LAMPIRAN I
PERATURAN GUBERNUR SUMATERA UTARA
NOMOR 29 TAHUN 2026
TENTANG
POLA TATA KELOLA, RENCANA STRATEGIS DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT KHUSUS PARU

Rencana Strategis UPTD Rumah Sakit Khusus Paru

BAB I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Tujuan Pembangunan Nasional bidang Kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Hal ini sejalan dengan makin meningkatnya tingkat pendidikan, sosial, dan ekonomi masyarakat, sehingga kebutuhan dan tuntutan kesehatan juga semakin meningkat. Untuk memenuhi kebutuhan serta tuntutan tersebut maka tidak ada upaya lain yang dapat dilakukan kecuali menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan profesional.

Rumah Sakit khusus sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit , rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya

Salah satu upaya strategis dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan paru adalah memperkuat sistem pelayanan kesehatan paru yang terintegrasi, melalui peningkatan akses, mutu, dan cakupan layanan penanggulangan penyakit paru, termasuk tuberkulosis, PPOK, kanker paru, serta penyakit akibat polusi udara. Upaya ini juga didukung oleh pengembangan sumber daya manusia, pemanfaatan teknologi diagnostik dan terapi terkini, serta kolaborasi lintas sektor dalam menciptakan

lingkungan yang mendukung paru sehat bagi seluruh masyarakat. Sesuai dengan slogan yang sering digunakan pada saat memperingati hari Paru Sedunia “Paru Sehat untuk Hidup yang Lebih Baik” dengan makna Paru yang sehat menjadi dasar kekuatan bangsa menuju masyarakat yang produktif.

Secara global, penyakit paru seperti tuberkulosis (TBC), penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), kanker paru, dan infeksi saluran napas akut masih menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas di dunia. WHO melalui *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases* menargetkan penurunan angka kematian akibat penyakit paru kronik dan infeksi pernapasan yang dapat dicegah melalui peningkatan pencegahan, deteksi dini, serta manajemen kasus yang efektif. Menurut laporan WHO Global Tuberculosis Report 2023/2024.

Di Indonesia, masalah kesehatan paru masih menjadi tantangan besar. Indonesia menduduki peringkat kedua di dunia dalam jumlah kasus TBC baru, setelah India. Pada tahun 2023, sekitar 10 % dari seluruh kasus TBC global terjadi di Indonesia Berdasarkan data Kementerian Kesehatan dan hasil *Riskesdas*, prevalensi penyakit paru seperti TBC dan prevalensi COPD di Indonesia sekitar 3,7 % (untuk usia ≥ 30 tahun). Indonesia menempati posisi tinggi secara global dalam beban penyakit TBC, dengan estimasi ratusan ribu kasus baru setiap tahunnya. Selain itu, meningkatnya polusi udara, kebiasaan merokok, serta paparan lingkungan kerja yang tidak sehat turut memperburuk kondisi kesehatan paru masyarakat.

Provinsi Sumatera Utara berada di peringkat ke-3 di Indonesia untuk beban kasus TBC tertinggi setelah Jawa Barat dan Jawa Timur, dengan (untuk 2024) estimasi kasus sekitar 74.434 kasus. Data TBC di Sumatera Utara menunjukkan beban cukup tinggi. Banyak kasus belum tertangani atau belum teridentifikasi jika dibanding dengan estimasi. Angka keberhasilan pengobatan relatif baik (≤90 %) tetapi cakupan temu kasus masih perlu ditingkatkan sehingga berdampak terhadap produktivitas dan kualitas hidup masyarakat.

Maka untuk mencapai itu UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara berupaya membenahi diri dengan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan Paru serta melengkapai sarana dan peralatan medik yang canggih sesuai dengan kemajuan teknologi saat ini. Disamping itu juga meningkatkan sumber daya manusia yang kompeten serta sistem manajemen yang profesional yang akhirnya dapat memenuhi harapan masyarakat dan mampu bersaing dengan layanan Kesehatan lainnya. Sehingga dapat mencapai tujuannya sebagai Rumah Sakit Khusus Paru Milik pemerintah yang menjadi Rumah Sakit pilihan pertama masyarakat Provinsi Sumatera Umumnya dan masyarakat Kota Medan khususnya. UPTD Rumah Sakit Khusus Paru juga mempersiapkan diri sebagai Pusat Rujukan Provinsi Sumatera Utara untuk kesehatan Paru. Strategi ini tentunya akan menghadapi tantangan yang lebih berat dimasa mendatang, khususnya dalam masa Era Globalisasi. Rumah Sakit semakin dituntut untuk dapat memberikan pelayanan Prima dan Profesional untuk memenuhi tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan Paru yang paripurna.

UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara dituntut pula untuk mampu mengembangkan tata kelola yang baik (*good governance*) melalui organisasi yang sehat (*healthy organization*) dan kemandirian dalam pengelolaan (otonomi). Kondisi ini merupakan prasyarat untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan pengabdian pada masyarakat secara efisien dan berdaya saing serta memiliki reputasi yang tinggi dalam rangka menuju visi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara.

Langkah awal yang dilakukan UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara adalah menyelenggarakan pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PK-BLU) sehingga UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara memiliki keleluasaan dalam mengelola sumber daya namun tetap bertanggungjawab. PK-BLU adalah instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada

masyarakat yang berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan keuntungan, yang pelaksanaannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Hal ini bertujuan agar UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara dapat lebih kreatif dan inovatif dalam meningkatkan mutu pelayanan pada masyarakat dengan menerapkan fleksibilitas pengelolaan keuangan secara efektif serta menjalankan praktik *not-for-profit business* yang sehat.

Sebagai konsekuensi penyelenggaraan tata kelola PK-BLU, UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara perlu menyusun Rencana Strategis (Renstra) guna kelengkapan administrasi dan sekaligus merupakan pedoman untuk menghadapi tantangan perkembangan zaman dan lingkungan yang dinamis dengan pilihan strategi yang tepat sebagai Rumah Sakit Khusus Paru Pemerintah yang memberikan pelayanan kepada publik, membimbing segenap aparatur mencapai visi yang ditetapkan, dan menyelenggarakan sistem penganggaran berbasis kinerja yang berorientasi *output* dan *outcomes*.

Renstra ini merupakan perwujudan amanah dan aspirasi yang bersumber dari kepentingan *stakeholder* dan sekaligus sebagai bentuk tanggung jawab pimpinan. Rencana Strategis UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara 2025-2029 disusun sebagai pedoman utama bagi setiap jajaran manajemen dalam menilai status pencapaian visi dan target kinerja organisasi jangka pendek dan jangka panjang serta sekaligus mengendalikan arah pengelolaan dan pengembangan roda organisasi agar sejalan dengan arah dan kebijakan Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Utara sebagai *stakeholder* utama. Namun demikian, Renstra ini bersifat dinamis, dievaluasi setiap tahun, dan disesuaikan dengan tuntutan pada masa itu.

Rencana Strategis untuk Tahun 2025-2029 disusun dalam rangka pengelolaan dan pengembangan upaya strategis UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara dengan mempertimbangkan kecenderungan strategis tertentu yang tengah dan akan dialami oleh UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi

Sumatera Utara dapat berupa ancaman dan peluang usaha yang dihadapi serta kekuatan dan kelemahan UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara, maka Renstra disusun untuk menjawab secara spesifik hal-hal sebagai berikut:

a. Arah dan prioritas strategis UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara dan bagaimana mengendalikan strategi yang relevan dengan perkembangan tuntutan *stakeholder*.
b. Kemampuan UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara dalam mewujudkan pelayanan prima
c. Membangun kompetensi inti organisasi dalam merespon tantangan yang dihadapi.
d. Mencapai target kinerja UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara yang dikendalikan sesuai kuadran hasil pemetaan.
e. Untuk mengantisipasi dan mengendalikan berbagai risiko kerja.
f. Menyusun program kerja strategis yang dibutuhkan untuk mencapai target kinerja yang diharapkan di tahun-tahun mendatang.

1.2. Dasar Hukum

Dasar hukum sebagai acuan penyusunan Rencana Strategis ini adalah sebagai berikut:

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. 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 1 Tahun 2026 tentang Penyesuaian Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2026 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 7153);

3. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2023 tentang Provinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6864);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
6. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
7. Peraturan Presiden Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 33) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 46 Tahun 2025 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2025 Nomor 67);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
9. Peraturan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2021 tentang Pedoman Pengadaan Barang/Jasa Yang Dikecualikan Pada Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah;

10. Peraturan Gubernur Nomor 9 Tahun 2023 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah (Berita Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2023 Nomor 9) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Gubernur Nomor 2 Tahun 2026 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 9 Tahun 2023 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah (Berita Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2026 Nomor 2);

1.3. Tujuan dan Manfaat Rencana Strategis (Renstra)

1.3.1. Tujuan Rencana Strategis (RENSTRA)

Tujuan penyusunan Renstra UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) adalah memberi gambaran mengenai kondisi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara untuk mengetahui kegiatan operasional, organisasi, keadaan sumber daya manusia dan keuangan serta sarana dan prasarana yang dimiliki di masa lampau, saat ini serta perkiraan lima tahun yang akan datang, untuk menentukan:

a. Arah strategis dan prioritas tindakan selama periode 2025-2029 yang sejalan dengan Rencana Aksi Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Utara;
b. Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu kelembagaan UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara;
c. Penilaian keberhasilan pemenuhan misi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara dan dalam pencapaian visi Gubernur dan Wakil Gubernur Provinsi Sumatera Utara;
d. Arah jalinan kerjasama dengan para stakeholders inti UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara.

1.3.2. Manfaat

Adapun manfaat dari Rencana Strategis ini, diantaranya:

a. Sebagai acuan dalam melakukan pelaksanaan dan pengawasan.
b. Sebagai acuan dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional.
c. Sebagai sarana menjamin efektivitas, efisiensi dan mutu.
d. Sebagai persyaratan dalam akreditasi dan Badan Layanan Umum.

1.4. Sistematika Penyusunan Renstra

Sistematika penulisan dokumen Rencana Strategis UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025-2029 adalah sebagai berikut:

BAB I. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang
1.2. Dasar Hukum
1.3. Tujuan dan Manfaat Rencana Strategis (Renstra)
1.4. Sistematika Penyusunan Renstra

BAB II. Kondisi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

2.1. Gambaran Umum UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara
2.2. Identitas UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara
2.3. Sejarah UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara
2.4. Struktur Organisasi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara
2.5. Sumber Daya UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara
2.6. Gambaran Kinerja
2.7. Permasalahan dan Isu strategis UPTD RSK Paru
2.8. Manajemen Resiko

BAB III. Visi, Misi, Strategi, dan Arah Kebijakan

3.1. Visi dan Misi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara

3.2. Visi dan Misi Dinas Kesehatan

3.3. Visi dan Misi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

BAB IV. Rencana Program dan Kegiatan

4.1.Tujuan dan Sasaran UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

4.2. Strategi dan Arah Kebijakan

4.3. Indikator dan Target Kinerja Pelayanan UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

4.4. Rencana Layanan yang Akan Dikembangkan

BAB V. Proyeksi Keuangan

5.1. Rencana Program dan Kegiatan

5.2. Estimasi Pendapatan

5.2. Rencana Kebutuhan Anggaran

BAB VI. Penutup

BAB II. Kondisi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

2.1. Gambaran Umum UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

Sesuai dengan Surat Keputusan Gubernur Sumatera Utara Nomor 445/680/DIS M PPTSP/6/V/2019 tentang Izin Operasional Rumah Sakit dan menyatakan UPTD Rumah Sakit Khusus Paru kelas B. UPTD RS Khusus Paru merupakan satu- satunya Rumah sakit Khusus Paru di provinsi Sumatera Utara dan berada di Jln. Harmonika Baru No.84 Kecamatan Medan Selayang, Kota Medan diatas tanah dengan luas tanah ± 18.000 m2, dan Luas Bangunan ± 4211,2 $\bar{m}^2$. UPTD Rumah Sakit Khusus Paru sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara dengan Wilayah Kerja meliputi seluruh Provinsi Sumatera Utara yang terdiri dari 33 kabupaten/kota sesuai dengan kewenangan dan kedudukan yang di berikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara.

Provinsi Sumatera Utara berada di bagian barat Indonesia, terletak pada garis 10 - 40 Lintang Utara dan 980 - 1000 Bujur Timur. Provinsi ini berbatasan dengan daerah perairan dan laut serta dua provinsi lain: di sebelah Utara berbatasan dengan Provinsi Aceh, di sebelah Timur dengan Negara Malaysia di Selat Malaka, di sebelah Selatan berbatasan dengan Provinsi Riau dan Sumatera Barat, dan di sebelah Barat berbatasan dengan Samudera Hindia. Berdasarkan kondisi letak dan kondisi alam, Sumatera Utara dibagi dalam 3 (tiga) kelompok wilayah/ kawasan yaitu Pantai Barat, Dataran Tinggi, dan Pantai Timur. Kawasan Pantai Barat meliputi Kabupaten Nias, Kabupaten Nias Utara, Kabupaten Nias Barat, Kabupaten Mandailing Natal, Kabupaten Tapanuli Selatan, Kabupaten Padang Lawas, Kabupaten Padang Lawas Utara, Kabupaten Tapanuli

Tengah, Kabupaten Nias Selatan, Kota Padangsidimpuan, Kota Sibolga dan Kota Gunungsitoli. Kawasan dataran tinggi meliputi Kabupaten Tapanuli Utara, Kabupaten Toba Samosir, Kabupaten Simalungun, Kabupaten Dairi, Kabupaten Karo, Kabupaten Humbang Hasundutan, Kabupaten Pakpak Bharat, Kabupaten Samosir, dan Kota Pematangsiantar. Kawasan Pantai Timur meliputi Kabupaten Labuhan batu, Kabupaten Labuhan batu Utara, Kabupaten Labuhan batu Selatan, Kabupaten Asahan, Kabupaten Batu Bara, Kabupaten Deli Serdang, Kabupaten Langkat, Kabupaten Serdang Bedagai, Kota Tanjungbalai, Kota Tebing Tinggi, Kota Medan, dan Kota Binjai.

UPTD Rumah Sakit Khusus Paru berada pada lokasi strategis di Kecamatan Medan Selayang. Wilayah kerja UPTD Rumah Sakit Khusus Paru merupakan kawasan perkotaan dengan padat penduduk namun lingkungan yang masih asri. Hal tersebut karena banyak pembangunan perumahan yang hingga saat ini masih terus berkembang terutama di wilayah Kecamatan dan kelurahan. Selain padatnya pemukiman di wilayah kerja UPTD Rumah Sakit Khusus Paru, terdapat juga beberapa industri rumah tangga di beberapa Kecamatan.

Berdasarkan Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 28 Tahun 2023 tentang Tugas, Fungsi, Uraian Tugas dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara pada Pasal 136 mengamanatkan bahwa UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara mempunyai tugas membantu Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah di bidang pelayanan medik, keperawatan, kefarmasian, penunjang, pengobatan, pemulihan dan rehabilitasi,

pencegahan, promosi dan peningkatan kesehatan Paru masyarakat.

Dalam melaksanakan tugas tersebut UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

a. penyelenggaraan perumusan kebijakan teknis internal di bidang pengelolaan Rumah Sakit Khusus Paru dan kesehatan Paru masyarakat.
b. penyelenggaraan perumusan rencana strategis, pengorganisasian, indikator kinerja utama, rencana kerja, manajemen SDM dan kepegawaian, manajemen kinerja, manajemen pelayanan Rumah Sakit Khusus Paru, pelayanan kesehatan dan rujukan.
c. penyelenggaraan pemberian dukungan kepada Dinas Kesehatan atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan di bidang pengelolaan Rumah Sakit Khusus Paru, pelayanan kesehatan dan rujukan.
d. penyelenggaraan pelayanan kesehatan khusus Paru; pelayanan kesehatan umum, dan pelayanan kesehatan lainnya;
e. pelaksanaan tugas lain yang diberikan Kepala Dinas.

UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara saat ini menyelenggarakan pelayanan sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Bentuk Pelayanan UPTD RS Khusus Paru Pemprovsu

NO	STANDAR PELAYANAN MINIMAL	KEBERADAAN
1	Pelayanan gawat darurat	Ada
2	Pelayanan rawat jalan	Ada
3	Pelayanan rawat inap	Ada
4	Pelayanan Onkologi dan	Rencana Pengembangan

	Bedah Thorax Kardiovaskuler (BTKV)	
~~5~~	Pelayanan Intensif	Ada
6	Pelayanan radiologi	Ada
7	Pelayanan laboratorium patologi klinik	Ada
8	Pelayanan laboratorium patologi anatomi	Ada
9	Pelayanan rehabilitasi medik	Ada
9	Pelayanan farmasi	Ada
10	Pelayanan gizi	Ada
11	Pelayanan keluarga miskin	Ada
12	Pelayanan rekam medis	Ada
13	Pengelolaan limbah	Ada
14	Pelayanan administrasi manajemen	Ada
15	Pelayanan ambulans/kereta jenazah	Ada
16	Pelayanan pemulasaraan jenazah	Ada
17	Pelayanan laundry	Ada
18	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	Ada
19	Pencegah Pengendalian Infeksi	Ada
20	Pelayanan Transfusi Darah	Ada
21	Pelayanan Perinatologi dan Gynekology	Ada

Berdasarkan data standar pelayanan minimal (SPM) rumah sakit, UPTD RS Khusus Paru Pemprovsu telah menyediakan hampir seluruh layanan utama dan penunjang yang dibutuhkan dalam operasional rumah sakit rujukan penyakit paru. Dari 21 jenis pelayanan yang diidentifikasi, 20 layanan sudah tersedia dan dapat beroperasional meski masih butuh sistem pendukung,

diperlukan pengembangan sistem koordinasi dan komunikasi antar unit yang lebih terstruktur, baik melalui pemanfaatan platform digital (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit/Satu Sehat) maupun peningkatan mekanisme komunikasi lintas profesi**.** Langkah ini akan mempercepat alur pelayanan, mengurangi duplikasi pekerjaan, dan meningkatkan mutu layanan secara keseluruhan sementara 1 layanan masih dalam tahap rencana pengembangan, yaitu pelayanan Onkologi dan Bedah Thorax Kardiovaskuler (BTKV).

Secara umum, RS Khusus Paru Pemprovsu telah memenuhi hampir seluruh komponen pelayanan wajib rumah sakit khusus. Fokus pengembangan ke depan diarahkan pada peningkatan kapasitas layanan bedah thoraks dan onkologi, yang akan memperluas cakupan pelayanan dan meningkatkan status rumah sakit sebagai pusat rujukan penyakit paru dan kardiovaskuler regional.

Dalam upaya mendukung arah pengembangan tersebut, pemahaman terhadap pola penyakit yang ditangani menjadi sangat penting. Analisis data kasus yang dominan memberikan dasar bagi perencanaan layanan yang lebih tepat sasaran serta memastikan bahwa peningkatan kapasitas dan fasilitas rumah sakit sejalan dengan kebutuhan riil masyarakat.

Data sepuluh penyakit terbesar di UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Pemprovsu mencerminkan pola penyakit yang paling sering ditangani serta menunjukkan kecenderungan epidemiologi gangguan pernapasan di wilayah pelayanan. Informasi ini menjadi bahan evaluasi penting bagi manajemen rumah sakit dalam menyusun strategi pelayanan, pengendalian penyakit menular dan tidak menular, serta perencanaan pengembangan layanan respirasi yang berkelanjutan.

Tabel 2.2 Penyakit Paru Terbesar di RS Khusus Paru

NO	JENIS PENYAKIT	Periode Tahun 2025
1	TB PARU	2461
2	PPOK	1490
3	ASMA	722
4	SOPT	669
5	BRONKHITIS	630
6	TB RO	361
7	SUSP TB PARU	311
8	TB PARU ANAK	278
9	ISPA	246
10	PNEUMONIA	195

Berdasarkan data sepuluh penyakit terbesar di RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara periode September 2025, tuberkulosis paru (TB Paru) menempati urutan pertama dengan jumlah kasus mencapai 2461 pasien, menunjukkan bahwa penyakit ini masih menjadi beban utama pelayanan di rumah sakit. Posisi berikutnya ditempati oleh Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) dengan 1490 kasus, yang mencerminkan tingginya prevalensi gangguan paru kronik akibat faktor risiko seperti merokok dan paparan polusi udara.

Secara keseluruhan, data ini memperlihatkan bahwa penyakit menular, khususnya tuberkulosis dalam berbagai bentuknya, masih mendominasi pola penyakit di RS Khusus Paru Pemprovsu, diikuti oleh penyakit paru kronik dan alergi pernapasan. Informasi ini menjadi dasar penting bagi manajemen rumah sakit dalam memperkuat program pengendalian TB, meningkatkan layanan diagnosis dan pengobatan penyakit paru kronik, serta mengembangkan strategi pencegahan dan promosi kesehatan pernapasan yang lebih komprehensif.

2.2. Identitas UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

Identitas UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara Adapun identitas UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara adalah sebagai berikut :

Nama Unit	: UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara
Alamat	: JL.Setia Budi Pasar 2 No. 84, Kelurahan Tanjung Sari, Kecamatan Medan Selayang
Kab / Kota	: Kota Medan
Wilayah Kerja	: Meliputi seluruh Provinsi Sumatera Utara yang terdiri dari 33 Kabupaten
Email	: uptrsk.paru18@gmail.com
Luas Pertapakan	: 18.000 *m2*
Gedung Lantai A	: 2.526,655 *m2*
Gedung Lantai B	: 1.718,7 *m2*
R Terbuka Hijau	: 13.754,645 *m2*
Gedung Baru	: 6.297,755 *m2*
1. Gedung Poli TB	: 159,5 *m2*
2. Gedung Gizi	: 144 *m2*
3. Gedung Farmasi	: 144 *m2*
4. IPAL	: 81 *m2*
5. TPS LB3	: 27 *m2*
6. G Laboartorium	: 288 *m2*
7. G Radiologi	: 281*m2*
8. Ruang Genset	: 48 *m2*
9. Laundry	: 35,2 *m2*
10. Ruang Gas Medis	: 48 *m2*
11. Ruang Jenazah	: 48 *m2*

2.3. Sejarah UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

UPT. Kesehatan Paru Masyarakat (KPM) dibangun pertama kali

oleh Yayasan SCVT (yayasan pemberantasan TB paru di zaman penjajahan Belanda) pada tahun 1937 dengan nama Koningin Emma Kliniek (KEK) yang berfungsi sebagai biro konsultasi, pengobatan dan perawatan penderita TB paru dengan kapasitas 150 tempat tidur, berlokasi di Jl. Perintis Kemerdekaan No 41 Medan. Setelah proklamasi kemerdekaan diambil alih oleh pemerintah Indonesia dan pada tahun 1952 berubah nama menjadi Balai Pemberantasan Penyakit Paru-Paru (BP4) Rumah Sakit Paru-Paru yang berada di bawah naungan Lembaga Pemberantasan Paru-Paru Kemenkes RI. Pada tahun 1968 menurut Progress Report Prof. Ilyas Dtk Batoeah Kordinator proyek Pemberantasan Penyakit Paru- Paru Depkes, BP4 Medan merupakan salah satu BP4 terbaik di seluruh Indonesia dipandang dari segi gedung, pemeliharaan dan perawatannya. Pada tahun 1978 dengan dikeluarkannya Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 144 Tahun 1978 berubah namanya menjadi Balai Pengobatan Penyakit Paru. Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4) dan berada dibawah naungan Dirjen Binkesmas. Ruang rawat inap kapasitas 150 tempat tidur di alihkan ke RS. Pirngadi.

Dalam perkembangannnya di era otonomi daerah, melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No 1079/Menkes/SK/XI/2002 tanggal 6 Oktober 2001 BP4 dialihkan menjadi perangkat Pemerintahan Provinsi Sumatera Utara. Pada Tahun 2011, terbit Peraturan Daerah No 3 Tahun 2001, diikuti dengan Surat Keputusan Gubernur Sumatera Utara No. 061- 437.K/2002, yang meneguhkan dan menetapkan Balai Pengobatan Penyakit Paru Paru (BP4) menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) di bidang kesehatan paru di lingkungan Pemerintah Provinsi Sumatera Utara yang berada dibawah dan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara.

Pada Tahun 2005, UPT. BP4 pindah ke lokasi baru di Jl. Asrama No 18, Helvetia, Kemudian pada tahun 2011, UPT. Balai Pengobatan Penyakit Paru Paru (BP4) berubah nama menjadi UPT. Kesehatan Paru Masyarakat (KPM) berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Sumatera Utara No. 37 Tahun 2010.

Sesuai dengan rekomendasi Akreditasi Rumah Sakit pada tahun 2019,

Pada tanggal 31 Januari 2023, berdasarkan Surat Gubernur Sumatera Utara nomor : 593/1063/2023 tentang Persetujuan Pengalihan Status Penggunaan, UPT. Rumah Sakit Khusus Paru menempati gedung Dinas Energi dan Sumber Daya Mineral di Jl. Setia Budi Pasar 2 No. 84 Tj. Sari Kec. Medan Selayang Kota Medan.

Berdasarkan Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 28 Tahun 2023 Tentang Tugas, Fungsi, Uraian Tugas dan Tata Kerja Perangkat Daerah provinsi Sumatera Utara, nama UPT Rumah Sakit Khusus Paru berubah menjadi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru

Berdasarkan Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 38 Tahun 2023. tentang perubahan atas peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor : 9 Tahun 2023 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah maka UPT Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara berubah struktur organisasi menjadi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara. UPTD Rumah Sakit Khusus Paru adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah pada Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara.

Nama Kepala UPT Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara Periode Tahun 1938- saat ini :

1	1938-1945
2 Prof.H.R. Soeroso Sp.P	Sejak kemerdekaan – 1972
3 dr. Zainal Arifin Sp.P	1972-1979
4 dr.H.Muchtar Tarigan Sp.P	1979-1989
5 dr.Rusyda Nukman Sp.P	1989-1 Juni 1998
6 dr.Adlan Lufti SP.P	1 Juni 1998-3 Nop1998
7 dr.H.M.Rasyid Ngah Sp.P	3 Nop1998 - 24 Juni 2004
8 dr. Adlan N Lufti Sitompul Sp.P	24 Juni 2004- April 2019
9 dr. Fanni Ludwina. M.Kes	29 Mei 2020 – Sep 2022
10 dr. H. Jefri Suska	September 2022 – April 2026

2.4. Struktur Organisasi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

Struktur organisasi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru berdasarkan Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 28 Tahun 2023 tentang Tugas, Fungsi, Uraian Tugas dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara terdiri dari:

1. Direktur UPTD

Direktur UPTD Rumah Sakit Khusus Paru mempunyai uraian tugas:

a. Menyelenggarakan penyusunan perencanaan strategis dan indikator kinerja, perencanaan jangka menengah, rencana tahunan, rencana kerja, program, anggaran, penyediaan data dan sistem informasi rumah sakit, cascading sasaran strategis, indikator kinerja rumah sakit dan indikator kinerja pegawai serta sinkronisasi perencanaan UPTD terhadap perencanaan Dinas.
b. Menyelenggarakan pelayanan medik dan keperawatan, pencegahan, peningkatan, pemulihan dan rehabilitasi kesehatan Paru Masyarakat.
c. Menyelenggarakan pengelolaan keuangan, anggaran, pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM) rumah sakit.
d. Menyelenggarakan pengawasan, evaluasi dan pelaporan pengelolaan rumah sakit.
e. Menyelenggarakan penyusunan, monitoring dan evaluasi peraturan Norma Standar prosedur Kriteria (NSPK), pedoman, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis, tata laksana, Standard Operating Procedure di rumah sakit.
f. Menyelenggarakan analisis, penelitian, inovasi, kajian-kajian, rekomendasi kebijakan dan pengembangan mengenai pelayanan kesehatan di rumah sakit.
g. Menyelenggarakan koordinasi, konsultasi, dan

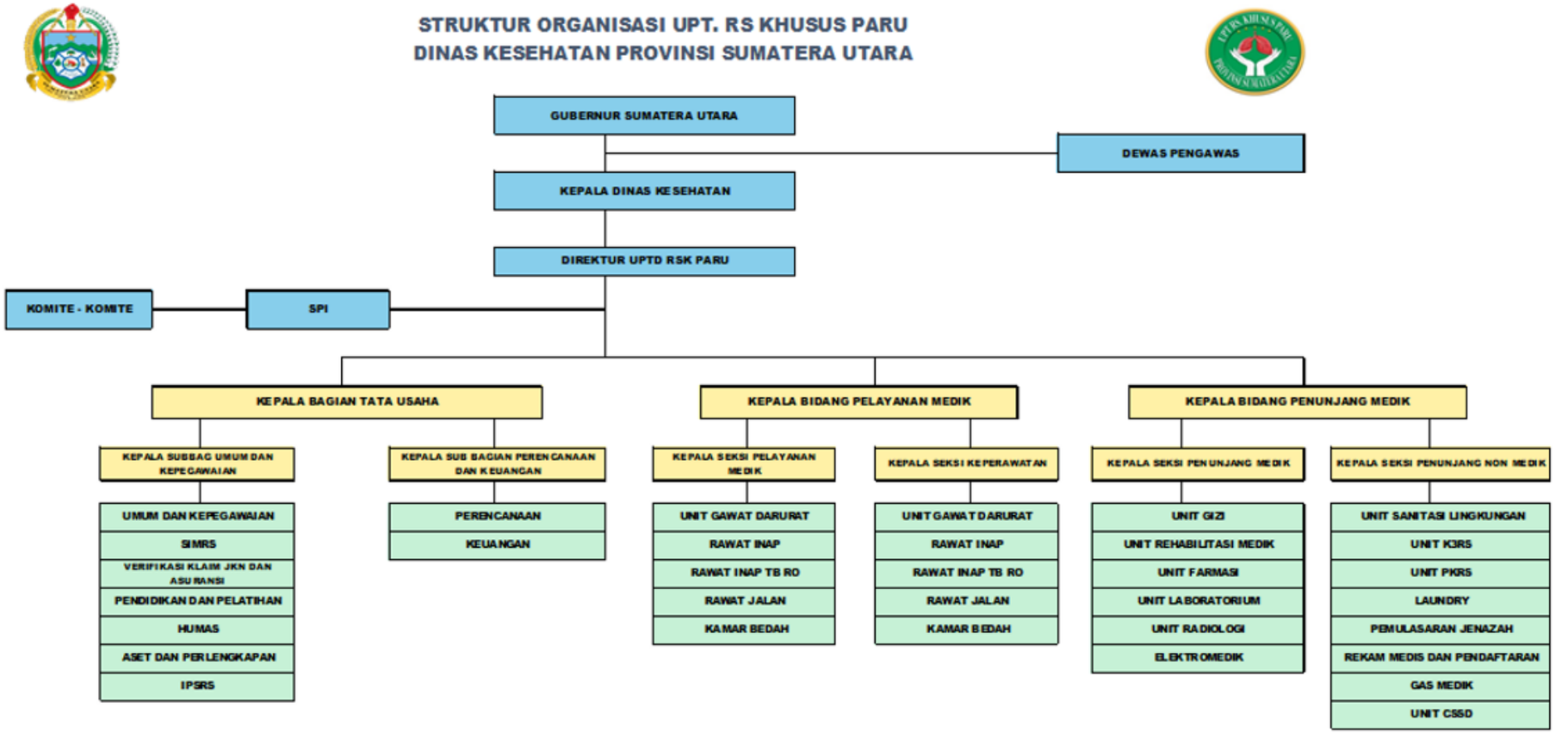
sinkronisasi kebijakan operasional dan program kesehatan serta kerja sama antar lembaga dalam rangka pengelolaan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

h. Menyelenggarakan pembinaan, pendidikan, pelatihan, dan peningkatan kompetensi SDM rumah sakit.
i. Menyelenggarakan pengelolaan sumber daya, Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit dan teknologi informasi rumah sakit.
j. Menyelenggarakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas serta pemberian masukan yang perlu kepada Kepala Dinas sesuai dengan tugas dan fungsinya.
k. Menyelenggarakan pelaporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsinya kepada Kepala Dinas.

Untuk melaksanakan tugasnya, Direktur UPTD Rumah Sakit Khusus Paru dibantu oleh :

1. Kepala Bagian Tata Usaha, terdiri dari :
   a. Kepala Subbagian Umum dan Kepegawaian
   b. Kepala Subbagian Perencanaan dan Keuangan
2. Kepala Bidang Pelayanan
   a. Kepala Seksi Pelayanan Medik
   b. Kepala Seksi Keperawatan
3. Kepala Bidang Penunjang
   a. Kepala Seksi Penunjang Medik
   b. Kepala Seksi Penunjang Non Medik
4. Unit

Gambar 2.1 Struktur Organisasi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara



2.5. Sumber Daya UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

2.5.1. Sumber Daya Manusia

Keberadaan sumber daya manusia (SDM) di Rumah Sakit Khusus Paru (RSK Paru) merupakan komponen strategis yang menentukan kualitas pelayanan dan pencapaian visi misi rumah sakit. Jumlah dan komposisi SDM yang tersedia mencerminkan kapasitas institusi dalam memberikan pelayanan kesehatan paru yang optimal, efisien, dan berorientasi pada mutu.

Sebagai rumah sakit rujukan Paru, RSK Paru memerlukan dukungan SDM yang kompeten dan memadai. Jumlah serta distribusi SDM di setiap unit kerja menjadi faktor kunci dalam menjaga kesinambungan pelayanan dan pengembangan program-program strategis rumah sakit. Berikut jenis tenaga dan jumlah SDM RSK Paru :

Tabel 2.5.1 Daftar Jenis dan Jumlah SDM RS Khusus Paru

NO	JENIS TENAGA	JLH	STATUS		KONTRAK	ANJAB		MINUS
			PNS	PPPK				
A.	**Jabatan Struktural**	10	10				10	0
B.	**Jabatan Fungsional Nakes**							
1	Administrator Kesehatan	5	1	4	-	-	10	5
2	Apoteker Keahlian	4	2	2	-	-	7	3
3	Asisten Apoteker	4	4	-	-	-	12	8
4	Bidan	2	2	-	-	-	2	-
5	Dokter Gigi	3	3	-	-	-	5	2
6	Dokter Umum	18	16	-	2		34	16
7	Dokter Spesialis Anak	1	1	-	-	-	3	2
8	Dokter Spesialis Anestesi	1	1	-	-	-	3	2
9	Dokter Spesialis Bedah	1	-	-		1	2	1
10	Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi	1	1	-	-	-	1	-
11	Dokter Spesialis	2	2	-	-	-	3	1

	Obstetri & Gynecology							
12	Dokter Spesialis Pulmonologi dan Kedokteran respirasi (paru) /Sub Spesialis Paru	4	3	-	1		6	2
13	Dokter Spesialis Patologi Anatomi	1	1	-	-	-	1	-
14	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1	1	-	-	-	1	-
15	Dokter Spesialis penyakit Dalam	1	-	-		1	2	1
16	Dokter Sub Spesialis Penyakit Dalam Pulmonologi	0	-	-	-	-	2	2
17	Dokter Spesialis Radiologi	1	-	-		1	2	1
18	Fisioterapis Keahlian	1	1	-	-	-	3	2
19	Fisioterapis Keterampilan	1	1	-	-	-	4	3

20	Nutrisionis Keahlian	2	2	-	-	-	6	4
21	Nutrisionis Keterampilan	6	6	-	-	-	7	1
22	Pembimbing Kesehatan Kerja	1	1	-	-	-	2	1
23	Perawat Keahlian	5	5	-	-	-	15	10
24	Perawat Keterampilan	53	52	-		1	78	25
25	Perekam Medis Keahlian	0	-	-	-	-	4	4
26	Perekam Medis Keterampilan	3	2	1	-	-	4	1
27	Pranata Komputer Keahlian	1	1	-			8	2
28	Pranata Komputer Keterampilan	2	2	-			35	32
29	Pranata Laboratorium Kesehatan Keterampilan	7	3	2	-	2	9	4
30	Radiografer Keterampilan	11	10	-	1		16	5
31	Teknisi Elektromedis Keahlian	0	-	-	-	-	2	2
32	Teknisi Elektromedis Keterampilan	1	1	-	-	-	4	3

33	Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Prilaku Keahlian	4	4	-	-	-	7	3
34	Tenaga Sanitasi Lingkungan Keahlian	3	3	-	-	-	4	1
35	Tenaga Sanitasi Lingkungan Keterampilan	2	2	-	-	-	4	2
36	Terapis Gigi & Mulut Keterampilan	1	1	-	-	-	2	1
C	**Jabatan Fungsional Non Nakes**	0						
1	Analis SDM Aparatur Keahlian	1	1				2	1
2	Perencana Keahlian	1	1				1	0
3	Pengelola Pengadaan Barang/Jasa Keahlian	1	1				1	0
4	Pranata Hubungan Masyarakat Keahlian	2	2				2	0
5	Penata Laksana	2	2				2	0

	Barang Terampil							
D	**Jabatan Pelaksana**	0						
1	Penelaah Teknis Kebijakan	12	12	-			42	29
2	Penata Layanan Operasional	14	-		14	-	19	19
3	Pengelola Layanan Operasional	5	1		3	1	21	20
4	Pengelola Layanan Kesehatan	0	-		-	-	1	1
5	Pengadministrasi Perkantoran	10	9	1	-	-	22	12
6	Operator Layanan Operasional	4	1	1	1	1	15	13
JUMLAH		**216**	**175**	**11**	**22**	**8**	**445**	**247**

2.5.2. Gedung

Keberadaan dan kondisi fisik gedung di RSK Paru menjadi faktor penentu dalam efektivitas penyelenggaraan layanan kesehatan. Setiap unit bangunan, mulai dari ruang perawatan, instalasi penunjang, hingga area administrasi, perlu dikelola secara optimal agar mampu mendukung pencapaian visi dan misi rumah sakit sebagai pusat layanan paru yang unggul.

RS Khusus Paru memiliki sejumlah gedung dan fasilitas pendukung yang digunakan untuk menunjang kegiatan pelayanan medis, penunjang, administrasi, serta pendidikan dan pelatihan. Pengelolaan gedung dilakukan dengan memperhatikan aspek keamanan, kenyamanan, dan kesesuaian

fungsi ruang terhadap kebutuhan pelayanan rumah sakit. Berikut gambaran Gedung RS Khusus Paru saat ini :

Tabel 2.5.2 Gambaran Gedung RS Khusus Paru

No	GEDUNG	Jumlah / Kecukupan	Kondisi			KETERANGAN KONDISI
			Baik	Rusak Sedang	Rusak Berat	
1	Gedung A	Lantai 1	Baik			
		Lantai 2	Baik			Sedang dilakukan renovasi untuk memperluas Ruangan ICU
		Lantai 3	Perlu Renovasi			Lantai 3 Perkantoran saat ini untuk rawat inap
		Lantai 4				Lantai 4 untuk perkantoran (Belum sesuai fungsi sehingga diperlukan renovasi) target tahun 2026*
2	Gedung B	Lantai 1	Baik			
		Lantai 2	Baik			
		Lantai 3	Baik			Perlu pemeliharaan listrik
		Lantai 4	Baik			

3	Gedung Farmasi	Lantai 1	Perlu renovasi			Kemungkinan masih perlu penambahan gudang farmasi (diperlukan identifikasi kembali dengan unit farmasi) target tahun 2027*
4	Gedung Radiologi	Lantai 1	Baik			Perlu Renov tahun 2027* untuk ruang mamaograf, CT ,MRI 2029* dan pemindahan panel listrik di ruangan operator X-ray dan MRI
5	Gedung Instalasi Gizi	Lantai 1	Perlu Renovasi			Diperlukan identifikasi dengan unit terkait, untuk pengesuaian atau penyekatan target 2027*
6	Gedung IPAL dan Limbah B3	Lantai 1	Perlu Renovasi			Diperlukan identifikasi dengan unit terkait, untuk pengesuaian

						atau penyekatan taget 2027 atau 2028*
7	Lahan Parkir	Depan dan Belakang	Baik			Luas lahan Mencukupi

Secara umum, kondisi bangunan di RS Khusus Paru Pemprovsu tergolong baik dan masih layak digunakan, terutama pada Gedung A lantai 1–2 serta Gedung B yang sebagian besar dalam kondisi baik. Namun, beberapa gedung seperti Gedung A lantai 3–4, Gedung Farmasi, Instalasi Gizi, IPAL dan Limbah B3, serta Gedung Radiologi memerlukan renovasi dan penyesuaian fungsi ruang dengan target pelaksanaan antara tahun 2026–2029. Fokus pengembangan diarahkan pada peningkatan kapasitas ruang pelayanan, penguatan fasilitas penunjang, dan optimalisasi fungsi gedung agar mendukung mutu serta keselamatan layanan rumah sakit.

Tabel 2.5.3. Sarana

Area Penunjang Umum dan Administrasi RS	**Ketersediaan**	**Tahun**	**Kondisi**
Ruangan Direktur	Ada	2021	Untuk Gedung A Lantai 3 dan 4 masih perlu renovasi, Lantai 3 perkantoran saat Ini Untuk Rawat Inap, sedang lantai 4 untuk perkantoran
Ruangan Sekretaris Direktur	Ada	2021	
Ruangan Rapat dan Diskusi	Ada	2020	

Ruangan Bagian Tata Usaha	Ada	2020	
Ruangan Kepala Bagian Tata Usaha			
Ruangan Kepala Sub Bagian Umum dan kepegawaian beserta unit	Ada	2023	
Ruangan Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan beserta unit	Ada	2020	
Ruangan Arsip/file	Ada	2020	
Ruangan Pengklaiman BPJS	Ada	2023	
Ruangan Komite Medis	Ada	2023	
Ruangan bidang pelayanan dan penunjang medis beserta seksi			
Ruangan Kepala Bidang Pelayanan	Ada	2020	
Ruangan Kepala Seksi Pelayanan	Ada	2023	
Ruangan Kepala Seksi Keperawatan	Ada	2023	
Ruangan Bidang Penunjang Medik	Ada	2020	
Ruangan Kepala Seksi Penunjang Medik	Ada	2023	
Ruangan Kepala Seksi Penunjang Non Medik	Ada	2023	
Toilet	Ada	2020	
Dapur Kecil (pantry)	Ada	2023	
Ruangan Tunggu	Ada	2018	
Janitor	Ada	2018	

Instalasi Pemeliharaan Sarana (Workshop)			
Ruangan Kepala IPSRS	-	-	Masih bergabung dengan Gudang dan perlu renovasi 2029*
Ruangan Administrasi (Pencatatan) dan Ruang Kerja Staf	-	-	
Ruangan Rapat/ Pertemuan Teknis	-	-	
Bengkel/ Work Shop	-	-	
Gudang Alat Rusak	Ada	2010	Masih bergabung dengan Dinas Kesehatan
Bengkel/ Worshop Bangunan/ Kayu	-	-	Masih bergabung dengan Gudang dan perlu renovasi 2029*
Bengkel/ Workshop metal/logam	-	-	
Bengkel/ Workshop Peralatan Medik (Optik, Elektromedik, Mekanik)	-	-	
Bengkel/ Workshop penunjang medik	-	-	
Gudang Spare Part	-	-	
KM/WC Petugas	Ada	2023	
Ruangan Studio Gambar dan Arsip Teknis	-	-	
Ruang Panel Listrik	Ada	1990	Baik
Ruang Trafo	Ada	2023	Baik
Ruangan Genset	Ada	2018	Baik
Instalasi Pemeliharaan Sarana Non Medis			

Ruangan Workshop	-	-	Masih bergabung dengan Gudang dan perlu renovasi 2029*
Ruangan Administrasi/Kantor	-	-	
Toilet Petugas	-	-	
Instalasi Pemeliharaan Sarana Medis			
Ruangan Workshop	-	-	
Ruangan Administrasi/Kantor	-	-	
Toilet Petugas	-	-	
Sentra Air Bersih			
Sentra Air Bersih	Ada	2023	Baik
Tempat Ibadah	Ada	2023	Baik
Ruangan pendaftaran	Ada	2023	Ruangan masih bergabung dengan Rekam Medis dan BPJS
Pelayanan Medik dan Keperawatan	**Ketersediaan**	**Tahun**	**Kondisi**
Pelayanan Rawat Jalan			
Ruangan Klinik Sp. Penyakit Dalam	Ada	2023	Baik
Ruangan Klinik Umum	-	-	Masih mergabung dengan poli penyakit dalam
Ruangan Klinik Sp. Paru + Pernafasan	Ada	2023	Baik
Ruangan Klinik Sp. Kesehatan Anak	Ada	2023	Baik
Ruangan Klinik Sp. Jantung & Pembuluh Darah, Sub Spesialis	-	-	-
Ruangan Klinik Sp. Bedah	Ada	2023	Baik

Ruangan Klinik Sp. Bedah Orthopaedi Umum & Sub Spesialistik	-	-	-
Ruangan Klinik Sp. Kebidanan dan Kandungan	Ada	2023	Baik
Ruangan Klinik Sp. Mata & Sub Spesialistik	-	-	-
Ruangan Klinik dr. Gigi umum, Gigi Spesialis dan Gigi Sub Spesialis	Ada	2023	Baik
Toilet Pasien	Ada	2023	Baik
Toilet Petugas	Ada	2023	Baik
Ruangan Tunggu	Ada	2023	Baik
Ruangan Administrasi	Ada	2023	Baik
Ruangan Rekam Medis	Ada	2023	Baik
Ruang Medical Check-up	Ada	2023	Masih bergabung dengan ruangan tindakan (FAAL)
Ruangan Janitor	Ada	2023	Baik
Ruangan JKN/Askes	Ada	2023	Baik
Ruangan Klinik VCT	Ada	2023	Baik
Ruangan Klinik Vaksin	Tidak Ada	2023	Tidak ada
Ruangan FAAL	Ada	2024	Masih bergabung dengan ruangan ruangan Medical Chek-up
Pelayanan Gawat Darurat			
Ruangan Triase	Ada	2023	Masih belum memenuhi standar permenkes RI no 24 tahun 2016 tentang Persyaratan teknis bangunan dan
Ruangan Administrasi dan Pendaftaran	Ada	2023	
Ruangan Tunggu Pengantar Pasien/Keluarga	Ada	2023	

Ruangan Rekam Medik	Ada	2023	prasarana RS dan standar PPI
Ruangan Resusitasi	Ada	2023	
Ruangan Tindakan	Ada	2023	
Ruangan Isolasi tipe tekanan standar (kelas S)	Ada	2023	
Ruangan Observasi	Ada	2023	
Area/ Ruangan/ Depo Obat (Satelit)	Ada	2023	
Ruangan Linen Steril	Ada	2023	
Area Penyimpanan Alat Medik	Ada	2023	
Ruangan Dokter Konsulen	Ada	2005	
Ruangan Pos Perawat/Nurse Station	Ada	2019	
Ruangan Petugas/Staf/Perawat	Ada	2023	
Ruangan Parkir Troli/ Kursi Roda	Ada	2023	
Ruangan Strectcher/Brangkar	Ada	2023	
Ruangan Gas Medis	Ada	2020	
Gudang Kotor (Ruangan Spoel Hoek/ Dirty Utility)	-	-	
Ruangan Persiapan Bencana Massal	-	-	
Ruangan Dekontaminasi	-	-	
Toilet Petugas	Ada	2019	
Area Penyimpanan Linen Bersih	Ada	2023	
Toilet Pengantar/Keluarga Pasien	Ada	2018	
Ruangan Loker Petugas/Staf	Ada	2023	
Ruangan Janitor	Ada	2018	

Peralatan Ambulance Transport I	Ada	2023	
Toilet Pasien	Ada	2023	
Ruangan Dokter Jaga	Ada	2023	
Ruangan Tindakan 2	Ada	2023	
Pelayanan Rawat Inap			
Ruangan Perawatan Dewasa Laki-Laki	Ada	2023	Baik
Ruangan Perawatan Dewasa Perempuan	Ada	2023	Baik
Ruangan Perawatan Paru + Pernafasan	-	-	-
Ruangan Stasi Perawat/Nurse Station	Ada	2023	Penambahan kamar mandi dan wastafel
Ruangan Dokter Jaga	Tidak ada	2023	-
Ruangan Perawat	Tidak ada	2023	-
Ruangan Linen Bersih	Ada	2024	Baik
Ruangan Linen Kotor	Ada	2024	Baik
Toilet Petugas/ Pengunjung	Ada	2005	Baik
Toilet Pasien	Ada	2005	Baik
Dapur Kecil (Pantry)	-	-	-
Janitor/ Ruang Petugas Kebersihan	Ada	2023	Baik
Ruangan Perawatan Isolasi tipe tekanan standar (kelas S)	Ada	2005	Baik
Ruangan Perawatan Bedah Umum/ Sp. Bedah Syaraf/ Sp. Ortopedi Umum/ Ortopedi Spesialistik	Ada	2025	Baik
Ruangan Perawatan Anak	-	-	-

Ruangan Perawatan Sp. Jantung dan Pembuluh Darah	-	-	-
Ruangan Perawatan Jiwa/ Psikiatri	-	-	-
Ruangan Kepala Instalasi Rawat Inap	-	-	-
Ruangan Loker	Ada	2020	Baik
Gudang Bersih	-	-	-
Gudang Kotor (Spoel Hoek/ Dirty Utility) + Janitor/ Ruang Petugas Kebersihan	-	-	-
High Care Unit (HCU)	-	-	-
Ruangan Perawatan Obstetri dan Ginekologi	-	-	-
Ruangan Perawatan Isolasi tipe tekanan positive (kelas P)	-	-	-
Ruangan Perawatan Isolasi tipe tekanan negative (Kelas N)	-	-	-
Ruangan Perawatan Perinatologi	-	-	-
Ruangan Kepala	-	-	-
Depo Farmasi	-	-	-
Rawat Inap Kelas II Wanita	Ada	2023	Baik
Rawat Inap Kelas II Pria	Ada	2023	Baik
Rawat Inap Kelas III Wanita	Ada	2023	Baik
Rawat Inap Kelas III Pria	Ada	2023	Baik
Ruangan Administrasi dan pendaftaran	-	-	-
Rawat Inap	Ada	2023	Baik

Bangsal	-	-	-
Rawat Inap Kelas III	Ada	2023	Baik
Rawat Inap Kelas II	Ada	2023	Baik
Rawat Inap Kelas I	Ada	2023	Baik
Pelayanan Perawatan Intensif Anak (PICU)			
Loker (Ruang Ganti)	-	-	Renov gedung A untuk pengembangan standar pelayanan 2025 dan 2026*
Ruangan Perawat PICU	-	-	
Ruangan Kepala Perawat	-	-	
Ruangan Dokter	-	-	
Ruangan Perawatan Pasien PICU	-	-	
Sentral Monitoring/Nurse Station PICU	-	-	
Gudang Alat Medik	-	-	
Gudang Bersih (Clean Utility)	-	-	
Gudang Kotor (Ruangan Spoel Hoek/ Dirty Utility)	-	-	
Ruangan Tunggu Keluarga Pasien	-	-	
Ruangan Administrasi	-	-	
Janitor / Ruang Cleaning Service	-	-	
Toilet Pengunjung	-	-	
Toilet Petugas	-	-	
Pelayanan Perawatan Intensif Bayi (NICU)			
Ruangan Kepala Perawat	-	-	Renov gedung A untuk pengembangan standar pelayanan 2025 dan 2026*
Loker (Ruang Ganti)	-	-	
Ruangan Perawat NICU	-	-	
Ruangan Dokter NICU	-	-	
Ruang Rawat Pasien/ NICU	-	-	

Sentral Monitoring/Nurse Station NICU	-	-	
Gudang Alat Medik	-	-	
Gudang Bersih (Clean Utility)	-	-	
Gudang Kotor (Ruangan Spoel Hoek/ Dirty Utility)	-	-	
Ruangan Tunggu Keluarga Pasien	-	-	
Ruangan Administrasi	-	-	
Janitor / Ruang Cleaning Service	-	-	
Toilet Pengunjung	-	-	
Toilet Petugas	-	-	
Pelayanan Rawat Intensif (ICU)			
Loker (Ruang Ganti)	-	-	-
Ruangan Perawat ICU	-	-	-
Ruangan Kepala Perawat ICU	-	-	-
Ruangan rawat pasien non isolasi ICU	Ada	2024	Baik
Gudang alat medik	-	-	-
Ruangan parkir brankar	-	-	-
Sentral Monitoring/ Nurse Station ICU	Tidak ada	2024	Sentral monitoring sudah dianggarkan di PAPBD 2026
Gudang Bersih (Clean Utility)	-	-	-
Ruangan Administrasi	Ada	2024	Baik
Ruangan Dokter ICU	-	-	-
Gudang Kotor (Spoelhoek/ dirty ultility)	-	-	-
Toilet Petugas	-	-	-

Ruangan Tunggu Pengantar/Keluarga pasien ICU	-	-	Masih Proses Renovasi
Toilet Pengunjung	Ada	2024	Baik
Ruangan Janitor/ ruangan cleaning service	-	-	Masih Proses Renovasi
Ruangan rawat pasien Isolasi tipe tekanan standar (kelas S) ICU	Tidak ada	-	
Pelayanan Kebidanan dan Penyakit Kandungan			
Ruangan Administrasi dan Pendaftaran	-	-	Renovasi gedung A untuk pengembangan standar pelayanan 2025 dan 2026*
Ruang Tunggu Pengantar Pasien	-		
Ruang Scrub/Cuci Tangan	-	-	
Ruangan Persiapan Bersalin (Observasi) Tanpa Komplikasi/Kala II-III (labour)	-	-	
Ruang Persiapan Bersalin (Observasi) dengan komplikasi (pre- eclamsy labour)	-	-	
Ruang Bersalin Tanpa Komplikasi (VK/delivery)	-	-	
Pemulihan/Recovery	-	-	
Ruang Bayi Normal/Transisi	-	-	
Ruang Menyusui dan KIE	-	-	
Ruangan Perawatan (Post Partum)	-	-	

Ruang Perawatan Isolasi tipe tekanan standar (kelas S)	-	-	
Gudang Barang Bersih	-	-	
Ruang Ganti Pakaian/ Loker	-	-	
Ruangan Penyimpanan Linen	-	-	
Ruangan Dokter	-	-	
Ruang Perawat/Petugas	-	-	
Ruangan Janitor/ Utilitas Kotor	-	-	
Pantry	-	-	
Gudang Kotor (Spoolhoek/Dirty Utility)	-	-	
Toilet(Petugas, Pasien, Pengunjung)	-	-	
Tindakan	-	-	
Periksa/Triage	-	-	
Pos Jaga Perawat/Nurse Station	-	-	
Ruangan USG	-	-	
Pelayanan Bedah Sentral (OK)			
Ruang Pendaftaran	Ada	2024	Baik
Ruang Tunggu	Ada	2024	Baik
Ruang Transfer (Ganti Brankar) + Parkir Brankar	-	-	-
Ruangan Persiapan	-	-	-
Area Scrub Station	-	-	-
Ruangan Bedah Minor/endoscopy	Ada	2024	Baik
Ruangan Bedah Umum	Ada	2024	Baik
Ruangan Bedah Besar/Mayor	Ada	2024	Baik

Ruangan Recovery/Pemulihan	Ada	2024	Baik
Gudang Steril (Clean Utility)	-	-	-
Ruangan Ganti Pakaian/loker	Ada	-	Baik
Depo Farmasi (Satelit)	-	-	-
Ruangan Dokter/Staf	-	-	-
Ruangan Perawat	Ada	2024	Baik
Ruangan Janitor	-	-	-
Ruangan Spoel Hoek	-	-	-
Toilet Petugas	Ada	2024	Baik

Ruangan Penunjang Medik RS	**Ketersediaan**	**Tahun**	**Kondisi**
Instalasi Radiodiagnostik			
Ruangan General X-ray (Ruang Pemeriksaan/ Diagnostik)	Ada	2023	Baik
Ruangan Konsultasi Dokter	Ada	2023	Sudah ada di gedung baru
Ruangan Mobil X-Ray (Ruang Pemeriksaan/ Diagnostik)	Ada	2023	Baik
Kamar Processing Film (digital ataupun AFP Kering)	Ada	2023	Sudah tidak ada karna Sudah memakai CR
Ruangan Jaga Radiografer	Ada	2023	Sudah ada di gedung Baru
Ruangan Tunggu Pasien & Pengantar Pasien	Ada	2023	
Ruangan Administrasi dan Rekam Medik	Ada	2023	

Loket Pendaftaran, pembayaran dan pengambilan hasil	Ada	2023	
Gudang penyimpanan berkas	Ada	2023	
Gudang penyimpanan Film dan Non Film	Ada	2023	
KM/WC Petugas	Ada	2023	
Ruangan Ultra Sonografi/ USG (Ruang Pemeriksaan/	Ada	2023	
Ruangan MRI (Ruang Pemeriksaan/ Diagnostik)			
KM/WC Petugas	Ada	2023	
Ruangan CT-Scan (R.Operator, R.Mesin, R.Ganti) ; Ruang Pemeriksaan/ Diagnostik	Ada	2023	
Instalasi Radiologi			
Ruangan Radiodiagnostik	Ada	2024	Baik
Ruangan Administrasi	Ada	2024	Baik
Ruangan Tunggu	Ada	2024	Baik
Instalasi Farmasi			
Depo/ ruang bahan baku obat	-	-	Renovasi Perluasan ruangan 2026*
Depo/ ruang obat jadi	Ada	2023	
Ruangan Administrasi (Penerimaan dan Distribusi Obat)	Ada	2023	Perlu renovasi penambahan ruangan 2027*
Konter Apotik Utama (Loket Penerimaan Resep, Loket Pembayaran, dan Loket Pengambilan Obat)	Ada	2023	Loket pembayaran bergabung dengan kasir umum
Ruangan Kepala Instalasi Farmasi	-	-	-

Ruangan Petugas	-	-	-
Ruangan Tunggu	Ada	2023	-
Ruangan Apoteker	Ada	2023	-
Gudang Perbekalan dan Alat Kesehatan	-	-	-
Ruangan Peracikan Obat	Ada	2023	Belum sesuai standar PMK No 72 Tahun 2016
Ruangan Loker Petugas (Pria dan Wanita dipisah)	-	-	-
Ruangan Arsip Dokumen dan Perpustakaan)	Ada	2023	-
Dapur Kecil (Pantry)	-	-	-
KM/WC Petugas	Ada	2023	-
Unit Apotik Satelit	-	-	-
Depo/ Ruang Obat Khusus	-	-	-
Gudang Obat 1	-	-	-
Gudang Obat 2	-	-	-
Gudang Infus	-	-	-
Apotik Rawat Jalan	Ada	2023	-
Instalasi Laboratorium			
Ruangan Tunggu Pasien dan Pengantar Pasien	Ada	2023	Baik
Ruangan Administrasi dan Rekam Medis	Ada	2023	Baik
Ruangan Pengambilan/Penerimaan Bahan/Sampel	Ada	2023	Baik
Ruangan Flebotomi	Ada	2023	Baik
Ruangan Sputum/Dahak	Ada	2023	Renovasi pembuatan Booth sputum tahun 2026*
Ruangan Urin/Tinja	Ada	2023	Baik

Ruangan Pengolahan Sampel	Ada	2023	Baik
Ruangan Konsultasi	Ada	2023	Baik
Ruangan Imunologi (Ruang Pemeriksaan)	Ada	2023	Baik
Ruangan Kimia Klinik (Ruang Pemeriksaan)	Ada	2023	Baik
Ruangan Urin/Tinja (Ruang Pemeriksaan)	Ada	2023	Baik
Ruangan Hematologi (Ruang Pemeriksaan)	Ada	2023	Baik
Ruangan Mikrobiologi (Ruang Pemeriksaan)	Ada	2023	Penambahan dan renovasi untuk ruangan Kultur bakteri 2026*
Ruangan Penyimpanan Bahan Habis Pakai dan Reagen (Ruang Pemeriksaan)			Penambahan ruangan pada tahun 2026*
Ruangan Arsip (Ruang Pemeriksaan)	Ada	2023	Baik
Toilet Pasien	Ada	2023	Baik
Ruangan Petugas Laboratorium	Ada	2023	Baik
Ruangan Koordinator Laboratorium	-	-	-
Ruangan Diskusi/Rapat	-	-	-
Ruangan Kepala Laboratorium Medik	Ada	2023	Baik
Ruangan Cuci Peralatan	Ada	2023	Baik
Ruangan Kerja Dokter (Ruang Pemeriksa Hasil)	Ada	2023	Baik
Ruangan Administrasi Hasil (Ruang Pemeriksaan)	Ada	2023	Baik

Toilet Staf	Ada	2023	Baik
Ruangan Produksi (Ruang Khusus)	-	-	-
Ruangan Penanaman Kuman TB (Ruang Khusus)	-	-	-
Ruangan Makan/Pantry Staf	Ada	2023	Baik
Ruangan Penyimpanan dan Ganti Pakaian Staf	Ada	2023	Baik
Ruangan Imuno Histokimia (Ruang Khusus)	Ada	2023	Bergabung dengan Hematologi, kimia klinik dan elektrolit (belum sesuai standar PMK No 14 Tahun 2021)
Ruangan Histologi (Ruang Khusus)	Ada	2024	Baik
Ruangan Mikrotom (Ruang Khusus)	Ada	2024	Baik
Ruangan Penyimpanan Jaringan Patologi Anatomik (Ruang Khusus)	-	-	-
Ruangan Potong Jaringan Patologi Anatomik (Ruang Khusus)	-	-	-
Ruangan Musholla	Ada	2021	Ada musholla Bersama
Ruangan IT, Server (Ruang Pemeriksaan)	Ada	2023	Tidak ada, bersatu dengan server RS
Ruangan Bank Darah	Ada	2024	Perlu penambahan

			untuk ruangan bank darah 2029*
Ruangan Spesimen Lain (Pus, Kerokan Kulit, dll)	-	-	-
Ruangan Spesimen Genital	-	-	-
Ruangan Patologi Anatomi (Ruang Pemeriksaan)	Ada	2023	Baik
Ruangan Biologi Molekuler (Ruang Pemeriksaan)	-	-	-
Laboratorium	Ada	2023	Baik
Instalasi Dapur Utama dan Gizi Klinik			
KM/WC petugas	Ada	2023	Masih bergabung farmasi
Ruangan Nutrisionis	Ada	2023	-
Ruangan Penerimaan dan Penimbangan Bahan Makanan	Ada	2023	Perlu penyekatan ruangan
Ruang / Area Persiapan	Ada	2023	
Ruangan Pengolahan/ Memasak dan Penghangatan Makanan	Ada	2023	
Ruangan penyimpanan bahan makanan kering	Ada	2024	Perlu penambahan rak 2026*
Ruangan Penyimpanan bahan makanan basah	-	-	-
Ruangan Pembagian/ Penyajian Makanan	Ada	2023	Perlu penambahan rak 2026*
Ruangan Petugas Jaga Dapur	Ada	2023	
Gudang Alat	-	-	-

Ruangan Ganti Alat Pelindung Diri (APD) dan Loker	-	-	-
Ruangan Pengaturan dan Penyimpanan Tabung Gas Elpiji	-	-	-
Ruangan Cuci	Ada	2023	Perlu renovasi karna belum sesuai PMK NO 78 Tahun 2018
Ruangan Penyimpanan Troli Gizi	-	-	
Ruangan Penyimpanan Peralatan Dapur	Ada	2024	
Ruangan Kepala Instalasi Gizi	Ada	2023	masih bergabung dengan staf gizi
Ruangan Administrasi	Ada	2023	
Janitor	Ada	2023	-
Instalasi Rehabilitasi Medik			
Ruangan Pemeriksaan/ Penilaian Dokter	Ada	2023	Pembangunan gedung karena masih belum sesuai dengan Pedoman Teknis Bangunan RS, Ruang Rehabilitasi Medis, Direktorat Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana
Loket Pendaftaran dan Pendataan	-	-	
Ruangan Administrasi, Keuangan dan Personalia	-	-	
Ruangan Tunggu Pasien & Pengantar Pasien	Ada	2023	
Ruangan Diagnostik Dokter	-	-	
Ruangan Terapi Psikologi	-	-	
Ruangan Fisioterapi Pasif	Ada	2023	
Ruangan Fisioterapi Aktif	Ada	2023	
Ruangan Terapi Okupasi	-	-	
Ruangan Senam (Gymnasium)	-	-	

Ruangan Hidroterapi (Incl R. Ganti, Toilet)	-	-	Kesehatan Direktorat Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI tahun 2012 dan PMK Nomor 65 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Fisioterapi (Rencana Renov Bangunan tahun 2027*)
Ruangan Sensori Intergrasi (SI) Anak	-	-	
Ruangan Relaksasi/ Perangsangan Audio-Visual	-	-	
Ruangan Terapi Wicara Vokasional	-	-	
Ruangan Terapi Wicara Audiometer	-	-	
Ruangan GIP (OP)	-	-	
Loker Petugas Bengkel OP	-	-	
Ruangan Bengkel Halus/ Kerja Kayu	-	-	
Ruangan Bengkel Kasar/ kerja pembuatan	-	-	
Ruangan Jahit/ Kulit (OP)	-	-	
Ruangan Penyimpanan Barang Jadi (OP)	-	-	
Ruangan Penyetelan/ Fitting Room; (OP)	-	-	
Gudang Bahan Baku	-	-	
Ruangan PSM	-	-	
Gudang Peralatan Rehab Medik	-	-	
Gudang Linen dan Farmasi	-	-	
Gudang Kotor	-	-	
Ruangan Kepala IRM	-	-	
Ruangan Petugas RM	-	-	
Dapur Kecil (Pantry)	-	-	
KM/WC Petugas	-	-	
KM/WC Pasien	-	-	
Ruangan Fisioterapi Rawat Jalan	Ada	2023	

Prasarana	**Ketersediaan**	**Jumlah/ Kapasitas**	**Keterangan**
Sistem Telekomunikasi			
Private Automatic Branch Xchange (PABX)			
Jumlah Unit PABX yang Dimiliki (Unit)	Ada	1 Unit	Rusak, perlu penambahan di tahun 2027*
Total Kapasitas (Saluran)	-	-	-
Jaringan Internet			
Jumlah Saluran Jaringan Internet yang Berfungsi (Unit)	Ada	3 Unit	Berfungsi
Jumlah Saluran Jaringan Internet (Unit)	Ada	3 Unit	Berfungsi
Sambungan Saluran Telepon (SST) Jumlah SST yang Berfungsi (Unit)	Ada	I unit	Berfungsi
Kendaraan Operasional Pelayanan Kendaraan Roda 4 Jumlah kendaraan Roda 4 Kondisi Baik	Ada	I unit	Berfungsi
Lift **Lift Penumpang**			
Jumlah Lift Penumpang Yg Berfungsi (Unit)	Ada	2 Unit	Berfungsi
Jumlah Teknisi Lift Penumpang Bersertifikat (Orang)	-	-	Penambahan SDM Teknisi tahun 2026*
Jumlah Lift Penunpang Keseluruhan (Unit)	Ada	2 Unit	Berfungsi
Sumber Air			

Sumur Dalam/Artesis			
Rata-rata Pemakaian Air Sumur Dalam per Hari (M3/Hari)	-	-	-
Sumur Dangkal			
Rata-rata Pemakaian Air Sumur Dangkal Perhari (M3/Hari)	-	-	-
PDAM			
Rata-rata Pemakaian PDAM per Hari (M3/Hari)	Ada	13900 M3/Hari	Berfungsi
Sumber Listrik			
Genset			
Jumlah Operator Genset Bersertifikat (Orang)	-	-	Penambahan SDM Teknisi tahun 2026*
Total Kapasitas Genset yg Berfungsi (KVA)	Ada	160 KVA	Berfungsi
Jumlah genset yang berfungsi (Unit)	Ada	2 Unit	Berfungsi
Jumlah Genset Keseluruhan (Unit)	Ada	2 Unit	Berfungsi
UPS			
Jumlah UPS Keseluruhan (Unit)	Ada	8 Unit	Perlu penambahan UPS 2027*
Jumlah UPS yang berfungsi (Unit)	Ada	8 Unit	Berfungsi
Total Kapasitas UPS yg berfungsi (KVA)	Ada	8 KVA	Berfungsi
Listrik PLN			
Daya Listrik Terpasang/Kapasitas (KVA)	Ada	197 KVA	Berfungsi

Pengkondisian Udara (AC)			
AC Split			
Jumlah AC Split yg berfungsi (Unit)	Ada	44 Unit	Berfungsi, ada penambahan 2027*
Ambulans			
Mobil/kereta jenazah			
Jumlah mobil/kereta jenazah Kondisi Baik (Unit)	Ada	1 Unit	Berfungsi
Jumlah mobil/kereta jenazah Kondisi Rusak Berat (Unit)	-	-	
Ambulans Gawat Darurat			
Jumlah Ambulance Gawat Darurat Kondisi Rusak Berat (Unit)	-	-	-
Jumlah Ambulance Gawat Darurat Kondisi Baik (Unit)	Ada	1 Unit	Berfungsi, ada penambahan 2027*
Ambulans Transport			
Jumlah ambulance transport Kondisi Rusak Berat (Unit)	-	-	-
Jumlah ambulance transport Kondisi Baik (Unit)	Ada	1 Unit	Berfungsi
Prasarana	Ketersediaan	Jumlah/ Kapasitas	Keterangan
Pengolahan Limbah Limbah Cair			

Jumlah IPAL Keseluruhan (Unit)	Ada	1 Unit	Perlu penambahan kapasitas IPAL Tahap II sesuai dengan jumlah Tempat Tidur
Total Kapasitas (M3/hr)	Ada	15 M3/hr	Perlu penambahan kapasitas IPAL Tahap II sesuai dengan jumlah Tempat Tidur
Jumlah IPAL Yang Berijin (Unit)	Ada	1 Unit	Berfungsi
Jumlah IPAL Yang Berfungsi (Unit)	Ada	1 Unit	Berfungsi
Kerjasama Pengolahan Limbah Kepihak Berijin			
MOU Limbah Cair (Dokumen)	-	-	-
MOU Limbah Padat/B3 (Dokumen)	Ada	1 Dokumen	Berfungsi
TPS Limbah B3/infeksius Jumlah TPS Limbah B3/infeksius Berijin (Unit)	Ada	I unit	Berfungsi
Jumlah Incinerator yg Berijin (Unit)	-	-	-
Total Kapasitas Incinerator (M3)	Ada	1 M3	Tidak ada incenerator MOU pihak 3
Jumlah Incinerator yg Berfungsi (Unit)	Ada	1 Unit	

Jumlah Total Incinerator Keseluruhan (Unit)	Ada	1 Unit	
Temperatur Ruang Bakar Pertama (oC)	-	-	
Temperatur Ruang Bakar Kedua (oC)	-	-	
Penanggulangan Bahaya Kebakaran			
Hidran			
Jumlah Tiang Hidran Lapangan (Unit)	-	-	Perlu penambahan paket sistem penangggulangan kebakaran, gedung B 2027*,gedung A 2028*, gedung instalasi gizi farmasi, lab, radiologi dan loundry tahun 2029*
Jumlah Box Hidran Bangunan (Unit)	-	-	-
APAR			
Jumlah APAR Total Keseluruhan (Unit)	Ada	27 Unit	Berfungsi perlu penambahan tahun 2027*
Jumlah APAR yang Berfungsi (Unit)	Ada	26 Unit	
Gas Medik & Vakum Medik			

Tabung			
Tabung Oksigen/O2 Kondisi Baik (Tabung)	Ada	37 Tabung	Berfungsi
Manometer / Flowmeter Kondisi Baik (Unit)	Ada	15 Unit	Berfungsi
Sentral			
Sentral Gas Oksigen / O2 Tabung (Titik)	Ada	4 Titik	Berfungsi
Sentral Udara Tekan Alat (Titik)	-	-	-

Secara umum, sarana dan prasarana di Rumah Sakit Khusus Paru sudah memadai untuk mendukung kegiatan pelayanan dan manajemen rumah sakit. Sebagian besar fasilitas, baik administrasi, pelayanan medik, penunjang medik, maupun penunjang non-medis, berada dalam kondisi baik dan berfungsi optimal. Namun demikian, beberapa area seperti gedung administrasi masih memerlukan renovasi, serta ruang Klinik Umum perlu dikembangkan menjadi ruang mandiri agar pelayanan lebih efektif. Fasilitas penunjang medik telah beralih ke sistem digital yang lebih efisien, sementara sarana penunjang non-medis menunjukkan kepatuhan terhadap standar sanitasi dan lingkungan. Ke depan, rumah sakit perlu memprioritaskan renovasi area administratif, pengembangan ruang klinik umum, modernisasi alat penunjang medik, serta pemeliharaan berkelanjutan terhadap fasilitas yang ada.

2.5.5. Data Alat Kesehatan

Data alat kesehatan yang disajikan dalam laporan ini bersumber dari aplikasi ALKES yaitu ASPAK (Aplikasi sarana prasarana dan alat Kesehatan) yang dikeluarkan oleh Kementrian Kesehatan. Aplikasi tersebut digunakan sebagai sistem pencatatan dan pelaporan resmi yang memuat informasi mengenai jenis, jumlah, kondisi, serta status pemakaian alat kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pengambilan data dilakukan pada tanggal [isi tanggal], dan telah melalui proses verifikasi untuk

memastikan keakuratan serta kesesuaian dengan kondisi di lapangan. Data ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam perencanaan, pengawasan, dan pengelolaan alat kesehatan secara lebih efektif. (Data terlampir)

2.5.6. Sumber Daya Keuangan

Sumber daya keuangan UPTD RS Khusus Paru berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) serta pendapatan jasa pelayanan rumah sakit yang diperoleh dari BPJS dan pasien umum. Kombinasi ini menunjukkan adanya dukungan keuangan yang stabil, baik dari pemerintah daerah sebagai sumber pendanaan utama maupun dari pendapatan operasional mandiri rumah sakit.

Ketergantungan pada APBD masih cukup tinggi, sehingga efisiensi penggunaan anggaran dan optimalisasi pendapatan layanan BPJS serta pasien umum menjadi kunci untuk menjaga keberlanjutan operasional. Ke depan, rumah sakit perlu mengembangkan sistem pengelolaan keuangan yang transparan dan berbasis kinerja, serta meningkatkan kapasitas unit layanan agar dapat memperluas sumber pendapatan non-APBD secara berkelanjutan.

2.6. Gambaran Kinerja

2.6.1. Gambaran Kinerja Layanan

1. Indeks Kepuasan Masyarakat

Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) merupakan salah satu instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan oleh [nama instansi/unit kerja]. Melalui pengukuran IKM ini, diharapkan dapat diperoleh gambaran secara objektif mengenai kualitas pelayanan, sekaligus menjadi dasar dalam upaya peningkatan kinerja serta perbaikan mutu pelayanan publik secara berkelanjutan.

Hasil Pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat dari Tahun 2025 s/d September 2025 diukur dengan berdasarkan 9 unsur pelayanan. Permenpan no.14 tahun 2017 memuat 9 unsur pelayanan yang harus diukur, yaitu :

1. Persyaratan
2. Sistem, Mekanisme,dan Prosedur
3. Waktu Penyelesaian
4. Biaya/ Tarif
5. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan
6. Kompetensi Pelaksana
7. Perilaku Pelaksana
8. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan
9. Sarana dan Prasarana (Nora)

2. Jumlah Kesembuhan Pasien TB SO dan RO

Data kesembuhan pasien TB sensitif obat (SO) dan resisten obat (RO) di RSK Paru mencerminkan efektivitas manajemen kasus, kepatuhan pengobatan, serta kualitas layanan DOTS dan PMDT (Programmatic Management of Drug-Resistant TB). Tingkat kesembuhan yang tinggi menunjukkan keberhasilan intervensi medis dan dukungan terapi yang berkesinambungan, sedangkan capaian yang rendah menjadi dasar perbaikan sistem pelayanan, pemantauan, dan dukungan pasien.

Tabel 2.6.1 Data Pasien Tuberculosis

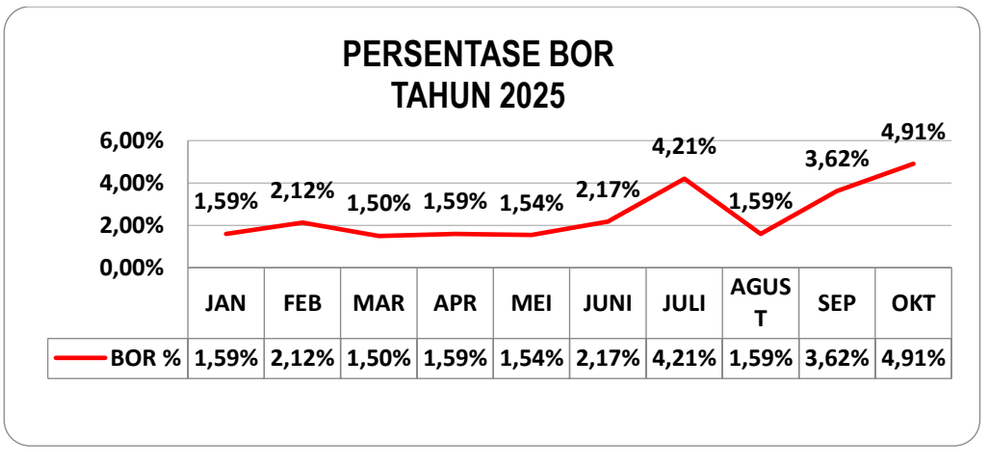
NO	Pasien Tuberculosis (TB)	TW1	TW2	TW3	TW4	Total
1	Jumlah terkonfirmasi TB SO yang mulai pengobatan	85	73	80	75	313
2	Jumlah terkonfirmasi TB RO yang mulai pengobatan	4	10	1	1	16
3	Jumlah pasien TB SO yang diobati	62	49	51	44	206
4	Jumlah pasien TB RO yang diobati	5	14	9	4	32
5	Jumlah pasien TB SO yang sembuh dan pengobatan lengkap (angka *success rate*)	49	45	42	36	172
6	Jumlah pasien TB RO yang sembuh dan pengobatan	2	7	7	3	19

	lengkap (angka *success rate*)					
Persentase *success rate* TB SO						**78.72**

3. Bed Occupancy Rate (BOR)

Data BOR di RSK Paru menunjukkan dinamika tingkat keterisian tempat tidur yang mencerminkan beban kerja pelayanan rawat inap serta efisiensi penggunaan sumber daya rumah sakit. Nilai BOR yang optimal menunjukkan kinerja pelayanan yang efektif, sedangkan BOR yang terlalu tinggi atau rendah menjadi dasar evaluasi terhadap distribusi pasien, alur perawatan, dan perencanaan kapasitas ruang perawatan.

Tabel 2.6.2 Persentase BOR Tahun 2025



Berdasarkan data sampai dengan bulan Oktober tahun 2025, tingkat pemanfaatan tempat tidur (Bed Occupancy Rate/BOR) di UPTD RS Khusus Paru rata-rata baru mencapai 2,5% dari total 69 tempat tidur (TT) yang tersedia.

Angka ini jauh di bawah standar nasional BOR Rumah Sakit yaitu 60–85% (Permenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008), yang menunjukkan bahwa pemanfaatan tempat tidur di RS masih sangat rendah dan belum optimal.

Rendahnya BOR di RS Khusus Paru disebabkan oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, baik dari sisi internal (dalam rumah

sakit) maupun eksternal (lingkungan dan sistem layanan kesehatan)

3.1. Faktor Internal

a) Belum optimalnya layanan ICU dan Bedah

UPTD RS Khusus Paru belum sepenuhnya membuka layanan ICU dan kamar bedah (OK) karena keterbatasan tenaga medis dan sarana prasarana. Dokter Spesilais Anastesi dan Spesialis Bedah baru bergabung pada bulan Oktober 2025, sehingga layanan kritikal baru akan mulai aktif pada akhir tahun berjalan. Selain itu peralatan dan fasilitas pendukung ICU dan Bedah seperti ventilator, alat monitoring pasien (*patient monitor*), alat strerilisator (CSSD) yang masih belum lengkap dan baru ada di akhir tahun 2025, sehingga pasien yang membutuhkan tindakan bedah atau perawatan intensif tidak bisa dilayani atau harus di rujuk ke RS lain.

b) Kurangnya Promosi dan Sosialisasi Layanan Unggulan dan Layanan di luar kekhususan paru

Layanan unggulan UPTD RS Khusus Paru seperti poliklinik MDR, Bronkoskopi, dan Rehabilitasi Paru belum banyak diketahui masyarakat dan fasilitas rujukan primer dikarekanan belum optimalnya layanan paru di UPTD RS Khusus Paru dikarenakan belum adanya Dokter Spesialis Anastesi dan Dokter Spesialis Bedah sehingga promosi terkait layanan unggulan paru belum dilakukan secara optimal.

Selain itu, promosi terkait layanan di luar kekhususan paru seperti layanan penyakit dalam, obstetrik dan ginekologi, layanan anak (neonatus dan pediatrik), layanan rehabilitasi medik, layanan poliklinik gigi, juga belum dilakukan secara optimal dan massif. UPTD RS Khusus Paru masih hanya menyediakan informasi RS melalui media digital dalam bentuk Instagram dan aplikasi Tiktok. Sehingga mengakibatkan potensi pasien paru

dan pasien di luar kekhususan paru belum seluruhnya masuk ke RS ini.

c. Kesiapan SDM dan SOP Operasional Masih dalam Tahap Pengembangan

Dengan bergabungnya tenaga spesialis baru, proses adaptasi, pembentukan tim bedah dan ICU, serta penyusunan prosedur operasional standar (SOP) masih berlangsung, sehingga layanan belum dapat beroperasi penuh.

3.2. Faktor Eksternal

a. Adanya kompetitor dengan Rumah Sakit Umum

Adanya RS umum lainnya yang berada dekat dengan UPTD RS Khusus Paru dan RS Umum lainnya di wilayah sekitar yang sudah memiliki fasilitas layanan yang lengkap baik itu ICU maupun layanan Bedah

b. Persepsi masyarakat

Sebagian masyarakat masih menganggap RS khusus paru hanya melayani pasien TBC, bukan untuk kasus paru lain atau tindakan bedah toraks.

c. Keterbatasan sistem rujukan

Belum terbangun sistem rujukan aktif dari puskesmas atau RS daerah untuk kasus paru yang lebih kompleks.

3.2 Strategi Pencapaian Target BOR

Untuk mencapai target BOR 60% dalam lima tahun ke depan, strategi yang akan dilakukan meliputi:

1. Penguatan Layanan Klinis
   a. Melengkapi sarana dan prasarana ICU dan OK sesuai standar.
   b. Menjalankan operasi toraks dan paru secara rutin.

c. Meningkatkan koordinasi antara spesialis paru, anastesi, dan bedah.

2. Peningkatan Jejaring dan Promosi

a. Melakukan kerja sama aktif dengan Dinas Kesehatan, RS kabupaten/kota, dan Puskesmas untuk rujukan pasien paru berat.

b. Melaksanakan kegiatan promosi dan edukasi kesehatan paru secara berkala di masyarakat.

3. Optimalisasi Sistem dan SDM

a. Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan melalui pelatihan ICU dan bedah toraks.

b. Mengoptimalkan sistem informasi rumah sakit untuk pemantauan BOR secara real time.

4. Peningkatan Mutu dan Kepuasan Pasien

a. Menyediakan fasilitas rawat inap yang nyaman dan higienis.

b. Menerapkan pelayanan yang cepat, tepat, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan

Data jumlah kunjungan pasien rawat jalan di RSK Paru memberikan gambaran tentang pola pemanfaatan layanan dan efektivitas sistem rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Peningkatan jumlah kunjungan pasien menunjukkan adanya pergeseran beban pelayanan ke rumah sakit rujukan paru, serta menjadi dasar penting bagi perencanaan kapasitas, sumber daya, dan pengembangan jenis layanan unggulan.

Tabel 3.2.1 Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan

BULAN	ANAK	GIGI	IGD	INFEKSI PARU	MDR	OBGYN	PENYAKIT DALAM	PPOK	REHABILITASI MEDIK	SPESIALIS PARU	VCT/PDP
JANUARI	75	25	35	155	24	5	24	122	15	147	1
FEBRUARI	62	39	28	168	27	2	25	134	10	138	2
MARET	58	23	25	179	35	0	37	123	16	145	2
APRIL	46	30	45	152	41	1	36	121	18	135	2
MEI	69	25	22	165	33	0	28	124	16	138	2
JUNI	60	22	27	193	29	3	38	134	21	156	1
JULI	66	39	36	185	32	3	37	176	31	218	6
AGUSTUS	49	43	27	182	39	3	27	178	16	217	3
SEPTEMBER	103	43	50	187	32	1	58	169	11	285	2
OKTOBER	134	36	65	189	35	2	47	200	20	340	2
NOVEMBER	80	28	42	131	14	3	21	77	18	307	3
DESEMBER	56	15	28	163	8	1	16	78	27	289	7
Grand Total	**858**	**368**	**430**	**2049**	**349**	**24**	**394**	**1636**	**219**	**2515**	**33**

2.6.2 Gambaran Mutu pelayanan

Tabel 2.6.2.1 INM (Indikator Nasional Mutu)

NO	Indikator Nasional Mutu	Target	Capaian
1.	Kepatuhan kebersihan tangan	85%	90 %
2.	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri	100%	99%
3.	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%
4.	Waktu tanggap operasi sesksio sesarea emergency	-	-
5.	Waktu tunggu rawat jalan	>80%	92%
6.	Penundaan operasi elektif	-	-
7.	Kepatuhan waktu visite dokter	82%	100%
8.	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%
9.	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	80%	99%
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*)	≥80%	100%
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%
12.	Kecepatan waktu tanggap complain	80%	99%
13.	Kepuasan Pasien	80%	86%

Dari tabel diatas seluruh indikator mutu nasional periode penilaian telah mencapai target yang ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa upaya pengendalian dan peningkatan mutu telah dilakukan secara konsisten, terstandar serta komitmen rumah sakit dalam menjaga dan meningkatkan mutu keselamatan pasien secara berkelanjutan.

Tabel 2.6.2.2 IMP RS (Indikator Mutu Prioritas RS)

KATEGORIi		NAMA INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN
Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	SKP 1.	Kepatuhan Identifikasi Pasien Rawat Inap	100%	100%
	SKP 2.	Kepatuhan melakukan *readback* dengan SBAR	100%	100%
	SKP 3.	Pelabelan obat *high alert*	100%	65%
	SKP 5.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	85%	91%
	SKP 6.	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh di rawat inap	100%	100%
Rencana Strategis		Success Rate pengobatan pasien TB SO (Sensitif Obat)	85%	78.72%
Perbaikan Sistem		Pelayanan pasien berbasis elektronik rekam medis di rawat jalan dalam 1x24 jam	100%	98%
Pelayanan Klinis Prioritas		Optimalisasi pelayanan TB Paru SO dengan strategi DOTS	85%	100%
Manajemen Risiko		Kesalahan Pemberian Obat *(Medication error)*	0%	0%

Dari gambaran di atas ada 2 (dua) IMP RS yang masih belum memenuhi target capaian yaitu pada kategori rencana strategis yaitu success rate pengobatan TB SO yaitu 78.72 % dan

pelabelan obat high alert 65 %. Hal ini dikarenakan sarana dan prasarana khususnya Gudang Farmasi.

Gambaran Indikator Mutu Prioritas (IMP RS) merupakan cerminan dari kinerja rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman, efektif, efisien, dan berorientasi pada keselamatan pasien. Evaluasi mutu dilakukan secara berkesinambungan untuk memastikan bahwa seluruh proses pelayanan medis dan non-medis memenuhi standar akreditasi rumah sakit serta kebutuhan masyarakat terhadap layanan respirasi yang berkualitas.

4. Gambaran Kinerja Keuangan

Kinerja Keuangan merupakan gambaran posisi keuangan UPTD Rumah Sakit Khusus Paru baik dari sumber pendanaan internal maupun pembiayaan melalui APBD/APBN dalam mengukur perspektif keuangan.

Tabel 2.6.2.3 Kinerja Anggaran UPTD Rumah Sakit Khusus Paru

PROGRAM DAN KEGIATAN	PAGU APBD 2025	KUA PPAS P APBD 2025	REALISASI S/D AGUSTUS 2025		SISA ANGGARAN
			(Rp.)	(%)	
UPTD RS KHUSUS PARU	14.205.549.085	17.840.291.580	6.945.065	92.07	10.895.226.379
Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi	4.073.960.373	3.621.401.425	3.390.845.489	92,07	291.915.936
Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	86.880.000	86.880.000	86.880.000	100	86.880.000
Penyediaan Administrasi	86.880.000	86.880.000	86.880.000	100	86.880.000

Pelaksanaan Tugas ASN					
Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	160.000.000	91.000.000	117.030.000	98	1.970.000
Pelatihan dan Pendidikan Pegawai Berdasarkan Tugas dan Fungsi	160.000.000	91.000.000	34.830.000	98,34	1.970.000
Administrasi Umum Perangkat Daerah	564.545.528	367.715.859	7.880.125	73.15	98.720.778
Penyediaan Komponen Instalasi Listrik/ Penerangan Bangunan Kantor	61.361.434	26.392.569	-	99.01	988.456
Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor	78.795.248	35.290.256	-	87.21	4.512.142
Penyediaan Peralatan Rumah Tangga	170.637.766	151.384.064	-	100s	151.384.064
Penyediaan Barang Cetakan dan Penggandaan	187.843.080	129.523.970	2.705.625	81.54	23.546.100
Penyediaan Bahan Bacaan dan Peraturan Perundang-undangan	3.240.000	-	-	-	-
Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan	62.668.000	25.125.000	5.174.500	25.18	7.575.00

Konsultasi SKPD					
Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	1.062.245.545	1.027.147.600	-	-	1.027.147.600
Pengadaan Mebel	116.206.712	109.206.712	-	-	109.206.712
Pengadaan Peralatan dan Mesin Lainnya	946.038.833	917.940.888	-	-	917.940.888
Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	1.638.759.300	1.538.354.860	951.583.918	61,86	586.770.942
Penyediaan Jasa Surat Menyurat	1.200.000	3.720.000	476.500	12,81	3.243.500
Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumberdaya Air dan Listrik	604.736.500	614.736.500	377.094.020	61,34	237.642.480
Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor	1.032.822.800	919.898.360	574.013.398	75.60	36.935.027
Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	561.530.000	510.303.106	175.411.213	79.86	114.588.421
Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan dan Pajak Kenderaan Perorangan	36.820.000	36.820.000	9.200.000	82.20	6.553.503

Dinas atau Kenderaan Dinas Jabatan					
Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan, Pajak dan Perizinan Kenderaan Dinas Operasional atau Lapangan	110.460.000	95.549.106	55.455.268	82.36	23.348.502
Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya	414.250.000	377.934.000	110.755.945	77.59	84.686.416
Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	8.845.822.716	12.873.124.159	5.175.682.581	92.90	1.038.634.292
Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	14.205.549.085	17.840.291.580	6.945.065	92.07	10.895.226.379
Pengembangan Pendekatan Pelayanan Kesehatan di DTPK (Pelayanan Kesehatan Bergerak, Gugus	4.073.960.373	3.621.401.425	3.390.845.489	92,07	291.915.936

Pulau, Pelayanan Kesehatan Berbasis *Telemedicine*, dll)					
Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	86.880.000	86.880.000	86.880.000	100	86.880.000
Rehabilitasi dan Pemeliharaan Fasilitas Kesehatan Lainnya	86.880.000	86.880.000	86.880.000	100	86.880.000
Rehabilitasi dan Pemeliharaan Rumah Sakit	160.000.000	91.000.000	117.030.000	98	1.970.000
Pemeliharaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	160.000.000	91.000.000	34.830.000	98,34	1.970.000
Penyediaan Layanan Kesehatan Untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	564.545.528	367.715.859	7.880.125	73.15	98.720.778
Operasional Pelayanan Rumah Sakit	61.361.434	26.392.569	-	99.01	988.456

Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	78.795.248	35.290.256	-	87.21	4.512.142
Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKM dan UKP Provinsi	170.637.766	151.384.064	-	100s	151.384.064
Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan	187.843.080	129.523.970	2.705.625	81.54	23.546.100

2.6.2.4 Kinerja Pendapatan UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Tahun 2025

2.6.2.4 TABEL KINERJA PENDAPATAN UPTD RUMAH SAKIT PARU TAHUN 2025

NO	PENDAPATAN	TARGET		REALISASI	
		Rp	%	Rp	%
1	Penerimaan PAD	1.820.734.106	100	1.903.167.757	105

Tercapainya indikator kinerja yang ada di UPTD Rumah Sakit Khusus Paru tidak lepas dari penambahan pelayanan rawat inap dan UGD di UPTD Rumah Sakit Paru. Diharapkan kedepan nya dengan penambahan Layanan Bedah dan ICU (Incentive Care Unit) diharapkan dapat meningkatkan capaian penerimaan PAD pada tahun 2026:

1. Kondisi ruangan pelayanan pasca per pindahan.

2. Perlunya penambahan sarana dan prasana pelayanan.

2.7. Permasalahan dan Isu strategis UPTD RSK Paru

2.7.1. Identifikasi Masalah

1. Sumber daya manusia

Tidak maksimalnya capaian kinerja yang ada di UPTD Rumah Sakit Khusus Paru tidak lepas dari kondisi SDM di UPTD Rumah Sakit Khusus Paru. Adapun masalah yang terjadi beberapa hal dikarenakan:

Tabel 2.7.1 Indentifikasi Masalah SDM UPTD RS Khusus Paru

FAKTOR PENGHAMBAT	FAKTOR PENDORONG
• Jumlah dokter spesialis dan subspesialis belum memadai. • Ketimpangan kompetensi antarunit pelayanan. • Promosi internal dan pelatihan belum merata. • Risiko turnover SDM terampil ke RS swasta.	• Tersedia SDM kompeten dan terlatih pada bidang tertentu. • Dukungan pelatihan dan sertifikasi dari pemerintah. • Adanya kemitraan dengan institusi pendidikan dan BPJS Kesehatan.

2. Gedung

Tidak maksimalnya capaian kinerja yang ada di UPTD Rumah Sakit Khusus Paru tidak lepas dari kondisi Gedung di UPTD Rumah Sakit Paru. Adapun masalah yang terjadi beberapa hal dikarenakan:

Tabel 2.7.2 Indentifikasi Masalah Gedung UPTD RS Khusus Paru

FAKTOR PENGHAMBAT	FAKTOR PENDORONG
• Kapasitas ruang rawat dan ruang pelayanan terbatas.	• Tersedia lahan yang luas dan memungkinkan untuk ekspansi gedung baru.

• Beberapa area perlu renovasi atau penyesuaian standar akreditasi. • Aksesibilitas bagi pasien umum kurang optimal karena tidak dilewati transportasi umum.	• Dukungan pemerintah daerah terhadap pengembangan fasilitas RS.

3. Peralatan

Tidak maksimalnya capaian kinerja yang ada di UPTD Rumah Sakit Khusus Paru tidak lepas dari kondisi peralatan di UPTD Rumah Sakit Paru. Adapun masalah yang terjadi beberapa hal dikarenakan:

Tabel 2.7.3 Indentifikasi Masalah Peralatan UPTD RS Khusus Paru

FAKTOR PENGHAMBAT	FAKTOR PENDORONG
• Beberapa alat kesehatan sudah melewati masa optimal pemakaian. • Keterbatasan anggaran untuk pembaruan alat dengan teknologi terbaru. • Perawatan dan kalibrasi belum terjadwal secara sistematis.	• Sarana dan prasarana sudah terstandar nasional. • Dukungan program pemerintah dalam pengadaan alat kesehatan (e-catalog dan DAK).

4. Sarana dan Prasarana

Tidak maksimalnya capaian kinerja yang ada di UPTD Rumah Sakit Khusus Paru tidak lepas dari kondisi peralatan di UPTD Rumah Sakit Paru. Adapun masalah yang terjadi beberapa hal dikarenakan:

Tabel 2.7.4 Indentifikasi Masalah SDM UPTD RS Khusus Paru

FAKTOR PENGHAMBAT	FAKTOR PENDORONG
• Infrastruktur pendukung (parkir, drainase, jaringan listrik) belum maksimal. • Keterbatasan akses transportasi pasien dan keluarga.	• Tersedianya area pengembangan bangunan. • Program pemerintah dalam peningkatan infrastruktur pelayanan kesehatan.

5. Keuangan

Tidak maksimalnya capaian kinerja yang ada di UPTD Rumah Sakit Khusus Paru tidak lepas dari kondisi peralatan di UPTD Rumah Sakit Paru. Adapun masalah yang terjadi beberapa hal dikarenakan:

Tabel 2.7.5 Indentifikasi Masalah Keuangan UPTD RS Khusus Paru

FAKTOR PENGHAMBAT	FAKTOR PENDORONG
• Ketergantungan tinggi terhadap pembayaran klaim BPJS. • Fluktuasi tarif INA-CBGs mempengaruhi pendapatan. • Keterbatasan dana operasional dan investasi.	• Kerja sama aktif dengan BPJS Kesehatan dan instansi lain. • Tarif layanan RS kompetitif dan terjangkau sehingga menarik pasien umum. • Potensi peningkatan pendapatan melalui layanan unggulan dan kerja sama swasta.

2.7.2 Isu Strategi dan arah kebijakan rencana pengambangan

Analisis Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (SWOT) merupakan tahap awal dalam proses perencanaan strategis yang berfungsi untuk mengidentifikasi secara sistematis kondisi internal dan eksternal organisasi. Melalui analisis SWOT, rumah sakit dapat mengetahui posisi strategisnya saat ini, mencakup potensi kekuatan yang dapat dimanfaatkan, kelemahan yang perlu diperbaiki, peluang yang dapat diraih, serta ancaman yang perlu diantisipasi.

Hasil dari analisis SWOT tersebut selanjutnya menjadi dasar dalam perumusan isu strategis, yaitu permasalahan atau tantangan utama yang memiliki dampak signifikan terhadap pencapaian visi, misi, dan tujuan organisasi. Isu strategis berfungsi sebagai fokus perhatian manajemen dalam menentukan prioritas pembangunan dan arah kebijakan selama periode Renstra.

Dari isu strategis yang telah diidentifikasi, kemudian dirumuskan strategi yang berisi kebijakan, pendekatan, serta langkah-langkah strategis yang akan ditempuh untuk menjawab dan menyelesaikan isu-isu tersebut. Strategi pada dasarnya merupakan penjabaran operasional dari upaya rumah sakit untuk meningkatkan kinerja, memperkuat daya saing, dan mewujudkan visi organisasi.

Isu strategis menjadi dasar penyusunan rencana pengembangan layanan. Tanpa memahami isu strategis, arah pengembangan layanan akan tidak tepat sasaran. Sebaliknya, rencana pengembangan layanan yang baik harus langsung menjawab atau menyelesaikan isu strategis yang ditemukan dalam analisis situasi rumah sakit.

Setiap isu strategis yang diidentifikasi melalui analisis situasi internal dan eksternal rumah sakit harus ditindaklanjuti dengan rencana pengembangan layanan yang spesifik, terukur, dan realistis**.** Rencana inilah yang kemudian menjadi dasar penyusunan sasaran strategis, indikator kinerja, dan program prioritas dalam RENSTRA.

a. Matrik SWOT

Analisis SWOT dilakukan untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi faktor-faktor internal dan eksternal yang memengaruhi kinerja organisasi. Faktor internal meliputi kekuatan (Strengths) dan kelemahan (Weaknesses) yang berasal dari sumber daya, kapabilitas, dan proses internal organisasi. Sedangkan faktor eksternal mencakup peluang (Opportunities) dan ancaman (Threats) yang bersumber dari lingkungan eksternal, seperti kondisi pasar, regulasi, dan tren industri. Penilaian ini dilakukan berdasarkan data historis, laporan kinerja, survei, serta observasi terhadap kondisi saat ini, sehingga dapat menjadi dasar dalam merumuskan strategi pengelolaan risiko dan pengambilan keputusan.

Faktor Internal

Tabel 2.7.2.1 Kekuatan (Strength) UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

No	Faktor Kekuatan	Bobot	Rating	Skor	Interpretasi
1	RS satu-satunya milik pemerintah di Sumut	0.2	4	0.8	Kekuatan utama dan posisi strategis unik
2	SDM kompeten dan terlatih	0.18	4	0.72	Kompetensi tinggi meningkatkan mutu layanan
3	Kerjasama dengan BPJS dan instansi lain	0.15	3	0.45	Kemitraan memperluas akses pasien
4	Tarif kompetitif dan terjangkau	0.15	3	0.45	Mendukung daya saing layanan
5	Sarana prasarana memadai dan terstandar	0.17	4	0.68	Dukungan fasilitas optimal
6	Terakreditasi Utama	0.15	4	0.6	Bukti kualitas layanan profesional
	Total Strength	**1**		**3.7**	**Skor internal positif kuat**

Tabel 2.7.2.2 Kelemahan (Weakness) UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

No	Faktor Kelemahan	Bobot	Rating	Skor	Keterangan
1	SDM dokter spesialis & subspesialis belum memadai	0,25	2	0,50	Perlu peningkatan SDM inti
2	SIMRS belum terintegrasi optimal	0,20	2	0,40	Kelemahan sistem informasi
3	Keterbatasan anggaran sarpras	0,20	2	0,40	Hambatan pengembangan layanan
4	Tidak ada transportasi umum menuju RS	0,15	1	0,15	Akses pasien sulit
5	Promosi layanan kurang optimal	0,20	2	0,40	Daya tarik publik rendah
	Total Weakness	**1,00**		**1,85**	**Kelemahan internal moderat**

Skor Internal (S–W): 3.70 – 1.85 = +1.85 (Kekuatan dominan)

Faktor Eksternal

Tabel 2.7.2.3 Peluang (Opportunity) UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

No	Faktor Peluang	Bobot	Rating	Skor	Keterangan
1	Dukungan kebijakan pemerintah (Eliminasi TB, UHC)	0,20	4	0,80	Sinergi dengan program nasional
2	Kebutuhan masyarakat meningkat	0,20	4	0,80	Pasar layanan luas

3	Dukungan pembiayaan dari BPJS	0,20	3	0,60	Stabilitas finansial
4	Lahan RS memadai untuk ekspansi	0,20	3	0,60	Potensi pengembangan layanan
5	Fokus pembangunan kesehatan daerah	0,20	3	0,60	Arah pembangunan selaras
	Total Opportunity	**1,00**		**3,40**	**Peluang eksternal kuat**

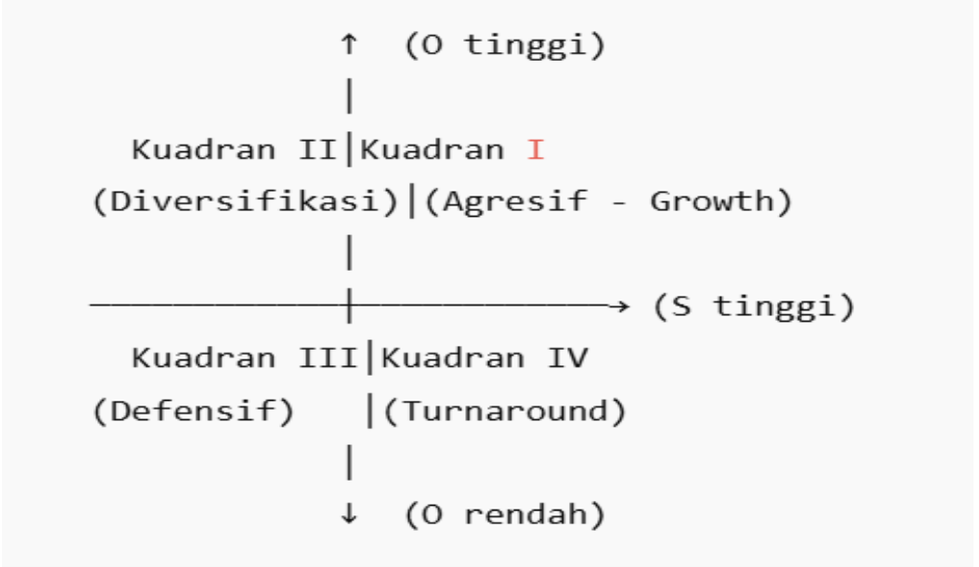
Tabel 2.7.2.4 Ancaman (Threat) UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

No	Faktor Ancaman	Bobot	Rating	Skor	Keterangan
1	Adanya RS swasta di sekitar wilayah	0,20	2	0,40	Persaingan layanan meningkat
2	Stigma negatif masyarakat terhadap RS Paru	0,20	1	0,20	Perlu penguatan citra publik
3	Dokter lebih tertarik ke RS swasta	0,20	2	0,40	Risiko kekurangan tenaga ahli
4	Fluktuasi kebijakan BPJS	0,20	2	0,40	Ketidakpastian pendapatan
5	Pertumbuhan RS/klinik pesaing	0,20	2	0,40	Kompetisi wilayah meningkat
	Total Threat	**1,00**		**1,80**	**Ancaman eksternal moderat**

Skor Eksternal (O–T): 3.40 – 1.80 = +1.60 (Peluang kuat)

Tabel 2.7.2.5 Analisis Posisi Kuadran SWOT

Aspek	Nilai	Posisi
Skor Internal	1.85	Kekuatan tinggi
Skor Eksternal	1.60	Peluang tinggi



Visualisasi (Deskripsi Grafik) Grafik Kuadran SWOT:

Titik koordinat (x = +1.85, y = +1.60) berada di **Kuadran I – Strategi SO** → Fokus pada pertumbuhan, ekspansi, dan pemanfaatan peluang kebijakan serta dukungan masyarakat.

Posisi RSKP berada pada Kuadran I, yang menunjukkan bahwa kekuatan internal organisasi cukup besar untuk memanfaatkan peluang eksternal. Strategi yang tepat adalah strategi agresif (Growth Strategy), yaitu memaksimalkan kekuatan internal untuk memperluas layanan, meningkatkan daya saing, dan memperkuat citra rumah sakit melalui inovasi, kolaborasi, serta penguatan kapasitas SDM dan infrastruktur.

b. Analisis Strategi Berdasarkan Matriks SWOT

Tabel 2.7.2.6 Analisis Strategi Berdasarkan Matriks SWOT

FAKTOR INTERNAL/EKSTERNAL	**Opportunities (O)**	**Threats (T)**
Strengths (S)	**Strategi SO (Agresif)**	**Strategi ST (Diversifikasi/Defensif)**
	Memanfaatkan kekuatan internal untuk merebut peluang eksternal - Mengembangkan	***Menggunakan kekuatan untuk mengatasi ancaman eksternal*** - Membangun citra

	pusat layanan unggulan TB dan paru modern berbasis digital. - Meningkatkan promosi kesehatan paru melalui media sosial & kolaborasi instansi. - Mengoptimalkan kerja sama BPJS & pemerintah untuk ekspansi layanan. - Menggunakan status RS milik pemerintah untuk memperluas jangkauan program nasional kesehatan paru.	positif RS melalui branding “RS Paru Modern & Aman”. - Memberi insentif dan pelatihan lanjutan bagi SDM agar loyal. - Memanfaatkan kerja sama BPJS untuk menjaga kestabilan pendapatan. - Menjamin standar mutu layanan agar mampu bersaing dengan RS swasta.
Weaknesses (W)	**Strategi WO (Turnaround)**	**Strategi WT (Defensif)**
	Mengurangi kelemahan dengan memanfaatkan peluang eksternal - Mengajukan dukungan dana pemerintah untuk pengadaan SDM spesialis paru dan alat baru. - Meningkatkan sistem informasi RS (SIMRS) agar	***Meminimalkan kelemahan dan menghindari ancaman*** - Melakukan efisiensi operasional dan peningkatan manajemen biaya. - Menjalin kerja sama pendidikan dengan universitas untuk pemenuhan SDM. - Membuat SOP

	terhubung dengan BPJS & Dinkes. - Membangun jejaring transportasi mitra untuk akses pasien. - Melatih tim promosi RS agar lebih aktif di media digital & kampanye UHC.	kesiapsiagaan terhadap perubahan kebijakan BPJS. - Mengembangkan promosi internal (dari pasien ke pasien) untuk mengatasi stigma.

b. Isu Strategis

Berdasarkan hasil analisis SWOT, sejumlah isu strategis telah diidentifikasi sebagai fokus utama dalam perencanaan dan pengambilan keputusan organisasi. Isu-isu ini mencerminkan tantangan dan peluang yang perlu ditangani secara sistematis untuk memaksimalkan kekuatan internal, mengatasi kelemahan, memanfaatkan peluang eksternal, dan mengantisipasi ancaman, sehingga mendukung pencapaian tujuan strategis organisasi.

Tabel 2.7.2.7 Analisis Isu Strategi

Strategi	Fokus	Arah Tindakan
SO (Strength–Opportunity)	Ekspansi Layanan	Gunakan kekuatan internal untuk memanfaatkan peluang kolaborasi dan inovasi teknologi.
WO (Weakness–Opportunity)	Pengembangan SDM	Perbaiki kelemahan struktural dengan memanfaatkan program pelatihan & kemitraan eksternal.
ST (Strength–Threat)	Diferensiasi Pelayanan	Gunakan keunggulan reputasi dan kompetensi untuk menghadapi kompetitor dan ancaman pasar.
WT (Weakness–Threat)	Efisiensi Internal	Lakukan perbaikan proses, efisiensi sumber daya, dan mitigasi risiko eksternal.

2.8. Manajemen Resiko

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Mengarahkan rumah sakit untuk memiliki sistem manajemen risiko klinis dan non-klinis, termasuk penilaian probabilitas kejadian dan dampaknya terhadap mutu pelayanan.

Untuk memastikan pelaksanaan strategi organisasi berjalan efektif dan berkelanjutan, dilakukan analisis manajemen risiko berdasarkan hasil identifikasi faktor-faktor internal dan eksternal melalui analisis SWOT. Setiap potensi risiko yang muncul dari faktor kelemahan dan ancaman kemudian dievaluasi menggunakan dua parameter utama, yaitu tingkat kemungkinan (likelihood) dan tingkat dampak (impact) terhadap pencapaian tujuan strategis rumah sakit.

Menurut ISO 31000:2018 – Risk Management Guidelines Penilaian kemungkinan (likelihood) menggambarkan seberapa besar peluang terjadinya risiko berdasarkan data historis, tren lingkungan eksternal, dan pengalaman operasional rumah sakit. Sementara itu, penilaian dampak (impact) menilai besarnya pengaruh risiko terhadap aspek layanan, keuangan, reputasi, maupun mutu pelayanan apabila risiko tersebut benar-benar terjadi.

Hasil penilaian kedua parameter tersebut kemudian dikombinasikan dalam bentuk matriks risiko untuk menentukan tingkat risiko (risk level), yang menjadi dasar dalam penyusunan strategi mitigasi dan rencana pengendalian risiko rumah sakit.

Tabel 2.7.2.8 Matriks Penentuan Risk Level

No	Faktor Risiko (Berdasarkan SWOT)	Sumber Risiko	Dampak Potensial	Kemungkinan (K)	Dampak (D)	Level Risiko (K×D)	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
1	Keterbatasan dokter spesialis/subspesialis paru	Kelemahan internal (W1)	Menurunnya kapasitas layanan dan mutu klinis	4	4	**16 (Tinggi)**	Pengadaan tenaga melalui kerja sama pendidikan, insentif retensi SDM, dan penempatan berbasis kebutuhan prioritas.
2	Sistem informasi RS (SIMRS) belum terintegrasi penuh	Kelemahan internal (W2)	Hambatan koordinasi dan pelaporan BPJS / Kemenkes	3	4	**12 (Sedang–Tinggi)**	Percepatan integrasi SIMRS dengan BPJS dan SATUSEHAT;

							pelatihan operator IT.
3	Ketergantungan tinggi pada pembiayaan BPJS Kesehatan	Ancaman eksternal (T4)	Risiko fluktuasi pendapatan dan arus kas	3	4	**12 (Sedang–Tinggi)**	Diversifikasi sumber pendapatan (layanan umum, asuransi swasta, kerja sama korporasi).
4	Stigma masyarakat bahwa RS Paru bersifat infeksius	Ancaman eksternal (T2)	Menurunnya kunjungan pasien non-TB	3	3	**9 (Sedang)**	Edukasi publik dan kampanye citra “RS Paru Modern dan Aman”.
5	Persaingan dengan RS Swasta dan Klinik Paru	Ancaman eksternal (T1, T5)	Penurunan pangsa pasar layanan paru	4	3	**12 (Sedang–Tinggi)**	Peningkatan mutu layanan, branding digital,

							dan inovasi klinik paru unggulan.
6	Keterbatasan anggaran untuk ekspansi sarana dan prasarana	Kelemahan internal (W3)	Terhambatnya pengembangan fasilitas baru	3	4	**12 (Sedang–Tinggi)**	Optimalisasi BLU, kerja sama investasi publik-swasta, dan prioritas anggaran berbasis risiko.
7	Promosi layanan belum optimal	Kelemahan internal (W5)	Kurang dikenal masyarakat luas	3	3	**9 (Sedang)**	Pembentukan unit humas dan promosi digital aktif, kampanye melalui media sosial dan komunitas paru.

8	Retensi SDM ahli ke RS Swasta	Ancaman eksternal (T3)	Brain drain, kehilangan tenaga kunci	2	4	**8 (Sedang)**	Sistem pengembangan berbasis kompetensi berkelanjutan

Level Risiko	**Kriteria**	**Warna**	**Tindakan**
16–20	Tinggi	🔴 Merah	Tindakan segera, mitigasi prioritas utama
9–15	Sedang	🟠 Oranye	Pemantauan rutin dan perbaikan bertahap
4–8	Rendah	🟢 Hijau	Pengawasan normal, dokumentasi risiko
1–3	Minimal	⚪ Putih	Risiko dapat diterima

Rangkuman Strategi Mitigasi Utama

1. **Penguatan SDM:** rekrutmen, pelatihan, dan sistem retensi tenaga medis.
2. **Digitalisasi layanan:** percepatan integrasi SIMRS dan BPJS SATUSEHAT.
3. **Diversifikasi pendapatan:** kerja sama pelayanan dengan pihak swasta & asuransi lain.
4. **Promosi dan citra publik:** memperkuat komunikasi digital dan promosi berbasis masyarakat.
5. **Optimalisasi investasi & BLU:** fokus pada fasilitas prioritas berdampak tinggi.

BAB III. Visi, Misi, Strategi, dan Arah Kebijakan

3.1. Visi dan Misi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara

Visi dan misi dari Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara adalah sebagai berikut:

a. Visi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara

"Kolaborasi SUMUT Berkah menuju Sumatera Utara yang Unggul, Maju dan Berkelanjutan" terkandung makna **:**

Kolaborasi: bermakna Proses kerjasama untuk menelurkan gagasan atau ide dalam rangka menyelesaikan masalah secara bersama menuju visi bersama;

SUMUT Sumatera Utara : bermakna seluruh wilayah dan komponen/lapisan masyarakat yang berdiam di Sumatera Utara, yang berasal dari berbagai ragam adat budaya, etnis, agama dan golongan yang memiliki hak dan kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dan menikmati hasil pembangunan;

Berkah : bermakna Harapan agar pembangunan tidak hanya sukses secara materi, tetapi juga membawa kebaikan dan kebermanfaatan bagi semua pihak;

Unggul : bermakna Sumatera Utara yang berperan penting dalam tataran nasional dan global, memiliki sumber daya manusia yang tangguh dengan keberagaman budaya yang harmonis, menjadi pusat bioindustri dan pariwisata bertaraf global;

Maju : bermakna Sumatera Utara menjadi Provinsi maju dengan posisi empat besar dalam perekonomian nasional, sejahtera, merata dan berkeadilan sosial, didukung infrastruktur modern dan pelayanan birokrasi kelas dunia berbasiskan pengetahuan dan inovasi yang berakar pada budaya lokal. Kemajuan Sumatera Utara terlihat dari lancarnya akses dan konektivitas antar wilayah, terpenuhinya sarana dan prasarana

Berkelanjutan : bermakna Sumatera Utara yang berkontribusi dalam menerapkan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan tetap memperhatikan keseimbangan pertumbuhan ekonomi dan dampaknya terhadap kelestarian lingkungan dan kehidupan sosial masyarakat, dengan tata kelola yang baik.

b. Misi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara

Misi dari Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM)

2. Menjaga Stabilitas Makro Ekonomi Daerah

3. Meningkatkan Kualitas Tata Kelola Pemerintahan

4. Mengembangkan dan Menata Infrastruktur yang Berkualitas, Estetik dan Ramah Lingkungan

5. Memperkuat ketahanan sosial, dan budaya untuk membangun masyarakat SUMUT yang tangguh

c. Program Kerja Gubernur dan Wakil Gubernur

Dalam rangka mewujudkan visi pembangunan Sumatera Utara, pemerintah menetapkan misi sebagai pedoman pelaksanaan kebijakan di berbagai sektor. Setiap misi tersebut diwujudkan melalui program kerja yang dirancang secara kolaboratif, partisipatif, dan berorientasi hasil. Untuk itu pemerintah membuat 17 Program Prioritas sebagai berikut :

1. Pendidikan Melalui Program Sekolah Unggulan Berbasis Peningkatan Skill yang Berhubungan dengan Kebutuhan Industri dan Potensi Wilayah di Tingkat Lokal.

2. Pemberdayaan Perempuan, Pemuda, dan Penyandang Disabilitas Dalam Berkarya dan Berprestasi.

3. Kesehatan yang Terintegrasi di Beberapa Titik Kawasan yang Menjadi Sentra Layanan Kesehatan Masyarakat Terpadu.

4. Pemberantasan Kemiskinan melalui Perlindungan dan Pemberdayaan Masyarakat Rentan Secara Menyeluruh dan Tepat Sasaran.

5. Penguatan Stabilitas Makro ekonomi dan Kesinambungan Fiskal Daerah.

6. Pengembangan Ekonomi Hijau dan Biru.

7. Ketahanan Pangan Melalui Penguatan Nilai Budaya dan Kearifan Lokal Agar Diversifikasi Hasil Pertanian

Menjadi Lebih Produktif dan Berdampak pada Kesejahteraan Masyarakat Lokal.

8. Pariwisata yang Menggerakkan Potensi Alam Lokal di Pedesaan dan Perkotaan dengan Melibatkan Partisipasi Masyarakat Secara Langsung (Komunitas, Pemerintah Daerah/Desa/Kelurahan dan Pengusaha Lokal).

9. Ekonomi Kreatif dan Industri Berbasis Teknologi.

10. Reformasi Birokrasi dan Tata Kelola Pemerintahan.

11. Transformasi Digital dan Inovasi Teknologi Pada Pelayanan Publik dan Perekonomian Masyarakat.

12. Infrastruktur dengan Prioritas Jalan, Jembatan, dan Irigasi yang Langsung Berdampak pada Peningkatan Ekonomi Masyarakat Lokal.

13. Pengembangan Sistem Logistik dan Transportasi yang Mendukung Pengembangan Ekonomi dan Daya Saing.

14. Pengelolaan Lingkungan dan Sumber Daya Alam Secara Berkelanjutan dan Berketahanan Terhadap Bencana.

15. Melanjutkan Pembangunan Berbasis Desa.

16. Meningkatkan Ketahanan Sosial dan Budaya yang Mendukung Susarana yang Harmonis, Toleran dan Rukun.

17. Terciptanya Kehidupan yang Lebih Aman dan Tertib.

3.2. Penjabaran Rencana Pembangunan Jangka Menengah Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara

Sesuai dengan UU No 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan daerah serta peraturan Turunannya Peraturan Menteri dalam negeri No 86 tahun 2017 Dengan demikian fokus utama Dinas Kesehatan Provsu adalah menjabarkan dan malaksanakan program kerja yang selaras dengan tujuan pembangunan daerah secara keseluruhan bukan membuat membuat visi dan misi yang terpisah.

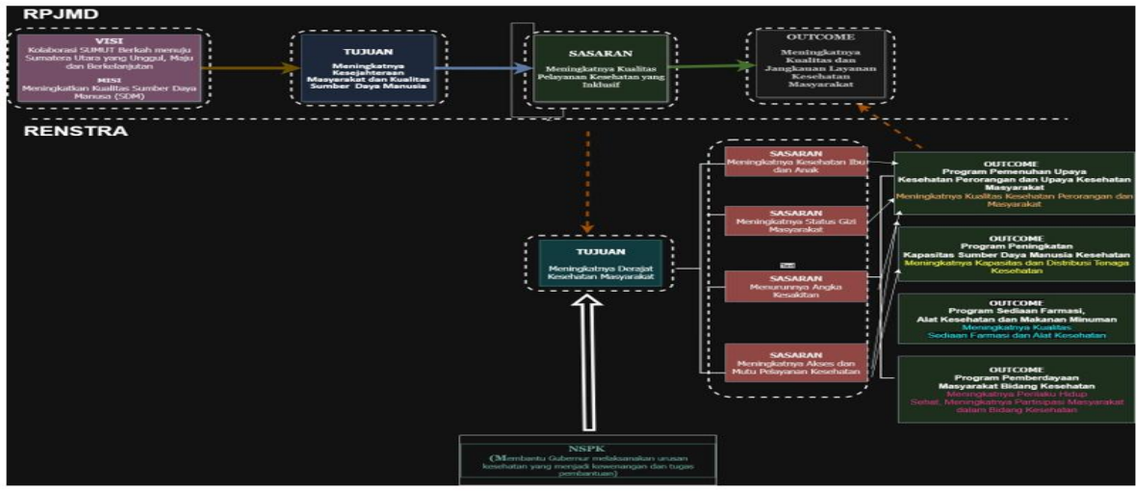
Dalam rangka pencapaian misi pembangunan jangka menengah maka ditetapkan 5 (lima) tujuan pembangunan jangka menengah Provinsi Sumatera Utara tahun 2025- 2029, dimana urusan kesehatan mengampu Tujuan 1 Meningkatnya

Kesejahteraan Masyarakat dan Kualitas Sumber Daya Manusia. Tujuan ini bertujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui program yang memperbaiki akses pendidikan, kesehatan, dan keterampilan. Dengan kualitas SDM yang lebih baik, masyarakat akan lebih mampu berpartisipasi dalam pembangunan, meningkatkan daya saing, dan produktivitas daerah. Hal ini akan berdampak pada peningkatan kualitas hidup masyarakat dan mendukung pencapaian misi pertama RPJMD, yaitu meningkatkan kualitas SDM sebagai fondasi pembangunan daerah, yang berkontribusi pada kemajuan dan kesejahteraan Provinsi Sumatera Utara.

Dalam rangka pencapaian tujuan pembangunan jangka menengah maka ditetapkan 14 (empat belas) sasaran pembangunan jangka menengah Provinsi Sumatera Utara tahun 2025-2029, urusan kesehatan untuk mendukung Sasaran 1 Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan yang Inklusif. Tujuan dan sasaran jangka menengah Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara disusun untuk mewujudkan tujuan dan sasaran pembangunan daerah sebagaimana tercantum dalam RPJMD Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025 – 2029 disertai dengan langkah penjabarannya secara strategis. Tujuan dan sasaran Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara merupakan hasil perumusan capaian strategis yang menunjukkan tingkat kinerja pembangunan tertinggi sebagai dasar penyusunan arsitektur kinerja pembangunan kesehatan secara keseluruhan. Tujuan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025 – 2029 adalah

‘Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat’.

Kerangka Keterkaitan Sasaran RPJMD dengan Tujuan Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025 – 2029.



Tujuan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025 – 2029 adalah **'Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat'**, yang merupakan hasil penjabaran dari sasaran dari Tujuan Kesatu pembangunan daerah, yang akan dinilai melalui indikator Umur Harapan Hidup (UHH). Tujuan perangkat daerah selanjutnya dirumuskan ke dalam sasaran perangkat daerah sebagai sebuah rumusan kondisi yang dapat menggambarkan bagaimana sebuah tujuan akan tercapai. Adapun Sasaran Dinkes antara lain :

1. Meningkatkan Kesehatan ibu dan anak
2. Meningkatkan Status Gizi
3. Menurunnya angka kesakitan
4. Meningkatnya akses dan mutu pelayanan Kesehatan

Berdasarkan Sasaran Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara di atas, maka UPTD RS Khusus Paru mengambil salah satu sasaran tersebut untuk dijadikan tujuan organisasi selama periode 2025 – 2029. Adapun sasaran yang diambil menjadi tujuan tersebut adalah sasaran nomor 3 yaitu " **Menurunnya angka kesakitan"** yang berhubungan erat dengan fungsi RS sebagai penyelenggara pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan Kesehatan kepada masyarakat yang mengalami kesakitan.

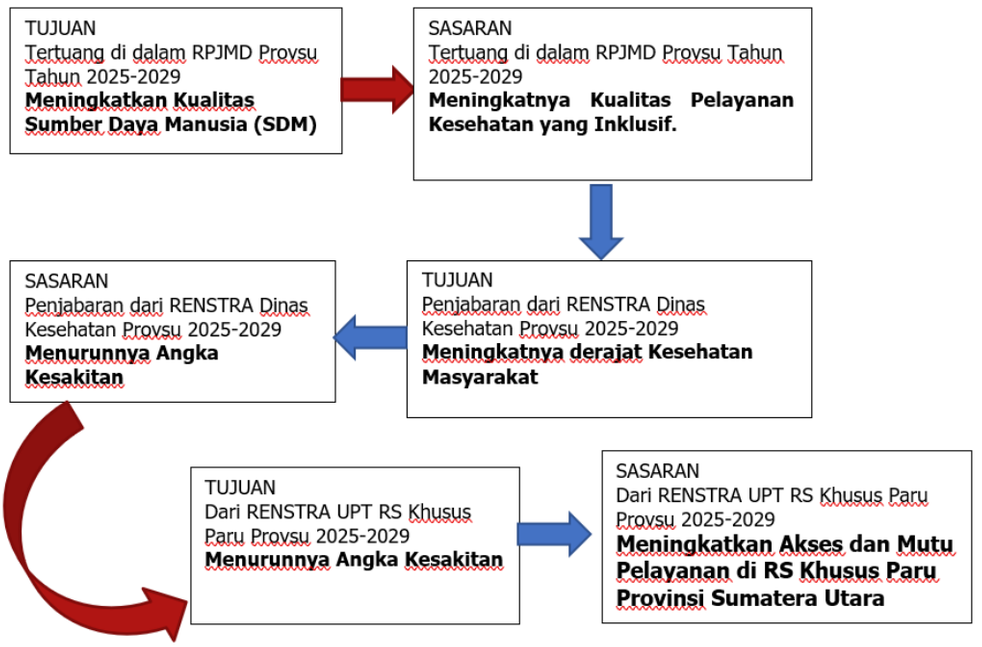
3.4. Visi Misi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

Visi "UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara Sebagai pusat Pelayanan Kesehatan Paru yang Unggul dan Berkelanjutan".

Misi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara adalah sebagai berikut:

a. Mewujudkan pelayanan kesehatan paru dan pernafasan sub spesialistik secara paripurna, bermutu, terjangkau dan berkelanjutan.
b. Menyelenggarakan upaya rujukan kesehatan paru dan pernafasan sub spesialistik
c. Meningkatkan pelayanan unggulan secara komprehensif
d. Meningkatkan kualitas dan kuantitas daya dukung (tata kelola, sarana prasarana dan SDM)
e. Menyelenggarakan pendidikan,pelatihan dan penelitian dibidang kesehatan paru
f. Menyelenggarakan pelayanan kemitraan

Kerangka Keterkaitan Sasaran RPJMD dengan Tujuan Renstra Dinas Kesehatan dan UPT RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025 – 2029.



,

BAB IV. Rencana Program dan Kegiatan

4.1 Tujuan dan Sasaran UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara.

a. Tujuan Rumah Sakait Khusus Paru adalah Menurunkan angka kesakitan di Rumah Sakit Khusus Paru secara komprehensif dengan melibatkan berbagai strategi terutama berfokus pada peningkatan mutu pelayanan dan keselaatan pasien.

b. Sasaran Rumah Sakit Khusus Paru adalah Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rumah sakit yang berfokus pada pelatihan staf, optimalisasi proses dan teknologi, serta peningkatan komunikasi dan keterlibatan pasien.

4.2 Strategi dan arah kebijakan

Tabel 4.2.1 Strategi dan arah kebijakan

Bidang	Strategi	Arah Kebijakan
1. Bidang Pelayanan	1. Meningkatkan mutu layanan medis dan keperawatan paru secara komprehensif, terstandar, dan berkesinambungan. 2. Memperluas akses layanan kesehatan paru melalui sistem rujukan dan jejaring layanan.	1. Mengimplementasikan Clinical Pathway dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk penyakit paru utama seperti TB, PPOK, asma, dan kanker paru. 2. Mengembangkan layanan rawat jalan, rawat inap, ICU paru, dan rawat isolasi TB RO/SO sesuai standar Kemenkes. 3. Mengoptimalkan program promotif dan preventif seperti deteksi dini, skrining, dan edukasi publik tentang kesehatan paru. 4. Melaksanakan survey kepuasan pasien secara

		berkala sebagai bahan evaluasi mutu pelayanan.
2. Bidang Penunjang Medis dan Non-Medis	1. Memperkuat fungsi laboratorium, radiologi, gizi, farmasi, dan rehabilitasi medik untuk mendukung pelayanan terpadu. 2. Mengembangkan sistem penunjang berbasis teknologi dan mutu. 3. Meningkatkan keamanan dan kenyamanan lingkungan rumah sakit.	1. Meningkatkan kapasitas laboratorium pemeriksaan sputum, GeneXpert, dan spirometri. 2. Memperkuat layanan radiologi digital dan PACS untuk diagnosis cepat dan akurat. 3. Menjamin ketersediaan dan kualitas obat, bahan habis pakai, serta gizi terapeutik sesuai standar. 4. Mengembangkan layanan fisioterapi respirasi dan rehabilitasi paru bagi pasien pasca-TB dan PPOK. 5. Memastikan pengelolaan limbah medis dan non-medis sesuai prinsip K3 dan lingkungan. 6. Meningkatkan pemeliharaan sarana-prasarana untuk mendukung keselamatan pasien dan efisiensi pelayanan.
3. Bidang Administrasi, Manajemen, dan Tata Kelola	1. Meningkatkan tata kelola rumah sakit yang transparan, akuntabel, dan berorientasi mutu. 2. Mengoptimalkan pengelolaan SDM,	1. Menerapkan Good Hospital Governance (GHG) berbasis prinsip akuntabilitas dan efektivitas. 2. Melakukan pengembangan SDM melalui pelatihan,

	keuangan, dan sistem informasi rumah sakit. 3. Mendorong peningkatan akreditasi dan kinerja organisasi.	sertifikasi, dan evaluasi kinerja berbasis kompetensi. 3. Memanfaatkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk mendukung integrasi data layanan dan keuangan. 4. Melaksanakan audit internal dan mutu klinis secara berkala untuk perbaikan berkelanjutan. 5. Mengembangkan mekanisme reward and punishment untuk meningkatkan disiplin dan produktivitas pegawai. 6. Menyusun dan melaksanakan perencanaan strategis berbasis data (IKM, BOR, Success Rate, LOS) sebagai dasar pengambilan keputusan. 7. Menjaga kepatuhan terhadap regulasi dan akreditasi sebagai bentuk peningkatan mutu dan kepercayaan publik.

4.3 Indikator dan Target Kinerja Pelayanan UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

a. Indeks Kepuasan Masyarakat

Tabel 4.3.1 Indeks Kepuasan Masyarakat

NO	Indikator Kinerja	Satuan	Target Indikator					
			2025	2026	2027	2028	2029	2030
1	Indek kepuasan Masyarakat (IKM) terhadap pelayanan sesuai standar UPT RS Khusus Paru	Persentase IKM	92,43%	93,35%	94,27%	95,19%	96,11%	97,03%

4.4 Rencana Layanan yang Akan Dikembangkan

Tabel 4.4.1 Rencana Layanan yang Akan Dikembangkan

Periode	Fokus Pengembangan	Program / Kegiatan Utama
Jangka Pendek (2025–2026)	**1. Peningkatan Mutu dan Akses Pelayanan Dasar Paru**	- Optimalisasi pelayanan rawat jalan dan rawat inap paru (TB Sensitif, TB RO, PPOK, Asma, Pneumonia) - Penguatan Klinik Berhenti Merokok dan Klinik Rehabilitasi Paru Dasar - Penataan alur pelayanan dan sistem triase khusus paru - Pemenuhan standar Akreditasi Rumah Sakit Paripurna (SNARS) - Peningkatan kompetensi SDM melalui pelatihan, workshop, dan sertifikasi bidang paru, keperawatan, dan fisioterapi respirasi
Jangka Menengah (2027–2028)	**2. Pengembangan Layanan Spesialistik dan Penunjang Diagnostik**	- Pengembangan Unit Rawat Intensif Paru (RIP) dan High Care Unit (HCU) - Pengadaan dan optimalisasi CT-Scan Thorax dan sistem PACS Radiologi Digital- Penguatan Laboratorium TB Molekuler (GeneXpert, Kultur, DST) - Pengembangan Klinik Subspesialis Pulmonologi

		(Onkologi Paru, Sleep Apnea, Pulmonologi Intervensi) - Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) dan integrasi data dengan platform SATUSEHAT Kemenkes - Penguatan layanan Telekonsultasi dan Tele-Rehabilitasi Paru
Jangka Panjang (2029 dan seterusnya)	**3. Penguatan Layanan Unggulan dan Pusat Rujukan Regional Paru**	- Pembentukan Pusat Layanan TB Resisten Obat (MDR/XDR TB Center) terintegrasi dengan jejaring Dinas Kesehatan - Pengembangan Pusat Rehabilitasi Paru Komprehensif (Integrated Pulmonary Rehabilitation Center) dengan fisioterapi, psikososial, dan nutrisi - Pengembangan Pusat Penelitian dan Pendidikan Penyakit Paru dan Lingkungan (kerja sama universitas dan lembaga riset) - Implementasi Green & Smart Hospital berbasis efisiensi energi dan digitalisasi total - Persiapan menuju rumah sakit pendidikan dan riset unggulan bidang paru di tingkat regional/nasional

BAB V RENCANA STRATEGIS

Dalam rangka pencapaian visi dan misi Kepala Daerah Terpilih, diperlukan Rencana strategis berupa program, kegiatan, kelompok sasaran dan pendanaan sehingga dinamika pembangunan tetap terarah menuju visi dan misi yang diharapkan.

Program, kegiatan, dan sub kegiatan pada Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara ditujukan untuk mendukung pencapaian Visi dan Misi pembangunan jangka menengah, Program Hasil Terbaik Cepat (Quick Win) dan Program Strategis Daerah Provinsi Sumatera Utara serta PHTC Nasional dan Program Prioritas Nasional maupun untuk pemenuhan layanan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah bidang kesehatan.

Berdasarkan Visi dan Misi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025 – 2029, serta tujuan, sasaran, dan strategi yang mendukung tercapainya Visi dan Misi tersebut serta program-program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025–2030. Untuk itu, Program yang dilaksanakan UPTD Rumah Sakit Khusus Paru adalah sebagai berikut :

1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat;
2. Program Peningkatan Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi.
3. Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Dengan demikian dapat dimaknai bahwa rencana program, kegiatan, kelompok sasaran dan pendanaan menjembatani visi dan misi dengan realitas yang ada. Sebagai perwujudan dari beberapa kebijakan dan strategi dalam rangka mencapai setiap tujuan dan

sasaran strateginya, maka langkah operasionalnya harus dituangkan ke dalam program dan kegiatan indikatif yang mengikuti ketentuan peraturan perundangundangan yang berlaku dengan mempertimbangkan tugas dan fungsi UPTD Rumah Sakit Khusus Paru.

5.1 RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN

Adapun Program dan kegiatan yang akan diselenggarakan oleh UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Tahun 2025 - 2029 adalah sebagai berikut :

5.1.1 Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Provinsi

1. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah

a. Penyedian Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN

2. Administrasi Umum Perangkat Daerah

a. Penyedian Komponen Instalasi Listrik / Penerangan Bangunan Kantor

b. Penyedian Peralatan dan Perlengkapan Kantor

c. Penyediaan Peralatan Rumah Tangga

d. Penyediaan Barang Cetakan dan Penggandaan

e. Penyediaan Bahan Bacaan dan Peraturan Perundang- undangan.

f. Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD

3. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Perangkat Daerah

a. Penyediaan Jasa Surat Menyurat

b. Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik

c. Penyediaan Jasa Umum Kantor

4. Pemeliharaan Barang Milik Daerah

Penunjang Urusan Perangkat Daerah Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang

a. Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya

b. Penyedian Jasa Pemeliharaan dan Pajak Kenderaan Perorangan Dinas Jabatan.

c. Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan, Pajak dan Perizinan Kenderaan Dinas Operasional atau Lapangan.

5. Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Perangkat Daerah.

a. Pengadaan Kenderaan Dinas Operasional / Lapangan

b. Pengadaan Peralatan dan Mesin lainnya

c. Pengadaan Mebel

5.1.2 Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat

1. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi

a. Pengembangan Rumah Sakit

b. Pengembangan Fasilitas Kesehatan Lainnya

c. Pengembangan Rumah Dinas Tenaga Kesehatan

d. Pengembangan Pendekatan Pelayanan Kesehatan di DTPK (Pelayanan Kesehatan Bergerak, Gugus Pulau, Pelayanan Kesehatan Berbasis Telemedicine, dll)

e. Rehabilitasi dan Pemeliharaan Fasilitas Kesehatan Lainnya

f. Rehabilitasi dan Pemeliharaan Rumah Sakit

g. Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan

h. Pemeliharaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan

2. Penyediaan Layanan Kesehatan Untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi

a. Operasional Pelayanan Rumah Sakit

5.1.3 Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan

1. Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKM dan UKP Provinsi
2. Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan
3. Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi
4. Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Tabel 5.1.3.1 Matrik Tujuan, Sasaran, Strategi, Arah Kebijakan dan Program UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025-2029

NO	TUJUAN	SASARAN		BASELINE (JANUARI S/D OKTOBER 2025)	TARGET					STRATEGI	ARAH KEBIJAKAN	PROGRAM
		Uraian	Indikator		TAHUN 2025	TAHUN 2026	TAHUN 2027	TAHUN 2028	TAHUN 2029			
1	Menurunnya Angka Kesakitan	Meningkatkan Akses dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit	1. Indeks Kepuasan Masyarakat	85,45%	92,25	93,35	94,27	95,19	96,11	1. Meningkatkan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan	1. Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan	1. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi
										2. Meningkatkan Efisiensi Alur Pelayanan Pasien	2. Peningkatan Efisiensi Alur Pelayanan Pasien	2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya

											Kesehatan Masyarakat
									3. Meningkatkan Sarana dan Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA)	3. Peningkatan Sarana dan Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA)	3. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan
			2. Bed Occuppancy Rate (BOR)	2,49%	3%	10%	20%	40%	60%	1. Menguatkan Sistem Rujukan FKTP dan FKTL	1. Penguatan Sistem Rujukan FKTP dan FKTL	2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat
									2. Meningkatkan Kerjasama dan Kemitraan	2. Peningkatan Kerjasama dan Kemitraan	1. Program Penunjang Urusan

									3. Meningkatkan Promosi Layanan Unggulan	3. Peningkatan Promosi Layanan Unggulan	Pemerintahan Daerah Provinsi
			3. Angka Keberhasilan Pengobatan TB (Succes TB Rate)	83%	85%	85%	85%	90%	90%	1. Mengoptimalisasi Kepatuhan Prngobatan TB SO dengan Strategi DOTS	1. Pengoptimallisasi Kepatuhan Pengobatan TB SO dengan Strategi DOTS	1. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi
										2. Menguatkan Koordinasi dengan puskesmas jejaring untuk case fainding (penemuan kasus) dan contact tracing (pelacakan kontak)	2. Penguatan Koordinasi dengan puskesmas jejaring untuk case fainding (penemuan kasus) dan contact tracing (pelacakan kontak)	2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat

Tabel 5.1.3.2 Matrik Visi Misi Program Kegiatan Output dan Outcome UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025-2029

Visi	Misi	Program	Kegiatan	Sub Kegiatan	Indikator	Output	Outcome
Menjadi Rumah Sakit Khusus Paru Unggulan dan Bermartabat	1. Mewujudkan pelayanan kesehatan paru dan pernafasan sub spesialistik secara paripurna, bermutu, terjangkau dan berkelanjutan.	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Persentasi Pemenuhan Alat Kesehatn	Pemenuhan Jumlah dan Jenis Alat Kesehatan Sesuai Standar	1. Peningkatan Keselamatan Pasien dan Petugas, 2.Peningkatan Kualitas Hasil Klinis dan Keberhasilan Tindakan Medis, 3. Kepuasan Stakeholders (Pasien dan Staf), 4.Peningkatan Kepatuhan dan Standar Akreditasi,
				Rehabilitasi dan Pemeliharaan Rumah Sakit	1 Pemenuhan Standar Ruang dan Lingkungan	1. Terwujudnya Bangunan dan Fasilitas Fisik sesuai dengan fungsinya	
					2. Ketersedian Fasilitas dan Keselamatan	Pemenuhan Fasilitas dan Keselamatan	

						Pasien dan Petugas	5. Pemenuhan Standar Pelayanan Rumah Sakit
					3. Persentasi Kepuasan Staf / Pengguna Sarana	Peningkatan Kepuasan Staf / Pengguna Sarana	
				Rehabilitasi dan Pemeliharaan Fasilitas Kesehatan Lainnya	1. Pemenuhan Sarana dan Prasarana Andal dna Berfungsi	Terwujudnya Sarana dan Prasarana yang Andal dan Berfungsi dengan Baik	
					2. Peningkatan Keamanan dan Kenyamanan	Pemenuhan Fasilitas dan Keselamatan Pasien dan Petugas	
					3. Persentasi Kepuasan Staf / Pengguna Sarana	Peningkatan Kepuasan Staf / Pengguna Sarana	

	2.Menyelenggarakan upaya rujuka kesehatan paru dan pernafasan sub spesialistik			Pengembangan Rumah Sakit	1. Tingkat Nilai (kapasitas) SDM	1. Peningkatan Kapasita SDM	
					2. Jumalah Layanan Unggulan / Spesialisasi Baru yang dibuka dan dikembangkan	2. Layanan Unggulan / Spesialisasi Baru	
					3. Persentasi Penerapan Sistem Infomasi Rumah Sakit Ketersedia Data Segera)	3. Pengembangan Sistem Manajemen (SIMRS)	
					4. Status Akreditasi Rumah Sakit (Paripurna dan Utama)	4. Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit (Paripurna)	

			Penyediaan Layanan Kesehatan Untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Operasional Pelayanan Rumah Sakit	1. Persentasi Pemanfaatan dan Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit (BOR, Jumlah Kunjungan)	Persentasi Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah	1. Peningkatan Status Kesehatan Pasien, 2. Peningkatan Efisiensi dan Produktifitas sumberdaya rumah sakit, 3.Peningkatan Kesehatan Finansial Rumah Sakit (Peningkatan Pendapatan)
					2. Rasio Pasien dan Tenaga Kesehatan 9Dokter/Perawat)		
	3. Meningkatkan pelayanan unggulan secara komprehensif		Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Untuk UKP	Pemeliharaan Alat Kesehatan/AlatPenunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Persentase alat kesehatan yang menjalani pemeliharaan preventif sesuai jadwal	Tersusunnya jadwal pemeliharaan preventif dan catatan pelaksanaan	1. Ketersediaan alat kesehatan yang andal dan siap pakai meningkat
							2. Keselamatan pasien dan

			Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi				tenaga kesehatan meningkat.
				Pengembangan Pendekatan Pelayanan Kesehatan di DTPK	Jumlah masyarakat di DTPK yang terlayani	Tersedianya Dukungan Logistik, Obat dan Alat Kesehatan di Fasilitas Pelayanan DPTK	1. Meningkatnya akses masyarakat di DTPK terhadap pelayanan kesehatan dasar yang bermutu.
				Pemeliharaan Alat Kesehatan/AlatPenunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Persentase alat kesehatan yang mendapat pemeliharaan rutin sesuai jadwal.	Terpeliharanya Alat Kesehatan penunjang medik fasilitas layanan Kesehatan sesuai standar	Meningkatnya ketersediaan, keandalan, dan keamanan alat kesehatan untuk mendukung pelayanan medis yang berkualitas.
				Pengembangan Rumah Sakit	1. Tingkat Nilai (kapasitas) SDM	1. Peningkatan Kapasita SDM	1. Peningkatan Keselamatan

					2. Jumalah Layanan Unggulan / Spesialisasi Baru yang dibuka dan dikembangkan	2. Layanan Unggulan / Spesialisasi Baru	Pasien dan Petugas, 2.Peningkatan Kualitas Hasil Klinis dan Keberhasilan Tindakan Medis, 3. Kepuasan Stakeholders (Pasien dan Staf), 4.Peningkatan Kepatuhan dan Standar Akreditasi, 5. Pemenuhan Standar Pelayanan Rumah Sakit,
					3. Persentasi Penerapan Sistem Infomasi Rumah Sakit Ketersedia Data Segera)	3. Pengembangan Sistem Manajemen (SIMRS)	
					4. Status Akreditasi Rumah Sakit (Paripurna dan Utama)	4. Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit (Paripurna)	
	4. Meningkatkan kualitas dan kuantitas daya dukung (tata kelola, sarana	1. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya	1. Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk	Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan	Persentase tenaga kesehatan yang memenuhi standar kompetensi	Tenaga kesehatan tersertifikasi sesuai standar	Terwujudnya SDM kesehatan yang berkualitas dan siap menghadapi

	prasarana dan SDM)	Manusia Kesehatan	UKM dan UKP Provinsi		sesuai jabatan fungsional	kompetensi dan kualifikasi.	tantangan sistem kesehatan nasional.
		2. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi	1. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Persentase ASN yang memperoleh dukungan administrasi sesuai kebutuhan tugas	Tersedianya dokumen dan Laporan Pelaksanaan Administrasi ASN	Peningkatan Kinerja ASN karena adanya dukungan administrasi yang cepat, tepat, dan akurat.
			2. Administrasi Umum Perangkat Daerah	Penyediaan Komponen Instalasi Listrik/ Penerangan Bangunan Kantor	Persentase pemenuhan kebutuhan komponen instalasi listrik dan penerangan di seluruh ruangan kantor	Sistem instalasi listrik dan penerangan kantor terpasang/terper baiki sesuai standar teknis	Kenyamanan dan produktivitas kerja pegawai meningkat karena penerangan dan kelistrikan yang memadai.
				Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor	Persentase ketersediaan peralatan dan perlengkapan	Tersedianya peralatan dan perlengkapan kantor sesuai	Meningkatnya kualitas pelayanan administrasi dan

					kantor sesuai standar kebutuhan	standar kebutuhan unit pelayanan.	manajemen rumah sakit.
				Penyediaan Peralatan Rumah Tangga	Persentase ketersediaan peralatan rumah tangga sesuai standar kebutuhan	Tersedianya peralatan rumah tangga sesuai standar kebutuhan unit pelayanan.	Meningkatnya kenyamanan dan kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit.
				Penyediaan Barang Cetakan dan Penggandaan	Persentase kesesuaian hasil cetakan dengan spesifikasi yang ditetapkan	Tersedianya barang cetakan dan hasil penggandaan yang dibutuhkan oleh seluruh unit kerja di rumah sakit.	Meningkatnya efisiensi dan kelancaran administrasi serta pelayanan di seluruh unit rumah sakit.
				Penyediaan Bahan Bacaan dan Peraturan Perundang-undangan	Jumlah bahan bacaan dan dokumen peraturan yang disediakan/diper	Tersedianya bahan bacaan (buku, jurnal, majalah ilmiah) dan dokumen	Meningkatnya pengetahuan, kompetensi, dan kepatuhan pegawai rumah

					barui dalam satu tahun	peraturan perundang-undangan terkini di rumah sakit.	sakit terhadap regulasi dan perkembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
				Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Jumlah rapat koordinasi dan konsultasi yang dilaksanakan.	Terselenggaranya kegiatan rapat koordinasi dan konsultasi SKPD secara efektif dan tepat waktu.	Meningkatnya koordinasi, sinkronisasi, dan efektivitas pelaksanaan program/kegiatan antar SKPD.
			Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Pengadaan Mebel	Jumlah unit mebel yang berhasil diadakan sesuai spesifikasi dan kebutuhan.	Mebel dan perabot rumah sakit tersedia sesuai kebutuhan dan standar pelayanan	Meningkatnya kenyamanan, efisiensi kerja, dan mutu pelayanan di lingkungan rumah sakit akibat tersedianya

							mebel yang memadai.
				Pengadaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Jumlah unit peralatan dan mesin yang berhasil diadakan sesuai rencana kebutuhan barang milik negara (RKBMN) atau daftar permintaan unit kerja.	Tersedianya peralatan dan mesin (non-medis maupun pendukung teknis) yang dibutuhkan untuk menunjang kegiatan operasional rumah sakit.	Meningkatnya efektivitas dan efisiensi operasional rumah sakit melalui tersedianya peralatan dan mesin yang memadai dan berfungsi optimal.
			Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Penyediaan Jasa Surat Menyurat	Persentase surat/dokumen yang tersampaikan tepat waktu ke tujuan.	Terselenggaranya layanan pengelolaan surat masuk, surat keluar, dan distribusi dokumen	Meningkatnya efektivitas komunikasi, ketertiban administrasi, dan kecepatan layanan surat-

						internal/eksterna l rumah sakit dengan tertib dan tepat waktu.	menyurat di lingkungan rumah sakit.
				Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumberdaya Air dan Listrik	Persentase ketersediaan layanan komunikasi (telepon, internet), air dan listrik yang berfungsi baik.	Terpenuhinya kebutuhan jasa komunikasi (telepon, internet), sumber daya air, dan listrik untuk mendukung operasional rumah sakit.	Meningkatnya efektivitas, efisiensi, dan kontinuitas pelayanan rumah sakit karena tersedianya fasilitas komunikasi, air, dan listrik yang andal.
				Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor	Persentase ketersediaan tenaga kebersihan, keamanan, pemeliharaan	Terselenggaranya jasa pelayanan umum kantor yang meliputi kebersihan, keamanan,	Meningkatnya kenyamanan, keamanan, dan efisiensi lingkungan kerja serta mutu

					fasilitas, dan dukungan operasional perkantoran lainnya sesuai kebutuhan.	pemeliharaan fasilitas, dan dukungan operasional perkantoran lainnya.	pelayanan di rumah sakit melalui dukungan jasa pelayanan umum yang optimal.
			Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan dan Pajak Kenderaan Perorangan Dinas atau Kenderaan Dinas Jabatan	Jumlah kendaraan yang mendapat pemeliharaan rutin dan/atau perbaikan sesuai jadwal.	Kendaraan dinas dan/atau kendaraan perorangan dinas terawat dengan baik dan pajak kendaraan dibayarkan tepat waktu.	Meningkatnya ketersediaan, keamanan, dan keandalan kendaraan dinas untuk mendukung kegiatan operasional rumah sakit.
				Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan, Pajak dan Perizinan	Jumlah kendaraan yang mendapat pemeliharaan rutin dan/atau	Kendaraan dinas operasional/lapangan terpelihara dengan baik, siap digunakan, dan dokumen	Meningkatnya ketersediaan, keamanan, dan keandalan kendaraan dinas operasional/lapa

				Kenderaan Dinas Operasional atau Lapangan	perbaikan sesuai jadwal.	legalitas (pajak, perizinan) lengkap dan valid.	ngan untuk mendukung kegiatan rumah sakit.
				Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Persentase peralatan dan mesin yang mendapat pemeliharaan rutin sesuai jadwal.	Peralatan dan mesin di rumah sakit terawat dan berfungsi sesuai standar operasional.	Meningkatnya ketersediaan, keandalan, dan keamanan peralatan/mesin untuk mendukung pelayanan medis dan operasional rumah sakit.
	5. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian dibidang kesehatan paru	1. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi	1. Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	Pelatihan dan Pendidikan Pegawai Berdasarkan Tugas dan Fungsi	Persentase pegawai yang mengikuti pelatihan sesuai tugas dan fungsi	Terlaksananya peningkatan kompetensi dan kualifikasi sumber daya manusia kesehatan	Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan

Tabel 5.1.3.3 Rencana Program/Kegiatan/Subkegiatan dan Pendanaan UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025-2029

PROGRAM DAN KEGIATAN	BASELINE			TARGET CAPAIAN				SUMBER DANA
	APBD 2024 (Rp)	(%)	TAHUN 2025	TAHUN 2026	TAHUN 2027	TAHUN 2028	TAHUN 2029	
UPTD RUMAH SAKIT KHUSUS PARU	**39.211.738.553**	**95,53**	**14.221.149.085**	**17.532.846.370**	**35.700.445.843**	**39.630.379.387**	**54.902.225.308**	**APBD**
Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi	**2.863.381.261**	**98,19**	**4.089.560.373**	**4.223.003.386**	**4.958.450.191**	**4.761.021.196**	**5.207.005.469**	**APBD**
Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	**86.950.000**	**98,19**	**86.880.000**	**86.880.000**	**99.912.000**	**114.898.800**	**132.133.620**	**APBD**
Penyediaan Administrasi	86.950.000	98,27	86.880.000	86.880.000	99.912.000	114.898.800	132.133.620	APBD

Pelaksanaan Tugas ASN								
Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	**42.200.000**	**100,00**	**160.000.000**	**133.000.000**	**152.950.000**	**175.892.500**	**202.276.375**	**APBD**
Pelatihan dan Pendidikan Pegawai Berdasarkan Tugas dan Fungsi	42.200.000	100,00	160.000.000	133.000.000	152.950.000	175.892.500	202.276.375	APBD
Administrasi Umum Perangkat Daerah	**552.047.169**	**91,27**	**564.545.528**	**694.277.430**	**797.940.059**	**884.893.203**	**981.664.808**	**APBD**
Penyediaan Komponen Instalasi Listrik/ Penerangan	62.686.298	96,44	61.361.434	75.019.805	86.272.776	99.213.692	114.095.746	APBD

Bangunan Kantor								
Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor	78.796.619	86,94	78.795.248	100.050.316	115.057.863	126.563.650	139.220.015	APBD
Penyediaan Peralatan Rumah Tangga	155.473.932	92,91	170.637.766	297.956.979	342.650.526	376.915.578	414.607.136	APBD
Penyediaan Barang Cetakan dan Penggandaan	189.144.080	87,81	187.843.080	162.765.330	187.193.894	205.913.283	226.504.611	APBD
Penyediaan Bahan Bacaan dan Peraturan Perundang-undangan	3.270.240	-	3.240.000	3.285.000	3.285.000	3.285.000	3.285.000	APBD
Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan	62.676.000	99,68	62.668.000	55.200.000	63.480.000	73.002.000	83.952.300	APBD

Konsultasi SKPD								
Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	**251.565.792**	**94,34**	**1.062.245.545**	**1.185.609.076**	**1.530.826.332**	**1.178.478.343**	**1.402.948.306**	**APBD**
Pengadaan Mebel	200.827.293	99,84	116.206.712	338.862.168	389.691.493	428.660.643	471.526.707	APBD
Pengadaan Peralatan dan Mesin Lainnya	50.738.499	89,71	946.038.833	846.746.908	1.141.134.839	749.817.700	931.421.599	APBD
Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	**1.681.438.300**	**96,69**	**1.654.359.300**	**1.495.056.880**	**1.665.572.800**	**1.644.459.300**	**1.651.359.300**	**APBD**
Penyediaan Jasa Surat Menyurat	1.200.000	100,00	1.200.000	3.000.000	6.000.000	6.900.000	13.800.000	APBD

Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumberdaya Air dan Listrik	647.415.500	92,37	604.736.500	545.000.000	626.750.000	604.736.500	604.736.500	APBD
Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor	1.032.822.800	99,34	1.048.422.800	947.056.880	1.032.822.800	1.032.822.800	1.032.822.800	APBD
Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	**249.180.000**	**96,02**	**561.530.000**	**628.180.000**	**711.249.000**	**762.399.050**	**836.623.060**	**APBD**
Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan dan Pajak Kenderaan Perorangan Dinas atau	33.470.000	99,37	36.820.000	36.820.000	42.343.000	48.694.450	73.640.000	APBD

Kenderaan Dinas Jabatan								
Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan, Pajak dan Perizinan Kenderaan Dinas Operasional atau Lapangan	100.410.000	99,38	110.460.000	184.100.000	220.920.000	220.920.000	220.920.000	APBD
Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya	115.300.000	91,53	414.250.000	407.260.000	447.986.000	492.784.600	542.063.060	APBD
Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya	**35.122.490.236**	**93,91**	**8.845.822.716**	**12.024.076.988**	**28.969.326.009**	**32.816.139.304**	**47.433.396.783**	**APBD**

Kesehatan Masyarakat								
Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	**32.417.248.830**	**94,23**	**1.826.853.372**	**7.367.762.216**	**22.919.326.009**	**26.161.139.304**	**40.112.896.783**	**APBD**
Pengembangan Pendekatan Pelayanan Kesehatan di DTPK (Pelayanan Kesehatan Bergerak, Gugus Pulau,	105.958.050	-	71.983.372	82.780.878	95.198.009	109.477.711	125.899.368	APBD

Pelayanan Kesehatan Berbasis *Telemedicine*, dll)								
Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	12.626.250.960	91,53		4.032.777.338	20.937.258.000	24.132.591.593	38.032.507.416	APBD
Rehabilitasi dan Pemeliharaan Fasilitas Kesehatan Lainnya			1.564.870.000	2.972.204.000	1.564.870.000	1.564.870.000	1.564.870.000	APBD
Rehabilitasi dan Pemeliharaan Rumah Sakit	9.224.059.820	97,87						APBD
Pemeliharaan Alat Kesehatan/Alat	190.000.000	52,98	190.000.000	280.000.000	322.000.000	354.200.000	389.620.000	APBD

Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan								
Pengembangan Rumah Sakit	10.270.980.000	95,97						APBD
Penyediaan Layanan Kesehatan Untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	**2.705.241.406**	**90,53**	**7.018.969.344**	**4.656.314.772**	**6.050.000.000**	**6.655.000.000**	**7.320.500.000**	**APBD**
Operasional Pelayanan Rumah Sakit	2.705.241.406	90,53	7.018.969.344	4.656.314.772	6.050.000.000	**6.655.000.000**	7.320.500.000	APBD
Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya	**1.225.867.056**	**95,99**	**1.285.765.996**	**1.285.765.996**	**1.772.669.643**	**2.053.218.887**	**2.261.823.056**	**APBD**

Manusia Kesehatan								
Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKM dan UKP Provinsi	**1.225.867.056**	**95,99**	**1.285.765.996**	**1.285.765.996**	**1.772.669.643**	**2.053.218.887**	**2.261.823.056**	**APBD**
Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan	1.225.867.056	95,99	1.285.765.996	1.285.765.996	1.772.669.643	2.053.218.887	2.261.823.056	APBD

5.3 PENANGGUNGJAWAB PROGRAM

Penanggungjawab Program adalah orang yang akan bertanggungjawab pada pelaksanaan program kegiatan dan pendanaan. Rincian Penanggungjawab program disetiap kegiatan adalah Direktur UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

5.3 PROSEDUR PELAKSANAAN PROGRAM

Prosedur Pelaksanaan Program merupakan suatu pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja berdasarkan indikator- indikator teknis, administratif, dan prosedural sesuai tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan. Untuk setiap kegiatan, prosedur pelaksanaan program dilampirkan dalam dokumen lain namun tidak terpisahkan dari rencana strategis UPTD Rumah Sakit Khusus Paru.

5.4 RENCANA KEUANGAN

Rencana Keuangan merupakan rencana atau acuan keuangan dalam mengembangkan pelayanan di UPTD Rumah Sakit Khusus Paru periode Tahun 2025–2029. Untuk rencana keuangan dilampirkan dalam dokumen lain namun tidak terpisahkan dari rencana strategis UPTD RS Khusus Paru.

BAB VI

PENUTUP

Rencana Strategis pada UPTD RS Khusus Paru yang menerapkan Badan Layanan Umum Daerah digunakan sebagai acuan dalam melakukan pelayanan kesehatan di UPTD RS Khusus Paru. Penerapan BLUD pada UPTD RS Khusus Paru diharapkan dapat meningkatkan kinerja layanan dengan didukung adanya fleksibilitas pengelolaan anggaran.

Terlaksananya Rencana Strategis perlu mendapat dukungan dan partisipasi pengelola UPTD RS Khusus Paru serta perhatian dan dukungan Pemerintah Daerah baik bersifat materiil, administratif maupun politis.

Rencana strategis BLUD merupakan rencana lima tahunan UPTD RS Khusus Paru. Rencana strategis akan diuraikan dalam dokumen Rencana Bisnis Anggaran BLUD dan digunakan oleh UPTD RS Khusus Paru di dalam melaksanakan pelayanan kesehatan sebagai upaya mencapai target kinerja pelayanan dan manajemen UPTD RS Khusus Paru yang berkualitas.

GUBERNUR SUMATERA UTARA,

ttd

MUHAMMAD BOBBY AFIF NASUTION

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

APRILLA H. SIREGAR
NIP. 19690421 199003 2 003

LAMPIRAN

TABEL RENCANA ANGGARAN BELANJA 5 TAHUN UPTD RUMAH SAKIT KHUSUS PARU

No	UNIT PELAYANAN SESUAI SPM	TARGET ANGGARAN					Total Biaya
		TAHUN 2025	TAHUN 2026	TAHUN 2027	TAHUN 2028	TAHUN 2029	
A	**Sesuai Standar Pelayanan Minimal**						
1	Gawat Darurat	357.193.209	141.393.150	557.193.209	141.393.150	180.158.616	1.377.331.333
2	Rawat Jalan	107.864.775	207.447.875	307.447.875	199.577.000	527.812.592	1.350.150.117
3	Rawat Inap	1.142.887.516	1.645.882.016	645.882.016	563.886.007	573.121.083	4.571.658.638
4	Bedah	857.698.600	1.257.698.600	2.856.582.500	1.423.500.000	1.039.500.000	7.434.979.700
5	Persalinan dan Perinatologi	-	660.740.000	765.400.000	716.540.000	1.725.500.000	3.868.180.000

6	Intensif	5.130.999.707	1.954.550.531	1.860.999.707	954.550.531	1.231.385.560	11.132.486.036
7	Radiologi	291.611.000	1.380.000.000	46.498.500.000	7.173.000.000	3.200.000.000	58.543.111.000
8	Laboratorium	1.723.017.171	5.213.578.068	5.055.500.000	4.690.000.000	5.140.000.000	21.822.095.239
9	Rehabilitasi Medik	43.050.000	212.957.979	1.978.165.577	2.140.000.000	1.025.590.000	5.399.763.556
10	Farmasi	1.390.140.300	3.166.950.000	5.636.950.000	5.636.950.000	5.636.950.000	21.467.940.300
11	Gizi	258.154.000	614.620.000	1.254.800.000	792.800.000	867.800.000	3.788.174.000
12	Tranfusi Darah	-	821.000.000	646.200.000	527.000.000	455.600.000	2.449.800.000
13	Keluarga Miskin	-	-	-	-	-	-
14	Rekam Medis	227.240.621	224.107.400	227.240.621	224.107.400	132.973.350	1.035.669.392
15	Pengelolaan Limbah	79.591.396	79.591.396	3.393.300.000	524.114.000	396.114.000	4.472.710.792

	(Kesehatan Lingkungan)						
16	Administrasi dan Manajemen	2.555.180.713	3.995.180.713	3.746.273.210	3.104.481.084	2.934.953.630	16.336.069.350
17	Ambulan / Kereta Jenazah	100.000.000	303.500.000	305.500.000	290.500.000	290.500.000	1.290.000.000
18	Pemusaran Jenazah	93.100.000	93.100.000	93.100.000	93.100.000	393.400.000	765.800.000
19	Laundry	179.000.000	700.000.000	1.525.174.900	321.300.000	336.706.000	3.062.180.900
20	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1.564.870.000	2.455.945.000	7.070.645.000	1.564.870.000	1.564.870.000	14.221.200.000
21	Pencegahan Pengendalian Penyakit	256.286.400	267.292.400	256.286.400	267.292.400	249.158.600	1.296.316.200
B	**Unit Pendukung Lainnya**						

1	Elektromedis	150.000.000	486.980.000	503.600.000	503.600.000	503.600.000	2.147.780.000
2	SIMRS	252.399.000	252.399.000	252.399.000	252.399.000	252.399.000	1.261.995.000
3	CSSD	700.000.000	1.026.700.000	2.126.700.000	100.000.000	3.106.768.923	7.060.168.923
4	Gas Medis	518.500.000	1.718.500.000	77.900.000	2.718.500.000	64.500.000	5.097.900.000
5	K3RS	1.800.000.000	3.025.000.000	3.025.000.000	3.025.000.000	3.025.000.000	13.900.000.000
6	PKRS	51.611.874	51.611.874	51.611.874	51.611.874	51.611.874	258.059.370
7	IPRS	221.735.179	721.735.179	1.152.626.159	1.244.323.714	23.880.000	3.364.300.231
8	Kepegawaian	-	20.000.000	102.139.300	77.184.800	98.552.050	297.876.150
9	Keuangan	-	30.000.000	122.305.045	85.618.125	39.693.080	277.616.250

10	Perencanaan	40.000.000	40.000.000	102.139.300	77.184.800	98.552.050	357.876.150
11	Hubungan Masyarakat (HUMAS)	55.000.000	55.000.000	55.000.000	55.000.000	55.000.000	275.000.000
14	DIKLAT	-	-	32.715.572	14.097.000	79.480.721	126.293.293
TOTAL		**19.789.938.252**	**32.682.068.031**	**91.728.084.056**	**39.412.087.735**	**35.120.972.513**	**218.733.150.586**

LAMPIRAN II
PERATURAN GUBERNUR SUMATERA UTARA
NOMOR 29 TAHUN 2026
TENTANG
POLA TATA KELOLA, RENCANA STRATEGIS DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT KHUSUS PARU

Standar Pelayanan Minimal UPTD Rumah Sakit Khusus Paru

BAB I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Perkembangan pelayanan publik semakin mendapat tekanan dari berbagai pihak, dikalangan masyarakat. berbagai isu semakin merebak dan mencuat ke permukaan. Tuntutan masyarakat semakin tinggi seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan modernisasi bahkan globalisasi saat ini.

Sebagai badan layanan publik, rumah sakit harus memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal dan memuaskan kepada masyarakat sehingga sangat penting untuk diperhatikan bahwa sebuah rumah sakit harus memiliki standar pelayanan agar menjamin kepuasan dan keamanan pasien.

Pemerintah dituntut untuk mencari solusi agar institusi pelayanan publik bisa berkinerja tinggi sesuai dengan tuntutan masyarakat saat ini. Pengelolaan keuangan yang kaku dan tatacara birokratis sudah dirasakan menjadi penghambat

dalam proses pelayanan publik yang dilakukan oleh pemerintah. Tidak tepat waktu, tidak tepat sasaran dan tidak strategis, tidak disiplin, berkinerja buruk bahkan memperlihatkan pendapatan yang buruk pula, merupakan inti permasalahan yang mulai dicarikan solusinya.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaran pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks.

Berkaitan dengan keleluasaan dalam menggunakan pendapatannya, Badan pelayanan Kesehatan UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara merupakan salah satu institusi pemeritah yang memiliki tanggung jawab untuk meningkatkan kinerja pelayanan, kinerja keuangan dan kinerja manfaat bagi masyarakat. Dan kinerja sangat erat kaitannya dengan standar kinerja yang harus ditetapkan secara tepat, yang lambat laun ditargetkan mendekati standar yang dibutuhkan atau yang diinginkan masyarakat pada umumnya secara minimal. Karenanya Standar Pelayanan Minimal (SPM), merupakan perangkat penting agar kinerja tersebut dapat diukur secara baik dan dapat dipertanggung gugatkan kepada masyarakat pengguna secara transparan.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan minimal tentang jenis dan mutu pelayanan dasar, yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Sedangkan Pelayanan Dasar

adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.

SPM lebih berbicara kewajiban ketimbang berbicara untung rugi, sebab sudah merupakan kewajiban utama bahwa pemerintah adalah abdi masyarakat yang memberikan pelayanan dan pengayoman secara menyeluruh kepada masyarakat. Dengan demikian yang perlu dihitung bukanlah keuntungan secara ekonomi akan tetapi bagaimana cost benefit rationya. Artinya sejauhmana biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah baik pusat maupun daerah yang dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi masyarakat.

SPM lebih berbicara kewajiban ketimbang berbicara untung rugi, sebab sudah merupakan kewajiban utama bahwa pemerintah adalah abdi masyarakat yang memberikan pelayanan dan pengayoman secara menyeluruh kepada masyarakat. Dengan demikian yang perlu dihitung bukanlah keuntungan secara ekonomi akan tetapi bagaimana cost benefit rationya. Artinya sejauhmana biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah baik pusat maupun daerah yang dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi masyarakat.

Dengan kalimat lain bahwa SPM dapat dijadikan patokan mutu pelayanan yang relatif dan minimal aman bagi para pelanggan untuk dimanfaatkan, dan relatif dapat meningkatkan persepsi predikat berkelas atau peningkatan brand image di masyarakat.

Disinilah inti permasalahan yang seharusnya dipahami oleh semua pihak, bahwa

berhasil atau tidaknya institusi pelayanan bukanlah hanya diukur dengan keberhasilannya dalam meningkatkan pendapatan, akan tetapi harus pula diukur dengan manfaatnya bagi masyarakat.

B. TUJUAN

Adapun tujuan disusunnya Standar Pelayanan Minimal adalah sebagai berikut :

1. Sebagai pedoman bagi Rumah Sakit dalam penyelenggaraan layanan kepada masyarakat.
2. Terjaminnya hak masyarakat dalam menerima suatu layanan.
3. Dapat digunakan sebagai alat untuk menentukan alokasi anggaran yang dibutuhkan
4. Alat Akuntanbilitas Rumah Sakit dalam penyelenggaraan layanannya.
5. Mendorong terwujudnya checks and balance.

C. PENGERTIAN

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. SPM di UPTD Rumah Sakit Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara menjadi acuan Rumah Sakit dalam mencapai standar kinerja, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan.

Ada 2 (dua) Jenis SPM yaitu SPM Kesehatan dan SPM BLUD:

1. SPM Kesehatan, sebagaimana diatur dalam PERATURAN PEMERINTAH Nomor 2 Tahun

2018, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 adalah :

a. Standar Pelayanan Minimal, yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.
b. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar Warga Negara.
c. Jenis Pelayanan Dasar adaiah jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap Warga Negara secara minimal.
d. Mutu Pelayanan Dasar adalah ukuran kuantitas dan kualitas barang dan/atau jasa kebutuhan dasar serta pemenuhannya secara minimal dalam Pelayanan Dasar sesuai standar teknis agar hidup secara layak.
e. Urusan Pemerintahan Wajib adalah urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh semua Daerah.

SPM BLUD, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 adalah Standar pelayanan minimal memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD, untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan

umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang menerapkan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan. SPM BLUD ditetapkan dengan Peraturan Kepala Daerah.

D. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah;
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Perizinina Berusaha Berbasis Risiko;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 38 tahun 2012 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Unit Pelayanan Publik;
8. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 25 tahun 2012 tentang Pelayanan Publik;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 tahun 2018 Tentang Badan Layanan Umum Daerah;

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
14. Peraturan Gubernur Nomor 9 Tahun 2023 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Gubernur Nomor 2 Tahun 2026 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 9 Tahun 2023 tentang Susunan Organisasi Perangkat;
15. Peraturan Gubernur Nomor 28 Tahun 2023 tentang Tugas, Fungsi, Uraian Tugas dan Tata Kerja Perangkat Daerah Provinsi Sumatera, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Gubernur Nomor 16 Tahun 2026 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 28 Tahun 2023 tentang Tugas, Fungsi, Uraian Tugas dan Tata Kerja Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Utara;

E. PERUBAHAN RENCANA STRATEGIS

SPM BLUD RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara ini akan direvisi apabila terjadi perubahan terhadap peraturan sebagaimana disebutkan di atas, serta disesuaikan dengan tugas, fungsi, tanggung jawab, dan kewenangan organisasi RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara serta perubahan lingkungan.

F. SISTEMATIKA PENYAJIAN

Sistematika penyajian Dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM) UPTD RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara adalah sebagai berikut :

Bab I : PENDAHULUAN

Bab II : STANDAR PELAYANAN MINIMAL.

A. Jenis Pelayanan

B. Prosedur Pelayanan

C. Standar Pelayanan Minimal RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara

Bab III : RENCANA PENCAPAIAN SPM

A. Rencana Kegiatan Pencapaian Kinerja SPM

B. Strategi Fencapaian SPM

Bab IV : SISTEM AKUNTABILITAS KINERJA

Memuat tentang rencana strategis dan penganggaran SPM, monitoring dan pengawasan pelaksanaan SPM serta Pengukuran capaian dan evaluasi kinerja.

Bab V : PENUTUP

Lampiran

G. CARA MENYUSUN DOKUMEN SPM RS KHUSUS PARU PROVINSI SUMATERA UTARA BLUD

1. UPTD RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara mengidentifikasi Jenis Pelayanan yang saat ini telah mampu disediakan bagi semua warga yang berada di wilayah kerja UPTD RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara, atau pengguna UPTD RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara. Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Khusus Paru mempunyai tugas membantu Kepala Dinas Kesehatan dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam urusan pelayanan pengobatan, perawatan dan pemulihan kesehatan paru masyarakat sesuai standar yang ditentukan, pemenuhan standar mutu fasilitas penunjang medik dan keperawatan rumah sakit serta pembinaan, pengendalian, pencegahan dan promosi kesehatan paru masyarakat tingkat Provinsi. Untuk semua jenis pelayanan tersebut agar dituliskan Standar Pelayanan Minimal-nya, yaitu bagaimana setiap pelaksanaan tersebut dilaksanakan.
2. Prinsip penyusunan dan Penetapan SPM sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

   a. Dalam Menyusun SPM Rumah Sakit perlu memperhatikan hal – hal sebagai berikut

      - Fokus mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi BLUD;
      - Terukur merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan;
      - Dapat dicapai merupakan kegiatan

nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai dengan kemampuan dan tingkat pemanfaatannya;

- Relevan dan dapat diandalkan merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLUD;
- Tepat waktu atau kerangka waktu merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan yang telah ditetapkan.

b. Kelengkapan jenis pelayanan sesuai dengan SPM yang diberlakukan di UPTD RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara.

c. Keterkaitan yang kuat antara SPM dengan Renstra Dinas Kesehatan dan Anggaran Tahunan.

d. Pengesahan SPM oleh Kepala Daerah melalui Peraturan Kepala Daerah.

3. RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara juga mengidentifikasi Jenis Pelayanan yang akan dikembangkan untuk dapat disediakan bagi semua warga di wilayah kerja RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara di masa mendatang. Jenis pelayanan ini yang akan dimasukkan ke dalam Renstra RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara sebagai Rencana Pengembangan dalam kurun waktu lima tahun mendatang.
4. RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara memilih Jenis Pelayanan yang dapat dipastikan pelaksanaannya dengan kualitas terbaik, untuk ditetapkan sebagai SPM RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara BLUD. Pemilihan ini dilaksanakan dengan

pendampingan oleh Dinas Kesehatan setempat.

5. RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara menyusun Rancangan Peraturan Kepala Daerah (Perkada), dan mengusulkannya untuk diterbitkannya Perkada tentang SPM RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara BLUD. Proses ini dilaksanakan dengan pendampingan oleh Dinas Kesehatan setempat.
6. Satu Perkada untuk satu RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara BLUD, atau Satu Perkada untuk semua atau beberapa RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara BLUD. Dalam Perkada tersebut diuraikan dengan jelas SPM masing-masing RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara.
7. Kepala Daerah melakukan kajian yang diperlukan dalam menerbitkan Peraturan Kepala Daerah (Perkada) SPM RS Khusus Paru Provinsi Sumatera Utara BLUD.

BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dalam pedoman ini meliputi jenis- jenis pelayanan indikator dan standar pencapaiain kinerja pelayanan rumah sakit.

A. Jenis – jenis pelayanan rumah sakit

Jenis – jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi :

1. Pelayanan gawat darurat
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap
4. Pelayanan bedah
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
6. Pelayanan intensif
7. Pelayanan radiologi
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik
9. Pelayanan rehabilitasi medik
10. Pelayanan farmasi
11. Pelayanan gizi
12. Pelayanan Transfusi Darah
13. Pelayanan keluarga miskin
14. Pelayanan rekam medis
15. Pengelolaan limbah
16. Pelayanan administrasi manajemen
17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah
18. Pelayanan pemulasaraan jenazah
19. Pelayanan laundry

20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
21. Pencegah Pengendalian Infeksi

B. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar, Adapun Standar Pelayanan minimal untuk setiap pelayanan, indikator dan standar dapat dilihat pada lampiran 1. Sementara rinciannya dapat dilihat pada lampiran 2.

LAMPIRAN 1

Tabel 1. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1.		Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %
2.	Rawat jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik spesialis 2. Ketersediaan Pelayanan	1.100 % Dokter Spesialis a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah
		3.Jam buka pelayanan	3.08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
		5. Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %

		6. a. Penegakan Diagnosis TB melalui Pemeriksaan mikroskopik	a. ≥ 60 %
3.	Rawat Inap	**1.** Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dr. Spesialis b.Perawat minimal pendidikan D3
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak **b.** Penyakit Dalam **c.** Kebidanan **d.** Bedah
		4. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 WIB setiap hari kerja
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %

		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100 %
		8. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24 %
		9. Kejadian pulang paksa	≤ 5 %
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %
		11. Rawat Inap TB	
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a. ≥ 60 %
		b. Terlaksanana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	b. ≥ 60 %
4.	Bedah Sentral (Bedah saja)	1. Waktu tunggu operasi selektif	≤ 2 hari ≤ 1 hari
		2. Kejadian Kematian di Meja Operasi	100%
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%

		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	≤ 6 %
		7. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, dan salah penempatan anastesi endotracheal tube	a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2%
5.	Persalinan perinatologi (kecuali rumah sakit khusus diluar rumah sakit ibu anak) dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Dokter SP.Og b. Dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal)
		2. Pemberian pelayanan persalinan normal	c. Bidan Tim PONEK yang terlatih
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyakit	a. Dokter Sp.Og b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr	≤ 20%
		6. Pertolongan persalinan melalui *Sectio Cesaria*	
		7. Keluarga berencana a. Persentase KB (Vasektomi & tubektomi	a. 100%

		yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr SpOg, dr SpB, dr.Sp U, dr Umum terlatih	
		b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	b. 100% ≥ 80 %
6	Intensif	8. Kepuasan Pelanggan 1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.A dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)
7	Radiologi	**1.** Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam

		2. pelaksana ekspertisi **3.** Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen **4.** Kepuasan pelanggan	Dokter Sp.Rad Kerusakan foto ≤ 2% ≥ 80 %
8	Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. 2. Pelaksana ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	≤140 menit untuk kimia darah & darah rutin Dokter Sp.PK 100% ≥ 80 %
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian dropout pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan pelanggan	≤ 50 % 100% ≤ 80 %
10	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Racikan 2. Tidak adanya	a. ≤ 30 Menit b. ≤ 60 Menit

		kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		3. Kepuasan pelanggan	≤ 80 %
		4. Penulisan resep sesuai formularium	100%
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makan kepada pasien	≥ 90 %
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≥ 20 %
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%
12	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap setiap pelayanan transfusi	100%
		2. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %
13	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
		2. Kelengkapan *Infomed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik ke pelayanan rawat jalan	≤ 10 Menit
		4. Waktu penyediaan	≤ 15 Menit

		dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	
15	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	a. `BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS <30 mg/l d. PH 6-9
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%
16	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	a. 100%
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	b. 100%
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	c. 100%
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	d. 100
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	e. ≥ 60 %
		6. Cost recovery	f. ≥ 40 %
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	g. 100%
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	h. ≤ 2 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai	i. 100%

		kesepakatan	
17	Ambulance/Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah 3. Response time pelayanan Ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	a. 24 jam b. ≤ 230 Menit c. Sesuai ketentuan daerah
18	Pemulasaraan Jenazah	1. Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	a. ≤ 80% b. 100% c. 100%
20	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen	a. 100% b. 100%

		untuk waktu rawat inap	
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	a. Anggota tim PPI yang terlatih minimal 75%
		2. Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	b. 60%
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Associated Infection) di RS (Minimal 1 Parameter)	c. 75%

LAMPIRAN 2

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT.

1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3.Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS /PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS /PPGD / GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu – waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat

	darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan

Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n = 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

7.Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II PELAYANAN RAWAT JALAN

1.Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

2.Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses

Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

3.Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah

	sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

4.Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/ tim mutu

5.Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yangdiberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey (minimal n = 50)
Sumber Data	Survey

Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu

6.Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan

Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

II. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan

Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baringdi rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb.

Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan

Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvey
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvey
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5 %

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

7.Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 0,24 % ≤ 2,4/1000 (internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan

Tujuan	Tergambarnya penilain pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien

	yang disurvey (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

III. BEDAH SENTRAL

1.Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

2.Kejadian kematian dimeja operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

3.Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien

Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

4.Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan	1 bulan dan sentinel event

Data	
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

5.Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami

	salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing sepertikapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan

Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

7. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami Komplikasi anastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

III. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitatif Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan

	sepsis.
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2%
Penanggung jawab	Komite medik

2.Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

3.Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari

	dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite mutu

4.Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

5.Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/Komite mutu

6.Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 100%

Penanggung jawab	Komite mutu

7.Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

7.b. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

8.Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

IV. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Komite mudik/mutu

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten

Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Tanggung jawab	Komite medik/mutu

V. RADIOLOGI

1.Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologI

2.Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis

Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

3.Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	< 2 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Radiologi

4.Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VI. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1.Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<_ 140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2.Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

3.Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil

pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

4.Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

VII. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 50%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas medik.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	>80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

VIII. FARMASI

1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<30 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi

Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<60 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Frekuensi	1 bulan

pengumpulan data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

4. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel

	dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

IX. Gizi

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien

Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvey
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	>20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvey dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

X. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2.Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	<0,01%
Penanggung jawab	Kepala UTD

XI. PELAYANAN GAKIN

1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan.
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

XII. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

2.Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasienatas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

3.Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

4.Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

XIII. Pengolahan Limbah

1.Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2.Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

XIV. Administrasi dan Manajemen

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur rumah sakit

2.Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan /kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur

3.Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

4.Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

5.Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun diluar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

6.Cost Recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit

Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

7.Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum

	tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

8.Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yangdiamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalamsatu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

9.Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam Memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6 bulan
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

XV. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1.Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

2.Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan

Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan Ambulance /kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggungjawab ambulance /kereta jenazah

3.Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulance/mbobil jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan ambulance /mobil jenazah kepada masyarakat adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance /mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai ambulans/mobil jenazah berangkat dari rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulance/mobil jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulance

XVI. PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

XVII. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1.Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2.Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

3.Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

XVIII. PELAYANAN LAUNDRY

1.Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

2.Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang

	ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

XIX. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1.Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

2.Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS

Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

3.Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan

Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP: Ventilator Associated Pneumonie

ISK: Infeksi Saluran Kemih

MASUKAN TENTANG PENATALAKSANAAN TUBERCULOSIS (TB) DI RS

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1.	Rawat jalan	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60 %
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	60 %
2.	Rawat Inap	c. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60 %
		d. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	60 %

A. RAWAT JALAN

1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan

Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

B. RAWAT INAP

1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas

Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

BAB III RENCANA PENCAPAIAN (STANDAR PELAYANAN MINIMAL) SPM RUMAH SAKIT

A. RENCANA PENCAPAIAN INDIKATOR SPM

Jadwal rencana pencapaian indikator SPM Rumah Sakit dan standar pencapaian kinerja pelayanan untuk mencapai target kinerja sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 tahun 2008 meliputi :

No	Indikator	Capaian RS 20XX	20XX	20XX	20XX	20XX
1	Pelayanan Gawat Darurat	... %	... %	...%	... %	... %
2	Pelayanan Rawat Jalan	... %	... %	...%	... %	... %
3	Pelayanan Rawat Inap	... %	... %	...%	... %	... %
4	Pelayanan Bedah	... %	... %	...%	... %	... %
5	Pelayanan Intensif	... %	... %	... %	... %	... %
6	Pelayanan Radiologi	... %	... %	...%	... %	... %
7	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	... %	... %	...%	... %	... %
8	Pelayanan Rehabilitasi Medk	... %	... %	...%	... %	... %
9	Pelayanan Farmasi	... %	... %	...%	... %	... %
10	Pelayanan Gizi	... %	... %	...%	... %	... %

11	Pelayanan Keluarga Miskin	... %	... %	...%	... %	... %
12	Pelayanan Rekam Medis	... %	... %	...%	... %	... %
13	Pengelolaan Limbah	... %	... %	...%	... %	... %
14	Pelayanan Administrasi Manajemen	... %	... %	...%	... %	... %
15	Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah	... %	... %	...%	... %	... %
16	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	... %	... %	...%	... %	... %
17	Pelayanan Laundry	... %	... %	...%	... %	... %
18	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	... %	... %	...%	... %	... %
19	Pencegah Pengendalian Infeksi	... %	... %	...%	... %	... %

Tabel 2. Rencana Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Rumah Sakit

STRATEGI PENCAPAIAN SPM BERDASARKAN RENCANA STRATEGIS

Strategi pencapaian SPM dilaksanakan melalui program kegiatan yang disusun dalam Rencana Strategis Rumah Sakit. Kesesuaian Rencana Strategis Rumah Sakit dengan SPM sebagaimana dalam Lampiran.

A. RENCANA ANGGARAN BIAYA

No	JENIS LAYANAN DASAR	SATUAN (Rp)	TAHUN	
			20XX	20XX
1	Pelayanan Gawat Darurat	Rupiah		
2	Pelayanan Rawat Jalan	Rupiah		
3	Pelayanan Rawat Inap	Rupiah		
4	Pelayanan Bedah	Rupiah		
5	Pelayanan Intensif	Rupiah		
6	Pelayanan Radiologi	Rupiah		
7	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	Rupiah		
8	Pelayanan Rehabilitasi Medk	Rupiah		
9	Pelayanan Farmasi	Rupiah		
10	Pelayanan Gizi	Rupiah		
11	Pelayanan Keluarga Miskin	Rupiah		
12	Pelayanan Rekam Medis	Rupiah		
13	Pengelolaan Limbah	Rupiah		

14	Pelayanan Administrasi Manajemen	Rupiah		
15	Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah	Rupiah		
16	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	Rupiah		
17	Pelayanan Laundry	Rupiah		
18	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Rupiah		
19	Pencegah Pengendalian Infekis	Rupiah		

Tabel 3. Rencana Anggaran Biaya Berdasarkan Jenis Pelayanan SPM Rumah Sakit

No	JENIS BELANJA	TAHUN (Rp)		
		20XX	20XX	20XX
1	Belanja Pegawai / Jaspel dan Honor (PNS)			
2	Belanja Barang dan Jasa (Jaspel non PNS)			
3	Belanja Modal			

Tabel 4. Rencana Anggaran Biaya Berdasarkan Jenis Belanja

BAB IV PERAN PUSAT, PROVINSI, DAN KABUPATEN/KOTA

Peran Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

I. Pengorganisasian:

a. Kepala Daerah bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit Provinsi.
b. Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam butir a secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi

2. Pelaksanaan

a. Rumah Sakit wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang disusun dan disahkan oleh Kepala Daerah
b. Pemerintah Daerah wajib menyediakan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal
c. Pemerintah dan Pemerintah Provinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal dan mekanisme kerjasama antar daerah
d. Fasilitasi dimaksud butir a dalam bentuk pemberian standar teknis,pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, meliputi:
   1). Perhitungan kebutuhan Pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal

2). Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM

3). Penilaian pengukuran kinerja

4). Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

3. Pembina dan Pengawasan

Pembina dan pengawas BLUD terdiri atas :

1. Pembina teknis dan Pembina keuangan

   Yaitu Kepala SKPD yang bertanggungjawab atas urusan pemerintahan yang bersangkutan

2. Satuan pengawas internal

   Yaitu dibentuk oleh pimpinan untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayananan, keuangan dan pengarih lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis Yang Sehat.

3. Dewan Pengawas

   Dewan pengawas dibentuk oleh Kepala Daerah untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola. Dewan Pengawas memiliki tugas untuk memantau perkembangan kegiatan BLUD, penilaian kinerja nonkeuangan BLUD berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran dan pertumbuhan. Dewan pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada kepala daerah secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

BAB V

PENUTUP

Penyusunan Standar Teknis Pelaksanaan SPM bidang kesehatan ini adalah langkah awal dalam melakukan implementasi Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan secara nasional. Pemerintah Daerah menerapkan Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan untuk pemenuhan jenis pelayanan dasar dan mutu pelayanan dasar bidang kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan diprioritaskan bagi warga negara yang berhak memperoleh pelayanan dasar kesehatan secara minimal sesuai dengan jenis pelayanan dasar dan mutu pelayanan dasarnya.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal rumah sakit diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di rumah sakit. SPM ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Hal-hal lain yang belum tercantum dalam Buku SPM ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

GUBERNUR SUMATERA UTARA,

ttd

MUHAMMAD BOBBY AFIF NASUTION

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

APRILLA H. SIREGAR
NIP. 19690421 199003 2 003

STANDAR PELAYANAN MINIMAL UPTD RSK PARU PROVINSI SUMATERA UTARA

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapaian tahun 2025	Rencana Pencapaian tahun ke I				Penanggung Jawab
		Uraian				I	II	III	IV	
						Tahun 2026	Tahun 2027	Tahun 2028	Tahun 2029	
1	Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	67%	100%	80%	100%	100%	Bidang Pelayanan
		2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	100%	100%	100%	100%	100%	
		3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	67%	100%	100%	100%	100%	
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	

		5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	
		6	Kepuasan Pelanggan	≥ 70%	80%	80%	100%	100%	100%	
		7	Kematian pasien di IGD ≤ 24 jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	100%	100%	100%	100%	100%	
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2	Rawat jalan	1	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	Bidang Pelayanan

		2	Ketersediaan Pelayanan	a.Klinik Anak b.Klinik Penyakit Dalam c.Klinik Kebidanan d.Klinik Bedah e. Poliklinik Paru	100%	100%	100%	100%	100%	
		3	Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	100%	100%	100%	100%	100%	
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	
		5	Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	90%	90%	90%	90%	90%	
		6	a.Penegakan diagnosis TB melalui	≥ 60%	100%	100%	100%	100%	100%	

			pemeriksaan mikroskop TB							
			b.Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≤ 60%	100%	100%	100%	100%	100%	
3	Rawat Inap	1	Pemberi pelayanan di rawat inap	a.dokter Spesialis	a. Dokter Spesialis Paru 4, b. Dokter Spesialis Anak 4, c. Dokter Spesialis Penyakit Dalam 1, d. Dokter Spesialis Bedan dan Anestesi 1, e. Dokter Spesialis Obgyn 2.	a. Dokter Spesialis Paru 4, b. Dokter Spesialis Anak 4, c. Dokter Spesialis Penyakit Dalam 1, d. Dokter Spesialis Bedan dan Anestesi 1, e. Dokter Spesialis Obgyn 2.	a. Dokter Spesialis Paru 4, b. Dokter Spesialis Anak 4, c. Dokter Spesialis Penyakit Dalam 1, d. Dokter Spesialis Bedan dan Anestesi 1, e. Dokter Spesialis Obgyn 2.	a. Dokter Spesialis Paru 4, b. Dokter Spesialis Anak 4, c. Dokter Spesialis Penyakit Dalam 1, d. Dokter Spesialis Bedan dan Anestesi 1, e. Dokter Spesialis Obgyn 2.	a. Dokter Spesialis Paru 4, b. Dokter Spesialis Anak 4, c. Dokter Spesialis Penyakit Dalam 1, d. Dokter Spesialis Bedan dan Anestesi 1, e. Dokter Spesialis Obgyn 2.	Bidang Pelayanan

				b.Perawat minimal D3	Perawat Ahli 0, Perawat Terampil 13	Perawat Ahli 0, Perawat Terampil 37	Perawat Ahli 0, Perawat Terampil 52	Perawat Ahli 0, Perawat Terampil 57	Perawat Ahli 0, Perawat Terampil 58	
		2	Dokter Penangung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		4	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%	100%	100%	100%	100%	
		5	Kejadian Infeksi Pasca Operasi	≤ 1,5%	Tidak ada data	0%	0%	0%	0%	
		6	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5%	1%	0%	0%	0%	0%	
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		8	Kematian Pasien > 48 jam	≤ 0,24%	0%	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%	

		9	Kejadian Pulang paksa	≤ 5%	1%	4%	4%	4%	4%	
		10	Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	95%	90%	90%	95%	95%	
		11	a. Penegakan Diagnosis TBmelalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	
4	Bedah Sentral (Bedah saja)	1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	Tidak ada data	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	Bidang Pelayanan
		2	Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	Tidak ada data	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	Tidak ada data	100%	100%	100%	100%	
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	Tidak ada data	100%	100%	100%	100%	
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	Tidak ada data	100%	100%	100%	100%	

		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	Tidak ada data	100%	100%	100%	100%	
		7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6 %	Tidak ada data	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	
5	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a.Perdarahan ≤1%, b.Preeklamsia ≤30%, c.Sepsis ≤0,2%	tidak ada data	a.Perdarahan ≤1%, b.Preeklamsia ≤30%, c.Sepsis ≤0,2%	a.Perdarahan ≤1%, b.Preeklamsia ≤30%, c.Sepsis ≤0,2%	a.Perdarahan ≤1%, b.Preeklamsia ≤30%, c.Sepsis ≤0,2%	a.Perdarahan ≤1%, b.Preeklamsia ≤30%, c.Sepsis ≤0,2%	Bidang Penunjang
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal	a.Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih asuhan	Tidak ada data	a.Dokter Sp.OG b.Dokter Umum terlatih asuhan	a.Dokter Sp.OG b.Dokter Umum terlatih asuhan	a.Dokter Sp.OG b.Dokter Umum terlatih asuhan	a a.Dokter Sp.OG b.Dokter Umum terlatih	

				persalinan normal. C. Bidan		persalinan normal. C. Bidan	persalinan normal. C. Bidan	persalinan normal. C. Bidan	asuhan normal. C. Bidan	
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	Tidak ada data	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a.Dokter Sp.OG, b.Dokter Sp.A, c.Dokter Sp.An,	Tidak ada data	a.Dokter Sp.OG, b.Dokter Sp.A, c.Dokter Sp.An,	a.Dokter Sp.OG, b.Dokter Sp.A, c.Dokter Sp.An,	a.Dokter Sp.OG, b.Dokter Sp.A, c.Dokter Sp.An,	a.Dokter Sp.OG, b.Dokter Sp.A, c.Dokter Sp.An,	
		5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr	100%	Tidak ada data	100%	200%	300%	400%	
		6	Pertolongan persalinan melalui *section caesarea*	≤20%	Tidak ada data	≤20%	≤20%	≤20%	≤20%	
		7	Keluarga berencana a. Persentase KB (Vasektomi dan Tubektomi) yang	100%	Tidak ada data	100%	200%	300%	400%	

			dilakukan oleh tenaga kompeten dari dokter Sp.OG dan Sp.B. Sp.U, dokter umum terlatih.							
			b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih							
		8	Kepuasan Pelanggan	≥80%	Tidak ada data	80%	80%	80%	80%	
6	Intensif	1	Rata - rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	Tidak ada data	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	
		2	Pemberi pelayanan di Unit Intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan	Tidak ada data	Dokter Spesialis Anastesi 1, Dokter Bedah 1	100%	100%	100%	Bidang Pelayanan

				kasus yang ditangani						
				b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/ setara D4	Tidak ada data	Perawat Ahli 2,Perawat Terampil 7	100%	100%	100%	
7	Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	2 Jam	2 Jam	2 jam	2 Jam	2 Jam	Bidang Penunjang
		2	Pelaksanaan Ekspertisi	Dokter Sp.Rad	100%	100%	100%	100%	100%	
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %	0%	0%	0%	0%	0%	
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80%	85%	85%	90%	95%	
8	Lab. Patologi Klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	150 menit	140 menit	120 menit	120 menit	120 menit	Bidang Penunjang

		2	Pelaksana Expertisi	Dokter Sp.PK	100%	100%	100%	100%	100%	
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		4	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	80%	85%	85%	85%	85%	
9	Rehabilitasi Medik	1	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	≤ 50 %	10%	10%	10%	10%	10%	Bidang Penunjang
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	85%	95%	100%	100%	100%	
10	Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan obat a. Obat jadi	≤ 30 menit	30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	Bidang Penunjang
			b. Racikan	≤ 60 menit	60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	

		2	Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80%	85%	95%	100%	100%	
		4	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
11	Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	100%	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	Bidang Penunjang
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	10%	10%	10%	10%	10%	
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
12	Pelayanan Transfusi Darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi	100%	100%	100%	100%	100%	Bidang Penunjang
		2	Kejadian reaksi transfusi	≤0,01	0%	0%	0%	0%	0%	

13	Pelayanan GAKIN	1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani	100%	100%	100%	100%	100%	Bidang Tata Usaha
14	Rekam Medik	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	77%	100%	100%	100%	100%	Bidang Penunjang
		2	Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	10 menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	
15	Pengelolaan Limbah	1	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/1 b.COD <80 mg/1	66%	100%	100%	100%	100%	Bidang Penunjang

				c.TSS < 30 mg/l d. PH 6-9						
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	75%	100%	100%	100%	100%	
16	Administrasi dan manajemen	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	80%	80%	80%	80%	80%	Bidang Tata Usaha
		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	98%	100%	100%	100%	100%	
		4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	95%	100%	100%	100%	100%	
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	70%	100%	100%	100%	100%	
		6	*Cost recovery*	≥ 40 %	10%	20%	30%	40%	50%	

		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	2 jam	2 Jam	2 jam	2 jam	2 jam	
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	50%	60%	70%	80%	90%	
17	Ambulance / Kereta Jenazah	1	Waktu pelayanan ambulance atau kereta jenazah	24 jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Bidang Tata Usaha
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30menit	60 menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	
		3	Respon time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	sesuai ketentuan perda No 7 tahun 2018	60 menit	61 menit	62 menit	63 menit	64 menit	

18	Pemulasaran Jenazah	1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2jam	Tidak ada data	≤ 2jam	≤ 2jam	≤ 2jam	≤ 2jam	Bidang Penunjang
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80%	69%	90%	90%	90%	90%	Bidang Tata Usaha
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	82%	95%	95%	95%	95%	
		3	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
20	Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Bidang Penunjang
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

21	Pencegah dan pengendalian infeksi (PPI)	1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite PPI
		2	Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	60%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ helath care associated infection (HAI) di rumah sakit	75%	100%	100%	100%	100%	100%	