



WALI KOTA TEBING TINGGI
PROVINSI SUMATERA UTARA

PERATURAN WALI KOTA TEBING TINGGI
NOMOR 26 TAHUN 2018

TENTANG

TARIF LAYANAN COMPUTERIZED TOMOGRAPHY SCAN DAN CENTRAL VENOUS
PRESSURE PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. KUMPULAN PANE
KOTA TEBING TINGGI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA TEBING TINGGI

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka upaya optimalisasi peningkatan mutu pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Kumpulan Pane, perlu menetapkan tarif layanan Computerized Tomography Scan (CT-Scan) dan Central Venous Pressure (CVP) pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Kumpulan Pane Kota Tebing Tinggi;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Tarif Layanan Computerized Tomography Scan dan Central Venous Pressure pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Kumpulan Pane Kota Tebing Tinggi;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 9 Drt Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kota-Kota Kecil Dalam Lingkungan Daerah Propinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1092);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
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 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, 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);

5. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 1979 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Tebing Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1979 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3133);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
10. Peraturan Daerah Kota Tebing Tinggi Nomor 3 Tahun 2008 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kota Tebing Tinggi;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG TARIF LAYANAN COMPUTERIZED TOMOGRAPHY SCAN DAN CENTRAL VENOUS PRESSURE PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. KUMPULAN PANE KOTA TEBING TINGGI.

Pasal 1

Dengan Peraturan Wali Kota ini ditetapkan Tarif Layanan Computerized Tomography Scan (CT-Scan) dan Central Venous Pressure (CVP) pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Kumpulan Pane Kota Tebing Tinggi.

Pasal 2

Tarif Layanan Computerized Tomography Scan (CT-Scan) dan Central Venous Pressure (CVP) sebagaimana dimaksud dalam Pasal (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Pasal 3

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Tebing Tinggi.

Ditetapkan di Tebing Tinggi
pada tanggal 21 Nopember 2018

WALI KOTA TEBING TINGGI,

ttd.

UMAR ZUNAIIDI HASIBUAN

Diundangkan di Tebing Tinggi
pada tanggal 21 Nopember 2018

Pj. SEKRETARIS DAERAH KOTA TEBING TINGGI,

ttd.

MARAPUSUK SIREGAR

BERITA DAERAH KOTA TEBING TINGGI TAHUN 2018 NOMOR 26

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Bagian Hukum



Siti Masita Saragih

LAMPIRAN
PERATURAN WALI KOTA TEBING TINGGI
NOMOR 26 TAHUN 2018
TENTANG
TARIF LAYANAN COMPUTERIZED
TOMOGRAPHY SCAN DAN CENTRAL
VENOUS PRESSURE PADA RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH Dr. H. KUMPULAN PANE
KOTA TEBING TINGGI

1. Pemeriksaan CT-Scan Tanpa Kontras

NO	URAIAN	JASA SARANA	JASA PELAYANAN		TARIF
			BERSAMA	MEDIS	
1	Kepala (Skull)	390.000	130.000	130.000	650.000
2	Orbita	390.000	130.000	130.000	650.000
3	Sella Turcica	390.000	130.000	130.000	650.000
4	Mastoid	390.000	130.000	130.000	650.000
5	Facial bone (tulang-tulang wajah)	390.000	130.000	130.000	650.000
6	Mandibula (rawang bawah)	390.000	130.000	130.000	650.000
7	Maxila (rahang atas)	390.000	130.000	130.000	650.000
8	Cervical	570.000	190.000	190.000	950.000
9	Thoracal	390.000	130.000	130.000	650.000
10	Lumbal	390.000	130.000	130.000	650.000
11	Thorax	570.000	190.000	190.000	950.000
12	Abdomen Upper + Lower	1.080.000	360.000	360.000	1.800.000
13	Pelvis	570.000	190.000	190.000	950.000
14	Ekstremitas atas	390.000	130.000	130.000	650.000
15	Ekstremitas bawah	390.000	130.000	130.000	650.000
16	Nasopharynx	570.000	190.000	190.000	950.000
17	Larynx	570.000	190.000	190.000	950.000
18	Upper Abdomen	480.000	160.000	160.000	800.000
19	Lower Abdomen	390.000	130.000	130.000	650.000
20	Sinnus Paranasal	390.000	130.000	130.000	650.000

2. Pemeriksaan CT-Scan dengan Kontras

NO	URAIAN	JASA SARANA	JASA PELAYANAN		TARIF
			BERSAMA	MEDIS	
1	Kepala (Skull)	510.000	170.000	170.000	850.000
2	Orbita	510.000	170.000	170.000	850.000
3	Sella Turcica	510.000	170.000	170.000	850.000
4	Mastoid	510.000	170.000	170.000	850.000
5	Facial bone (Tulang-tulang wajah)	510.000	170.000	170.000	850.000
6	Mandibula (rawang bawah)	510.000	170.000	170.000	850.000
7	Maxila (rahang atas)	510.000	170.000	170.000	850.000
8	Cervical	690.000	230.000	230.000	1.150.000
9	Thoracal	690.000	230.000	230.000	1.150.000
10	Lumbal	690.000	230.000	230.000	1.150.000
11	Thorax	690.000	230.000	230.000	1.150.000
12	Abdomen Upper + Lower	1.200.000	400.000	400.000	2.000.000
13	Pelvis	690.000	230.000	230.000	1.150.000
14	Ekstremitas atas	510.000	170.000	170.000	850.000

15	Ekstremitas bawah	510.000	170.000	170.000	850.000
16	Nasopharynx	690.000	230.000	230.000	1.150.000
17	Larynx	690.000	230.000	230.000	1.150.000
18	Leher	690.000	230.000	230.000	1.150.000
19	Upper Abdomen	690.000	230.000	230.000	1.150.000
20	Lower Abdomen	690.000	230.000	230.000	1.150.000
21	Sinnus Paranasal	510.000	170.000	170.000	850.000

Keterangan : Biaya Cyto (diluar jam kerja/hari libur umum) ditambah Rp. 100.000,- untuk bagian Radiologi

3. Tindakan Ruang Rawat Khusus

NO	URAIAN	JASA SARANA	JASA PELAYANAN		TARIF
			BERSAMA	MEDIS	
1	CVP	1.000.000	750.000	750.000	2.500.000

WALI KOTA TEBING TINGGI,

ttd.

UMAR ZUNAIIDI HASIBUAN

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Bagian Hukum



Siti Masita Saragih