20.000
3.	Pemeriksaan IVA maksimal	25.000
4.	Pemeriksaan Pap Smear maksimal	125.000
5.	Pelayanan terapi krio	150.000
6.	Pelayanan darah maksimal per kantong darah	360.000

WALIKOTA TASIKMALAYA,

ttd.

H. BUDI BUDIMAN