LAMPIRAN I PERATURAN GUBERNUR SUMATERA UTARA
NOMOR 31 TAHUN 2024
TANGGAL 14 NOVEMBER 2024

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provinsi Sumatera Utara ditetapkan sebagai Rumah Sakit Khusus Jiwa di lingkungan Pemerintah Provinsi Sumatera Utara yang berada di bawah naungan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, mempunyai tugas membantu dalam menyelenggarakan urusan Pemerintahan Daerah bidang pelayanan kesehatan khususnya kesehatan jiwa meliputi promotif, pencegahan, pemulihan, rehabilitasi dan menyelenggarakan upaya rujukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan berdasarkan azas desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas.

UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dituntut 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, yaitu Sumatera Utara yang Maju, Aman, dan Bermartabat.

Langkah awal yang dilakukan UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem adalah menyelenggarakan pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PK-BLU) sehingga memiliki keluwesan 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 Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem 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 Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem perlu menyusun Rencana Strategis BLUD (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 Jiwa Pemerintah yang memberikan pelayanan kepada publik, membimbing segenap aparatur mencapai visi yang ditetapkan, dan menyelenggarakan sistem penganggaran berbasis kinerja yang berorientasi *output* dan *outcomes*.

Penyusunan Rencana Stategis (Renstra) BLUD ini senantiasa menjaga keberlangsungan dan keberlanjutan (*sustainability*) dan mendasarkan pada Standar Pelayanan Minimum UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provinsi Sumatera Utara.

Renstra BLUD juga merupakan perwujudan amanah dan aspirasi yang bersumber dari kepentingan *stakeholder* dan sekaligus sebagai bentuk tanggung jawab pimpinan. Rencana Strategis BLUD UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem 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 BLUD ini bersifat dinamis, dievaluasi setiap tahun, dan disesuaikan dengan tuntutan pada masa itu.

Rencana Strategis BLUD ini disusun dalam rangka pengelolaan dan pengembangan upaya strategis UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dengan mempertimbangkan kecenderungan strategis tertentu yang tengah dan akan dialami dapat berupa ancaman dan peluang usaha yang dihadapi serta kekuatan dan kelemahan UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem, maka Renstra BLUD disusun untuk menjawab secara spesifik hal-hal sebagai berikut:

a. Arah dan prioritas strategis UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dan bagaimana mengendalikan strategi yang relevan dengan perkembangan tuntutan *stakeholder*.
b. Bagaimana UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem mampu mewujudkan pelayanan prima
c. Membangun kompetensi inti organisasi dalam merespon tantangan yang dihadapi.
d. Mencapai target kinerja UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem 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 TUJUAN RENCANA STRATEGIS (RENSTRA) BLUD

Tujuan penyusunan Renstra BLUD UPTD KhususRumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provinsi Sumatera Utara sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) adalah memberi gambaran mengenai kondisi Rumah Sakit 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 yang sejalan dengan Rencana Aksi Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Utara.
b) Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu kelembagaan UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem
c) Penilaian keberhasilan pemenuhan misi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dan dalam pencapaian visi Gubernur dan Wakil Gubernur Provinsi Sumatera Utara.
d) Arah jalinan kerjasama dengan para *stakeholders* inti UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem.

1.3 DASAR HUKUM

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

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara

2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara
3. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara
4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
5. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
7. Undang undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
8. Undang–Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
9. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara
10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan BLU
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
12. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan
13. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 109/PMK.05/2007 tentang Dewan Pengawas BLU
14. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 44/PMK-05/2009 tentang. Rencana Bisnis dan Anggaran
15. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 92/PMK.05/2011 tentang Rencana Bisnis dan Anggaran Serta Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum
16. Peraturan Menteri Keuangan RI Nomor 92 /PMK.05/2014 tentang Rencana Bisnis dan Anggaran Badan Layanan Umum
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
18. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 220/PMK.05/2016 tentang. Sistem Akuntansi dan Pelaporan Keuangan BLU
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah

20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1128 tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit
21. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1495 Tahun 2023 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kesehatan Jiwa
22. Peraturan Dirjen Perbendaharaan Nomor Per-36/Pb/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan
23. Peraturan Gubernur Provinsi Sumatera Utara Nomor 9 Tahun 2023 tentang Susunan Organisasi dan Perangkat Daerah
24. Peraturan Gubernur Provinsi Sumatera Utara Nomor 28 Tahun 2023 tentang Tugas, Fungsi, Uraian Tugas dan Tata Kerja Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Utara

1.4 SISTEMATIKA PENYUSUNAN RENCANA STRATEGI

Sistematika penulisan dokumen Rencana Strategis BLUD UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem adalah sebagai berikut :

BAB I. Pendahuluan

Berisi gambaran perlunya menyusun Rencana Strategis BLUD bagi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem, tujuan dari Renstra BLUD, dasar hukum yang menjadi acuan penyusunan Renstra, dan sistematika penulisan Renstra BLUD.

1.1 Latar Belakang

Menjelaskan gambaran latar belakang Renstra BLUD UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem bagi pengelolaan dan pengembangan upaya strategis, penjelasan kecenderungan strategis tertentu yang sedang dan akan dialami yang berupa ancaman dan peluang usaha yang dihadapi, menjelaskan arah dan prioritas strategi dan cara mengendalikan strategi yang relevan dengan perkembangan tuntutan stakeholder inti serta diferensiasi layanan UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dengan Rumah Sakit Jiwa lainnya.

1.2 Tujuan Renstra BLUD

Bagian ini menjelaskan tujuan utama penyusunan Rencana Strategis BLUD bagi UPTD KhususRumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem.

1.3 Dasar Hukum

Bagian ini menjelaskan secara umum regulasi/peraturan yang menjadi acuan dalam penyusunan Rencana Strategis BLUD UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem.

1.4 Sistematika Penyusunan Renstra BLUD

Berisi sistematika penyusunan Rencana Strategis BLUD UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dari Bab I s.d. Bab V.

BAB II. Kondisi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

Berisi penjelasan gambaran pencapaian kinerja aspek pelayanan, kinerja aspek keuangan, kinerja aspek SDM, dan kinerja aspek sarana dan prasarana yang telah dicapai UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dalam 5 (lima) tahun terakhir.

2.1 Gambaran Umum UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Berisi ringkasan informasi mengenai Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem.

2.2 Gambaran Kinerja

a. Kinerja Aspek Pelayanan

Berisi penjelasan status pencapaian target kinerja pelayanan yang dianggap strategis dalam 5 (lima) tahun terakhir.

b. Kinerja Aspek Keuangan

Berisi penjelasan gambaran kinerja keuangan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem pada tahun 2022.

c. Kinerja Aspek SDM

Berisi penjelasan keadaan SDM yang menjadi salah satu kekuatan dasar potensi organisasi dalam peningkatan pengembangan pelayanan di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem.

d. Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana

Berisi penjelasan keadaan sarana dan prasarana yang digunakan untuk penyelenggaraan atau penunjang pelayanan.

2.3 Tantangan Strategis

Berisi penjelasan tentang tantangan strategis yang sedang dan akan dihadapi untuk pencapaian visi dan realisasi misi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dengan memperhatikan harapan dan kekhawatiran *stakeholder*.

2.4 Analisa SWOT

Bagian ini menjelaskan analisis yang berkaitan dengan kekuatan (*strength*), kelemahan/kekurangan (*weakness*), peluang (*opportunity*), dan ancaman (*threat*) yang dihadapi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dalam mencapai visi dan misi.

2.5 Rencana Mitigasi Risiko

Rencana mitigasi risiko didefinisikan berdasarkan hasil pada tahap sebelumnya dan berisi upaya nyata yang dibutuhkan UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad untuk menangani kemungkinan dan dampak risiko tertentu pada sasaran strategis dan untuk mengendalikan risiko yang berada dalam kembali.

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

3.1 Visi dan Misi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara

3.2 Visi dan Misi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

3.3 Tujuan dan Sasaran UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

3.4 Strategi dan Arah Kebijakan

BAB IV. Rencana Program dan Kegiatan

4.1 Rencana Program dan Kegiatan

4.2 Indikator dan Target Kinerja Pelayanan UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

4.3 Rencana Layanan yang Akan Dikembangkan

BAB V. Proyeksi Keuangan

Menjelaskan proyeksi keuangan yang berisikan estimasi pendapatan dan rencana kebutuhan anggaran.

5.1 Estimasi Pendapatan

Estimasi pendapatan disusun selama lima tahunan periode Renstra BLUD berdasarkan sumber-sumber pendapatan serta estimasi besarannya per tahun selama lima tahun.

5.2 Rencana Kebutuhan Anggaran

Rencana kebutuhan anggaran dibedakan atas anggaran program kelangsungan operasi dan anggaran program pengembangan

a. Anggaran Kelangsungan Operasional

b. Anggaran Pengembangan

BAB VI. Penutup

BAB II
KONDISI UPTD KHUSUS RUMAH SAKIT JIWA PROF. DR. MUHAMMAD ILDREM

2.1 Gambaran Umum UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad. Ildrem Provinsi Sumatera Utara beralamat di jalan Letjend. Jamin Ginting Km.10/Jl. Tali Air nomor 21 Medan merupakan satu-satunya rumah sakit jiwa milik pemerintah yang ada di Provinsi Sumatera Utara.

Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad. Ildrem berdasarkan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko dengan Nomor: **02202027719330001** diberikan Izin Rumah Sakit Pemerintah sebagai rumah sakit khusus kelas A. Dengan kemampuan pelayanan yang dimiliki, saat ini UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem juga merupakan rumah sakit jiwa rujukan bagi rumah sakit lain yang ada di Provinsi Sumatera Utara. Selain melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa, UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad. Ildrem juga mendukung penyelenggaraan pendidikan dengan institusi pendidikan yang meliputi sekolah menengah kejuruan kesehatan, keperawatan (D3, D4, S1), program pendidikan kedokteran (S1 Kedokteran dan Program Pendidikan Dokter Spesialis), dan bidang pendidikan profesi lainnya.

UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem saat ini menyelenggarakan pelayanan sebagai berikut:

A. Pelayanan Gawat Darurat
B. Pelayanan Rawat Inap
C. Pelayanan Rawat Jalan
D. Pelayanan Radiologi
E. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
F. Pelayanan Rehabilitasi Medik
G. Pelayanan Farmasi
H. Pelayanan NAPZA
I. Pelayanan Gizi
J. Pelayanan Keluarga Miskin
K. Pelayanan Rekam Medis
L. Pelayanan Pengelolaan Limbah

M. Pelayanan Administrasi Manajemen
N. Pelayanan Ambulan/Kereta Jenazah
O. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
P. Pelayanan Laundry
Q. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
R. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
S. Pelayanan Keamanan

UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem untuk meningkatkan menyelenggarakan pelayanan sebagai berikut:

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Inap
3. Pelayanan Rawat Jalan
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 NAPZA
12. Pelayanan Gizi
13. Pelayanan Transfusi Darah
14. Pelayanan Keluarga Miskin
15. Pelayanan Rekam Medis
16. Pelayanan Pengelolaan Limbah
17. Pelayanan Administrasi Manajemen
18. Pelayanan Ambulan/Kereta Jenazah
19. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
20. Pelayanan Laundry
21. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
22. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
23. Pelayanan Keamanan

Pelayanan saat ini didukung oleh beberapa instalasi, sebagai berikut:

a. Instalasi Gawat Darurat (IGD)
b. Instalasi Rawat Inap
c. Instalasi Rawat Jalan

d. Instalasi NAPZA
e. Instalasi Psikologi
f. Instalasi Rehabilitasi Psikososial
g. Instalasi Rehabiltasi Medik
h. Instalasi Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja
i. Instalasi Keswamas dan PKRS
j. Instalasi Rekam Medik
k. Instalasi Farmasi
l. Instalasi Laboratorium
m. Instalasi Elektromedik
n. Instalasi Radiologi
o. Instalasi Sanitasi
p. Instalasi Gizi
q. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS)
r. Instalasi Central Sterile Supply Departement (CSSD)
s. Instalasi Pemulasaran Jenazah
t. Instalasi Laundry

Instalasi Rawat Jalan didukung oleh

1. Klinik Psikiatri Dewasa
2. Klinik Psikiatri Anak dan Remaja
3. Klinik Psikogeriatri
4. Klinik Spesialis Anak
5. Klinik Kesehatan Gigi dan Mulut
6. Klinik NAPZA
7. Klinik Spesialis Penyakit Dalam
8. Klinik Spesialis Neurologi
9. Klinik Umum
10. Klinik Psikologi
11. Klinik TB DOTS dan HIV AIDS
12. Klinik Gangguan Mental Organik (GMO)

2.1.1 Identitas UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

Adapun identitas UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem adalah sebagai berikut:

1	Jenis Rumah Sakit		: RUMAH SAKIT JIWA/RSKO
2	Kelas Rumah Sakit		: A
3	Alamat/Lokasi RS		
	A.	Jalan	: Jl. Tali Air No 21 Padang Bulan Medan
	B.	Telepon	: 061-8360305
	C.	Email	: Rumah Sakit Jiwa@sumutprov.go.id,
			: Rumah Sakit Jiwadprovsu@gmail.com
	D.	Website	: www.Rumah Sakit Jiwa.sumutprov.go.id
4	Luas Rumah Sakit		:
	A.	Tanah	: 38210 m2
	B.	Bangunan	: 28.507 m2
5	Surat Izin/Penetapan		:
	A.	Nomor	: 02202027719330001
	B.	Tanggal	: 17 Agustus 2022
	C.	Oleh	: Menteri Kesehatan Melalui Ka.BKPM
	D.	Sifat	: Berlaku selama 5 tahun
	E.	Masa berlaku	: 17 Agustus 2027
6	Akreditasi RS		:
	A.	Versi Akreditasi	: STARKES
	B	Status	: Lulus Paripurna

2.1.2 Sejarah Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

Sejarah perkembangan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dari tahun ke tahun adalah sebagai berikut:

- Pada tahun 1935 didirikan "Doorgangshuizen Voor Krankzinnigen" (Rumah Sakit Jiwa) di Glugur, sebagai Rumah Sakit Jiwa yang ke-5 dan memiliki kapasitas 26 tempat tidur sampai dengan pada masa pendudukan Jepang tahun 1943.
- Masa pendudukan tentara sekutu (1943-1947) penderita gangguan jiwa Rumah Sakit Glugur dievakuasi ke Dolok Merangir ±100 km dari Medan ke arah Pematang Siantar dan selama lebih kurang tiga tahun lamanya.
- Pada tahun 1950 penderita gangguan jiwa dipindahkan oleh tentara Belanda ke bekas Rumah Sakit Harrison dan Crossfield serta sebagian ditampung di Rumah Penjara Pematang Siantar.

- Dari tahun 1950 sampai dengan tahun 1958 dibuka Klinik Psikiatri yang merupakan Annex Rumah Sakit Jiwa Pematang Siantar terletak di Jl. Timor No.19 Medan.
- Dari tahun 1958 sampai dengan tahun 1981 rumah sakit milik Belanda (Zieken Verpleging) yang letaknya di Jl. Timor No.10 Medan dimanfaatkan sebagai Rumah Sakit Jiwa Medan dan menampung pasien rawat inap dari Pematang Siantar dengan kapasitas 200 tempat tidur.
- Pada 5 Februari 1981, berdasarkan Surat Menkes. RI Nomor 1897/Yankes/DKJ/78 dan dengan Persetujuan Menteri Keuangan tanggal 8 Desember 1978 Nomor S-849/MK/001/1978 Rumah Sakit Jiwa di Medan diruislaag dan dipindahkan ke lokasi baru terletak di terusan Padang Bulan Km. 10 Jl. Bekala Lama, Kampung Mangga Kecamatan Medan Johor dengan luas tanah ± 38.000 m2 (3,8 Ha) dan luas bangunan 5.709 m2. dengan alamat baru yaitu Jl. Letjend. Djamin Ginting Km.10/Jl. Tali Air No.21 Medan
- Pada 15 Oktober 1981, diresmikan oleh Menteri Kesehatan RI (Dr. Suwardjono Suryaningrat) memiliki kapasitas sebanyak 450 tempat tidur, yang merupakan Rumah Sakit Jiwa milik Departemen Kesehatan.
- Mendapat Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit Nomor: YM.00.03.3.5.5829 yang meliputi Administrasi, Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan dan Rekam Medis pada tanggal 28 Desember 1999.
- Setelah Otonomisasi dari tahun 2000 sampai dengan tahun 2003, Rumah Sakit Jiwa Medan merupakan UPT Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara.
- Sesuai dengan Perda Nomor 8 Tahun 2004 dan Keputusan Gubernur Sumatera Utara Nomor: 188.34/2641/K/2004, tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Provinsi Sumatera Utara, maka Rumah Sakit Jiwa Pusat Medan menjadi Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara.
- Mendapat Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit Versi 2007 Nomor: KARS-SERT/813/VI/2012 dari KARS pada tanggal 29 Juni 2012.
- Perubahan nama Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara menjadi Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem berdasarkan Peraturan Gubernur Nomor 1 tahun 2013.

- Mendapat Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit SNARS Edisi I Nomor KARS-SERT/341/III/2019 dari KARS pada tanggal 16 Maret 2019.
- Memperoleh Status Akreditasi Paripurna dengan STARKES pada tahun 2023
- Perubahan dari OPD menjadi UPRD Khusus berdasarkan Peraturan Gubernur Nomor 9 Tahun 2023 tentang Susunan Organisasi dan Perangkat Daerah

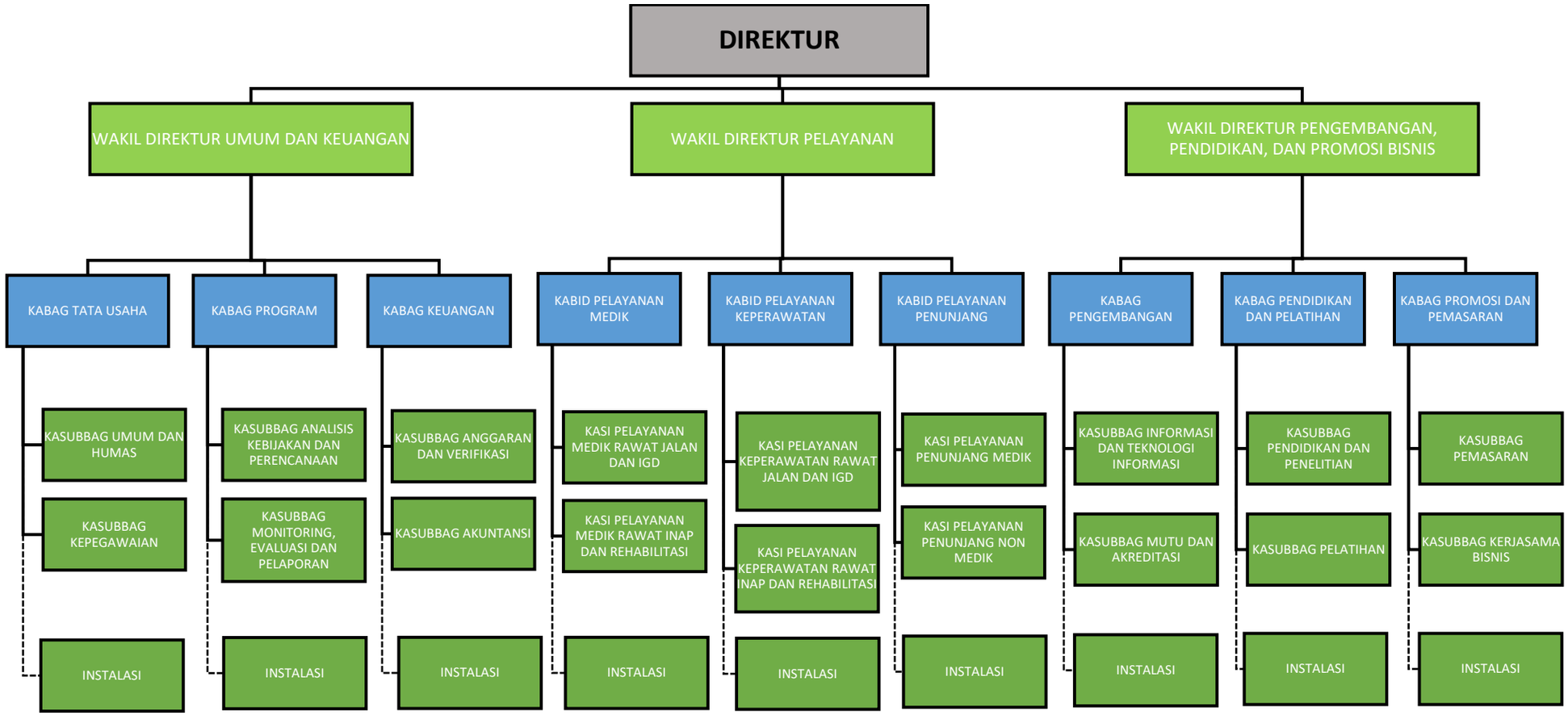
2.1.3 Struktur Organisasi

Struktur organisasi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem berdasarkan Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 9 Tahun 2023 tentang Susunan Organisasi dan Perangkat Daerah, UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem terdiri dari:

1. Direktur
2. Wakil Direktur Umum dan Keuangan
    1) Kepala Bagian Tata Usaha, terdiri dari :
        i. Kepala Subbagian Umum dan Hubungan Masyarakat;
        ii. Kepala Subbagian Kepegawaian.
    2) Kepala Bagian Keuangan, terdiri dari :
        i. Kepala Subbagian Anggaran dan Verifikasi;
        ii. Kepala Subbagian Akuntansi.
    3) Kepala Bagian Program, terdiri dari :
        i. Kepala Subbagian Analisis Kebijakan dan Perencanaan;
        ii. Kepala Subbagian Monitoring Evaluasi dan Pelaporan.
3. Wakil Direktur Pelayanan, terdiri dari :
    1) Kepala Bidang Pelayanan Medik, terdiri dari:
        i. Kepala Seksi Pelayanan Medik Rawat Jalan dan IGD;
        ii. Kepala Seksi Pelayanan Medik Rawat Inap dan Rehabilitasi.
    2) Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan, terdiri dari:
        i. Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan dan IGD;
        ii. Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Inap dan Rehabilitasi.
    3) Kepala Bidang Pelayanan Penunjang, terdiri dari :
        i. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medik;

ii. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik.

4. Wakil Direktur Pengembangan, Pendidikan dan Promosi Bisnis, terdiri dari :
   1) Kepala Bagian Pengembangan, terdiri dari:
      i. Kepala Subbagian Informasi dan Teknologi Informasi;
      ii. Kepala Subbagian Mutu dan Akreditasi.
   2) Kepala Bagian Pendidikan dan Pelatihan, terdiri dari :
      i. Kepala Subbagian Pendidikan dan Penelitian;
      ii. Kepala Subbagian Pelatihan.
   3) Kepala Bagian Promosi dan Pemasaran, terdiri dari :
      i. Kepala Subbagian Pemasaran Bisnis;
      ii. Kepala Subbagian Kerja Sama Bisnis.
5. Kelompok Jabatan Fungsional



Gambar 2.1 Struktur Organisasi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

2.2 Gambaran Kinerja

2.2.1 Kinerja Aspek Pelayanan

2.2.1.1 Indikator Pelayanan UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

Pengukuran kinerja digunakan sebagai dasar untuk menilai keberhasilan dan kegagalan pencapaian sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dalam rangka mewujudkan visi dan misi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem. Untuk mengukur kinerja rumah sakit diperlukan beberapa indikator penilaian efisiensi pelayanan meliputi *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Average Length Of Stay* (ALOS), *Bed Turn Over* (BTO), dan *Turn Over Interval* (TOI), dengan penjelasan sebagai berikut:

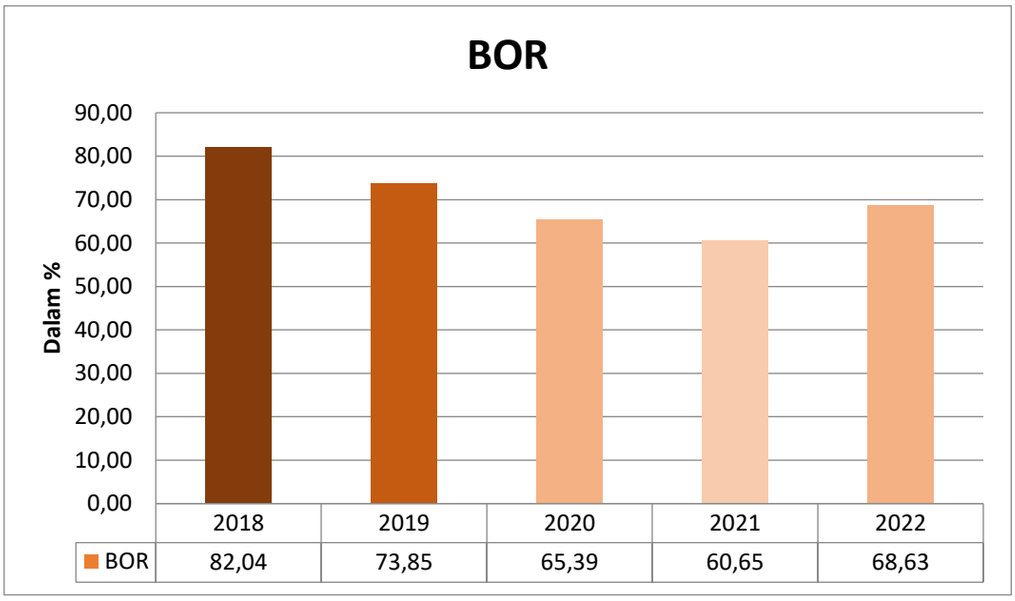
a. *Bed Occupancy Rate* (BOR)

Bed Occupancy Rate (BOR) dipergunakan untuk melihat berapa banyak tempat tidur di rumah sakit yang digunakan pasien dalam satu tahun. Prosentase ini menunjukkan sampai berapa jauh pemakaian tempat tidur yang tersedia di rumah sakit dalam setahun. Bila nilai ini mendekati 100 berarti ideal tetapi bila BOR Rumah Sakit 60-85% sudah bisa dikatakan ideal.

Berdasarkan data yang terakumulasi di UPTDK Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dari tahun 2018-2022 terdapat tren penurunan untuk persentase BOR. Kondisi BOR dengan angka ideal menunjukkan bahwa tingginya minat masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan rawat inap di UPTDK Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem sehingga untuk pengembangan pelayanan perlu kebijakan dalam menambah jumlah ruangan dan penyediaan fasilitas tempat tidur.

Tabel 2.1 Tren Indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Tahun 2018-2022

2018	2019	2020	2021	2022
84,16%	73,85%	65,39%	60,65%	68,63%



Gambar 2.2

Tren Indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR)

di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

Tahun 2018-2022

b. *Average Length of Stay* (ALOS)

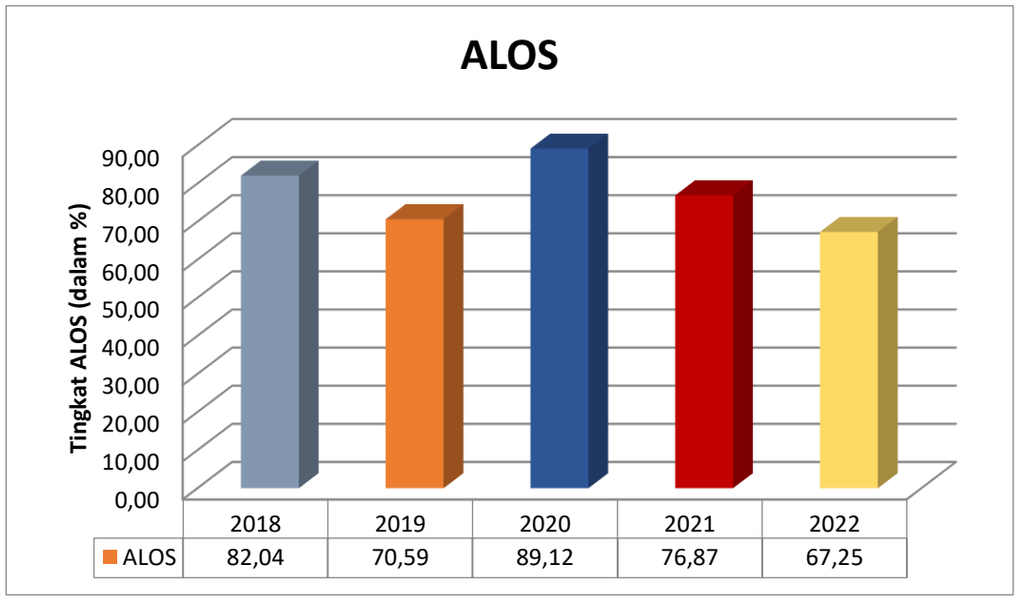
Average Length of Stay (ALOS) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai ALOS bagi pasien jiwa berdasarkan SPM adalah ≤ 6 minggu (42 hari).

Hari rata-rata lama rawat pasien jiwa di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem menunjukkan peningkatan yang jauh dari angka ideal karena perbandingan yang cukup besar antara jumlah lama (hari) pasien yang dirawat dengan pasien yang keluar. Hal ini disebabkan karena kurangnya partisipasi keluarga yang menjemput pasien setelah mendapatkan rawatan selama 42 hari dan tidak terdatanya anggota keluarga pasien. Berbagai upaya telah dilakukan oleh pihak UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem meliputi pemanggilan tertulis kepada pihak keluarga, *dropping* pasien ke alamat keluarga, dan bagi yang tidak memiliki informasi tentang keluarganya dilakukan upaya

dropping ke Dinas Sosial melalui Panti Pejoreken yang terdapat di Berastagi.

Tabel 2.2 Tren Indikator *Average Length of Stay* (ALOS) di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Tahun 2018-2022

2018	2019	2020	2021	2022
82,04	70,59	89,12	76,87	67,25



Gambar 2.3

Tren Indikator *Average Length of Stay* (ALOS)

di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

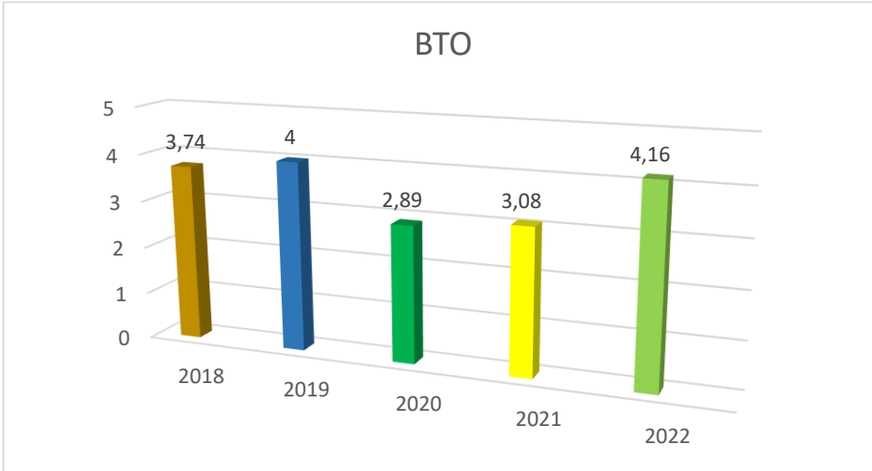
Tahun 2018-2022

b. *Bed Turn Over* (BTO)

Bed Turn Over (BTO) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, yaitu berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu (biasanya dalam periode satu tahun). Indikator ini memberikan tingkat efisiensi pada pemakaian tempat tidur. Keberadaan tempat tidur yang *over capacity* mengakibatkan hanya 4,16 kali dalam setahun pada tahun 2022 menunjukkan pemanfaatan tempat tidur di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem tidak maksimal, sehingga dianggap perlu perbaikan manajemen pelayanan dimasa yang akan datang.

Tabel 2.3 Tren Indikator *Bed Turn Over (BTO)* di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Tahun 2018-2022

2018	2019	2020	2021	2022
3,74	4,0	2,89	3,08	4,16



Gambar 2.4
Tren Indikator *Bed Turn Over (BTO)*
di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem
Tahun 2018-2022

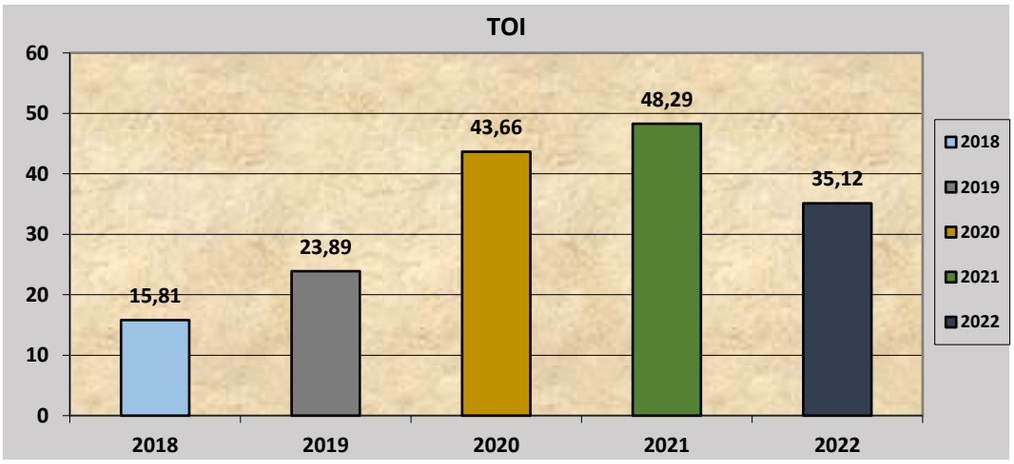
c. *Turn Over Interval* (TOI)

Turn Over Interval (TOI) adalah waktu rata-rata suatu tempat tidur kosong atau waktu antara satu tempat tidur ditinggalkan oleh pasien sampai ditempati lagi oleh pasien lain. Idealnya tempat tidur kosong/tidak terisi ada pada kisaran 1 – 3 hari.

Berdasarkan pengolahan data rekam medis di tahun 2022 diketahui bahwa terdapat jeda waktu 35,12 hari dalam pemanfaatan tempat tidur, sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa pemanfaatan tempat tidur di UPTDK Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem belum termanfaatkan dengan baik disebabkan banyaknya pasien yang tidak didroping.

Tabel 2.4 Tren Indikator *Turn Over Interval (TOI)* di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Tahun 2018-2022

2018	2019	2020	2021	2022
15,81	23,89	49,15	48,29	35,12



Gambar 2.5

Tren Indikator *Turn Over Interval (TOI)*

di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

Tahun 2018-2022

2.2.1.2 Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit

Pada tahun 2022 UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem memberikan pelayanan rawat inap sebagai berikut:

Tabel 2.5

Pelayanan Rawat Inap

di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

Tahun 2022

JENIS PELAYANAN	PASIEN AWAL TAHUN	PASIEN MASUK	PASIEN KELUAR HIDUP	Kematian< 48 jam	Kematian>= 48 jam	JUMLAH LAMA DIRAWAT	PASIEN AKHIR TAHUN	JUMLAH HARI PERAWATAN
Jiwa	124	1510	1566	0	2	106,36	161	96,364

JENIS PELAYANAN	I	II	III	DINSOS/SKTM	KELAS KHUSUS (BNN/KESBANGPOL)
Jiwa	44	93	865	85	12

Sumber : Rekam Medik RS Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

2.2.1.3 Kunjungan Gawat Darurat

Kunjungan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat pada tahun 2022 sebanyak 1952 orang yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem.

Tabel 2.6

Kunjungan di Instalasi Gawat Darurat

di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

Tahun 2022

KUNJUNGAN PASIEN IGD TAHUN 2022				
Jumlah Total Pasien	RINCIAN			
	Rawat Jalan	Rawat Inap	Dirujuk	Dibatalkan
1952	989	896	2	65

KUNJUNGAN PASIEN IGD TAHUN 2022 BERDASARKAN CARA PEMBAYARAN						
Jumlah Total Pasien	**RINCIAN**					
	BNN	**BPJS Kelas 1**	**BPJS Kelas 2**	**BPJS Kelas 3**	**Dinsos**	**Umum**
1952	23	66	76	1248	50	489

Sumber : Rekam Medik RS Jiwa Prof.Dr.Muhammad Ildrem

2.2.1.4 Kegiatan Pelayanan Klinik Gigi dan Mulut

Data pelayanan klinik gigi dan mulut di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem pada tahun 2022 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.7 Data Pelayanan Klinik Gigi dan Mulut di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Tahun 2022

NO	JENIS KEGIATAN	JUMLAH
1	Tumpatan Gigi Tetap	10
2	Tumpatan Gigi Sulung	0
3	Pengobatan Pulpa	43
4	Pencabutan Gigi Tetap	46
5	Pencabutan Gigi Sulung	7
6	Pengobatan Periodontal	0
7	Pengobatan Abses	1
8	Pembersihan Karang Gigi	50
9	Prothese Lengkap	0
10	Prothese Sebagian	0
11	Prothese Cekat	0
12	Orthodonti	1
13	Jacket/Bridge	0
14	Bedah Mulut	1
15	Aplikasi gentian violet	130
16	Pemeriksaan oral	490
	TOTAL	**779**

2.2.1.5. Kegiatan Laboratorium

Kegiatan laboratorium di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem meliputi hematologi, kimia klinik, tes Narkoba, elektrolit gas darah, mikrobiologi, dan urinalisa.

Tabel 2.8 Kegiatan Pelayanan Laboratorium di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Tahun 2022

JENIS PEMERIKSAAN	JUMLAH
DARAH RUTIN	1588
KIMIA KLINIK	
BILIRUBIN	1529
SGOT	1529
SGPT	1529
UREUM	1529
CREATININ	1528
URIC ACID	97
KGD SEWAKTU	98
KGD PUASA	47
KGD 2 JAM PP	36
KOLESTEROL TOTAL	83
HDL KOLESTEROL	
LDL KOLESTEROL	
TRIGLISERIDA	0
TEST NARKOBA	108
ELEKTROLIT - GAS DARAH	190
URINE RUTIN, SEDIMEN URINE	1522
TEST KEHAMILAN	341
MIKROBIOLOGI	
BTA	3
KOH	
IMUNO SEROLOGI	
WIDAL TEST	4
HBsAg	3

Sumber : Inst.Laboratorium RS Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

Kegiatan rehabilitasi medik yang diselenggarakan di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem meliputi EEG, fisioterapi, dan konsultasi psikologi.

Tabel 2.9 Kegiatan Pelayanan Rehabilitasi Medik dan Mental Sosial di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Tahun 2022

NO	JENIS TINDAKAN	JUMLAH
1	Fisioterapi	7113
1.1	Latihan Fisik	3657
1.2	Aktinoterapi	0
1.3	Elektroterapi	3657
1.4	Hidroterapi	0
1.5	Traksi Lumbal & Cervical	1206

2.2.1.7 Kegiatan Kesehatan Jiwa

Kegiatan pelayanan kesehatan jiwa meliputi kesehatan jiwa, minat dan bakat, konseling, tes IQ, dan tes kesiapan sekolah.

Tabel 2.10 Kegiatan Kesehatan Jiwa di UPTD KhususRumah Sakit Jiwa Prof. Dr.Muhammad Ildrem Tahun 2022

NO	JENIS PELAYANAN	JUMLAH
1	Kesehatan Jiwa	136
2	Visum	54
3	MMPI	48
4	CPM	2
5	IST	30
6	Minat dan Bakat	287
7	Konseling	53
8	Tes IQ	12
9	Tes Kesiapan Sekolah	14
TOTAL		**636**

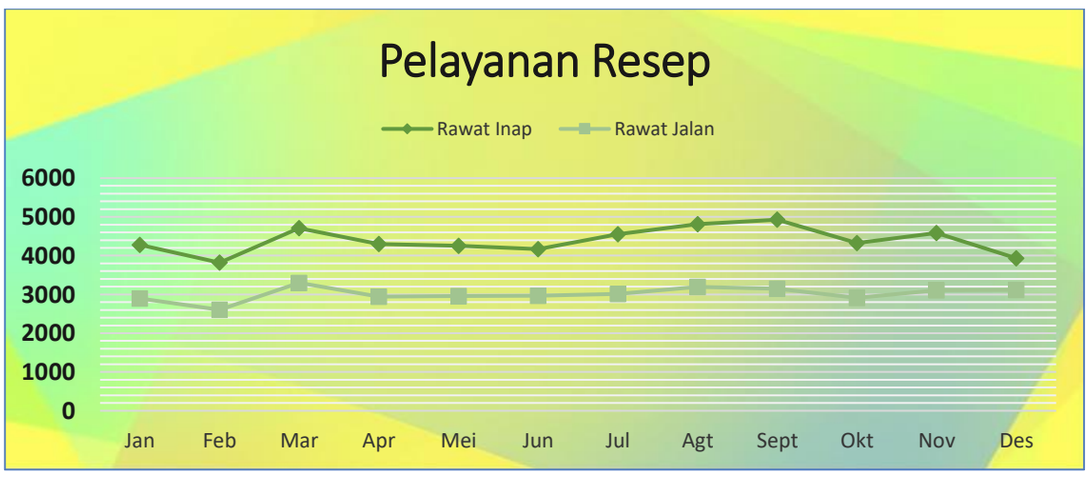
2.2.1.8 Kegiatan Pelayanan Resep

Kegiatan farmasi di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem menggunakan *e-katalog* dan *e-purchasing* dimana setiap permintaan obat melalui mekanisme yang baku secara nasional. Berdasarkan pelayanan resep yang diperuntukkan untuk pasien rawat jalan dan rawat inap pada tahun 2022 yang paling banyak adalah peresepan obat untuk pasien rawat jalan yaitu 36.166 resep, kedepannya untuk memaksimalkan dan efisiensi obat maka setiap DPJP harus berpedoman dengan *Clinical Pathways* yang ditetapkan dan harus melalui SIMRS.

Tabel 2.11 Data Pelayanan Resep di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Tahun 2022

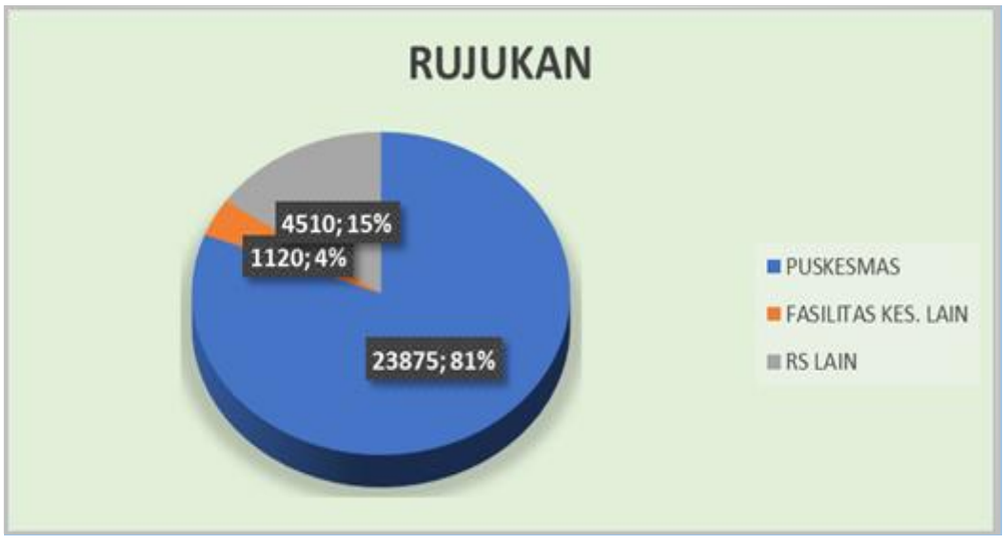
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Total
Rawat Jalan	2899	2604	3299	2943	2955	2968	3015	3197	3151	2909	3108	3118	36166
Rawat Inap	1377	1215	1408	1356	1300	1204	1541	1618	1776	1419	1476	1802	17492
TOTAL	4276	3819	4707	4299	4255	4172	4556	4815	4927	4328	4584	4920	**53658**

Gambar 2.8 Data Pelayanan Resep Rawat Jalan dan Rawat Inap di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Tahun 2022



2.2.1.9 Rujukan

Rujukan yang diterima UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem di tahun 2022 berasal dari Puskesmas, rumah sakit lain, dan fasilitas kesehatan lainnya.



Gambar 2.9
Rujukan Pasien ke UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa
Prof. Dr. Muhammad Ildrem
Tahun 2022

2.2.1.10 Cara Bayar

Berikut cara pembayaran yang dilakukan pasien di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem pada tahun 2022:

Tabel 2.12. Cara Pembayaran Pasien di Rumah Sakit UPTD Khusus RSJ Prof.Dr.Muhammad Ildrem Tahun 2022

	Dinsos/ SKTM	Asuransi Pemerintah	Bayar Sendiri	BNN/ KESBANGPOL
Rawat Inap	85	1002	469	2/10
Rawat Jalan	342	12599	10667	0

2.2.2 Kinerja Aspek Keuangan

Penyelenggaraan Keuangan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Tahun 2022 bersumber dari dana APBD. Realisasi Pendapatan Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr.Muhammad Ildrem.

Tabel 2.13. Target Capaian Program (Outcome) dan kegiatan (Output) UPTDK. RSJ. Prof.Dr. Muhammad Ildrem Provinsi Sumatra Utara

NO	PROGRAM/ KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET KINERJA 2022	
			VOLUME	ANGGARAN (RP)
1	2	3	4	5
1.	**PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI**	Persentase pemenuhan layanan administrasi	100 %	105.699.382.438
	Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen DPA-SKPD dan Laporan Hasil Koordinasi Penyusunan Dokumen DPA-SKPD	5 Dokumen	35.019.208
		Jumlah Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	3 Dokumen	

		Jumlah Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD dan Laporan Hasil Koordinasi Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD	4 Laporan	
	Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Jumlah Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD dan Laporan Hasil Koordinasi Penyusunan Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD	4 Laporan	60.045.412.283
		Jumlah Orang yang Menerima Gaji dan Tunjangan ASN	336 Orang	
	Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	Jumlah orang yang mengikuti bimbingan teknis implementasi Peraturan	15 Orang	55.410.000

		Perundang-Undangan		
	Administrasi Umum Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Bahan Bacaan dan Peraturan Perundang-Undangan yang Disediakan	4 Dokumen	2.634.276.140
		Jumlah Laporan Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	4 Laporan	
		Jumlah Paket Bahan Logistik Kantor yang Disediakan	4 Paket	
		Jumlah Paket Barang Cetakan dan Penggandaan yang Disediakan	4 Paket	
		Jumlah Paket Komponen Instalasi Listrik/ Penerangan Bangunan Kantor yang disediakan	4 Paket	
		Jumlah Paket Peralatan dan Perlengkapan Kantor yang disediakan	4 Paket	
		Jumlah Paket Peralatan Rumah Tangga yang disediakan	4 Paket	
	Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang	Jumlah Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah yang Diadakan	59 Unit	276.506.374

	Urusan Pemerintah Daerah			
	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik yang Disediakan	4 Laporan	1.045.971.000
		Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor yang Disediakan	4 Laporan	
		Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Surat Menyurat	4 Laporan	
	Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Jumlah Kendaraan Dinas Operasional/ Lapangan dan Kendaraan Perorangan Dinas/Kendaraan Dinas Jabatan yang Dipelihara dan Dibayarkan Pajak dan Perizinannya	5 Unit	386.868.672
		Jumlah Peralatan dan Mesin Lainnya yang Dipelihara	196 Unit	
2.	**PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA**	Persentase kunjungan pasien yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar	100 %	40.333.689.321

	KESEHATAN MASYARAKAT			
	Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan	39 Unit	29.606.428.856
		Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Terpelihara Sesuai Standar	115 Unit	
		Jumlah Barang Penunjang Operasional Rumah Sakit yang Disediakan	927 Unit	
		Jumlah Obat, Vaksin, Makanan dan Minuman serta Fasilitas Kesehatan Lainnya yang Disediakan	4 Paket	
		Jumlah Pembangunan Gedung Rumah Sakit	1 Unit	
		Jumlah Prasarana Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan	1 Unit	

			Jumlah Sarana di Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan	25 Unit	
			Jumlah Sarana Fasilitas Layanan Kesehatan yang Dipelihara	1 Unit	
			Jumlah Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan yang Dilakukan Rehabilitasi dan Pemeliharaan oleh Rumah Sakit	14 Unit	
		Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Jumlah Dokumen Hasil Koordinasi dan Sinkronisasi Penerapan SPM Bidang Kesehatan Lintas Kabupaten/ Kota	4 Dokumen	10.191.523.269
			Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat	4 Dokumen	
			Jumlah Dokumen Operasional Pelayanan Rumah Sakit	4 Dokumen	
			Jumlah Dokumen Pendampingan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	4 Dokumen	
			Jumlah Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) yang Mendapatkan Pelayanan	4.750 Orang	

			Kesehatan		
		Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan secara Terintegrasi	Jumlah Alat/Perangkat Sistem Informasi Kesehatan dan Jaringan Internet yang Tersedia	97 Unit	535.737.196
		PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN	Persentase SDMK Yang Terpenuhi Sesuai Standar	90 %	886.229.440
		Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi	Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Kompetensi dan Kualifikasi Meningkat	300 Orang	886.229.440

Tabel 2.14. Capaian Program dan Kegiatan UPTDK. RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem Tahun 2022

No	PROGRAM/ KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET KINERJA		CAPAIAN KINERJA DAN REALISASI KEUANGAN								JUMLAH CAPAIAN DAN REALISASI SAMPAI TW IV		KET
					TRIWULAN I		TRIWULAN II		TRIWULAN III		TRIWULAN IV				
			K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15=7+9+11+13	16
1.	**PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI**	Persentase pemenuhan layanan administrasi	100%	64.479.463.677	25%	4.906.606.230	25%	21.983.481.556	25%	10.053.314.907	25%	25.070.373.759	100%	62.013.776.452	
	Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen DPA- SKPD dan Laporan Hasil Koordinasi Penyusunan Dokumen DPA-SKPD	5 Dokumen	35.019.208	2 Dokumen	-	1 Dokumen	-	1 Dokumen	15.826.700	1 Dokumen	12.438.200	5 Dokumen	28.264.900	

		Jumlah Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	3 Dokumen		1 Dokumen		1 Dokumen		1 Dokumen		-		3 Dokumen		
		Jumlah Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD dan Laporan Hasil Koordinasi Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD	4 Laporan		1 Laporan		1 Laporan		1 Laporan		1 Laporan		4 Laporan		
	Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Jumlah Laporan Keuangan	4	60.045	1	4.659.05	1	21.425.6	1	8.935.30	1	22.908.3	4	57.928.31	

		Akhir Tahun SKPD dan Laporan Hasil Koordinasi Penyusunan Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD	Laporan	.412.283	Laporan	5.891	Laporan	28.264	Laporan	8.629	Laporan	25.030	Laporan	7.814	
		Jumlah Orang yang Menerima Gaji dan Tunjangan ASN	336 Orang		333 Orang		332 Orang		336 Orang		338 Orang		338 Orang		
	Administrasi Kepegawaian	Jumlah orang yang mengikuti	15 Orang	55.410.000	4 Orang	14.665.000	5 Orang	16.560.000	1 Orang		5 Orang	17.499.000	15 Orang	53.974.000	
	Perangkat Daerah	bimbingan teknis implementasi Peraturan Perundang-Undangan								5.250.000					

	Administrasi Umum Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Bahan Bacaan dan Peraturan PerundangUndangan yang Disediakan	4 Dokumen	2.634.276.140	1 Dokumen	3.000.000	1 Dokumen	312.925.630	1 Dokumen	500.276.892	1 Dokumn	1.628.623.745	4 Dokumen	2.444.826.267	
		Jumlah Laporan Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	4 Laporan		1 Laporan		1 Laporan		1 Laporan		1 Laporan		4 Laporan		
		Jumlah Paket Bahan Logistik Kantor yang Disediakan	4 Paket		1 Paket		1 Paket		1 Paket		1 Paket		4 Paket		
		Jumlah Paket Barang Cetakan dan Penggandaan	4 Paket		1 Paket		1 Paket		1 Paket		1 Paket		4 Paket		

		yang Disediakan													
		Jumlah Paket Komponen Instalasi Listrik/ Penerangan Bangunan Kantor yang disediakan	4 Paket		1 Paket		1 Paket		1 Paket		1 Paket		4 Paket		
		Jumlah Paket Peralatan dan Perlengkapan Kantor yang disediakan	4 Paket		1 Paket		1 Paket		1 Paket		1 Paket		4 Paket		
		Jumlah Paket Peralatan Rumah Tangga yang disediakan	4 Paket		1 Paket		1 Paket		1 Paket		1 Paket		4 Paket		
	Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Jumlah Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah	59 Unit	276.506.374	-	-	7 Unit	30.400.000	46 Unit	204.425.185	7 Unit	29.995.800	59 Unit	264.820.985	

		Daerah yang diadakan													
	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik yang Disediakan	4 Laporan	1.045.971.000	1 Laporan	220.807.189	1 Laporan	148.990.498	1 Laporan	275.499.577	1 Laporan	343.790.462	4 Laporan	989.087.726	
		Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor yang Disediakan	4 Laporan		1 Laporan		1 Laporan		1 Laporan		1 Laporan		4 Laporan		
		Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Surat Menyurat	4 Laporan		1 Laporan		1 Laporan		1 Laporan		1 Laporan		4 Laporan		
	Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang	Jumlah Kendaraan Dinas Operasional/	5 Unit	386.	5	9.078.15	5 Unit	48.977.1	5 Unit	116.727.	5	129.70	5 Unit	304.48	

	Urusan Pemerintahan Daerah	Lapangan dan Kendaraan Perorangan Dinas/Kendaraan Dinas Jabatan yang Dipelihara dan Dibayarkan Pajak dan Perizinannya		868.672	Unit	0		64		924	Unit	1.522		4.760	
		Jumlah Peralatan dan Mesin Lainnya yang Dipelihara	196 Unit		1 Unit		19 Unit		64 Unit		60 Unit		144 Unit		
2.	**PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT**	Persentase kunjungan pasien yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar	100%	40.333.689.321	25%	1.758.316.549	25%	3.403.277.811	25%	4.996.263.113	25%	25.175.760.077	100%	35.333.617.550	
	Penyediaan Fasilitas Pelayanan,	Jumlah Alat Kesehatan/Alat													

	Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan	39 Unit	29.606.428.856	-	563.954.696	-	1.661.637.121	-	2.565.391.479	39 Unit	20.438.486.637	39 Unit	25.229.469.933	
		Jumlah Alat Kesehatan/ Alat Penunjang Medik Fasilitas	115 Unit		-		-		10 Unit		66 Unit		76 Unit		
		Layanan Kesehatan yang Terpelihara Sesuai Standar													
		Jumlah Barang Penunjang Operasional Rumah Sakit yang Disediakan	927 Unit		63 Unit		88 Unit		126 Unit		515 Unit		792 Unit		
		Jumlah Obat, Vaksin, Makanan dan	4 Paket		1 Paket		1 Paket		1 Paket		1 Paket		4 Paket		

		Minuman serta Fasilitas Kesehatan Lainnya yang Disediakan													
		Jumlah Pembangunan Gedung Rumah Sakit	1 Unit		-		-		-		1 Unit		1 Unit		
		Jumlah Prasarana Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan	1 Unit		-		-		-		1 Unit		1 Unit		
		Jumlah Sarana di Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan	25 Unit		3 Unit		12 Unit		-		10 unit		22 Unit		
		Jumlah Sarana Fasilitas Layanan	1 Unit		-		-		-		1 Unit		1 Unit		

		Kesehatan yang Dipelihara													
		Jumlah Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan yang Dilakukan Rehabilitasi dan Pemeliharaan oleh Rumah Sakit	14 Unit		-		-		-		14 Unit		14 Unit		
	Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Jumlah Dokumen Hasil Koordinasi dan Sinkronisasi Penerapan SPM Bidang Kesehatan Lintas Kabupaten/ Kota	4 Dokumen	10.191.523.269	1 Dokumen	1.194.111.853	1 Dokumen	1.726.810.690	1 Dokumen	2.242.571.534	1 Dokumen	4.425.105.556	4 Dokumen	9.588.599.633	
		Jumlah Dokumen Hasil	4		1		1		1		1		4		

		Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat	Dokumen		Dokumen		Dokumen		Dokumen		Dokumen		Dokumen		
		Jumlah Dokumen Operasional Pelayanan Rumah Sakit	4 Dokumen		1 Dokumen		1 Dokumen		1 Dokumen		1 Dokumen		4 Dokumen		
		Jumlah Dokumen Pendampingan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	4 Dokumen		1 Dokumen		1 Dokumen		1 Dokumen		1 Dokumen		4 Dokumen		
		Jumlah Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan	4.750 Orang		1346 Orang		1307 Orang		1372 Orang		1334 Orang		5.359 Orang		
	Penyelenggaraan	Jumlah													

	Sistem Informasi Kesehatan secara Terintegrasi	Alat/Perangkat Sistem Informasi Kesehatan dan Jaringan Internet yang Tersedia	97 Unit	535.737.196	1 Unit	250.000	3 Unit	14.830.000	35 Unit	188.300.100	58 Unit	312.167.884	97 Unit	515.547.984	
3.	**PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**	Persentase SDMK Yang Terpenuhi Sesuai Standar	90%	886.229.440	0,06 %	520.000	15,77 %	139.800.917	28,50 %	252.558.504	60,67 %	335.354.068	105%	728.233.489	
	Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi	Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Kompetensi dan Kualifikasi Meningkat	300 Orang	886.229.440	-	520.000	47 Orang	139.800.917	86 Orang	252.558.504	182 Orang	335.354.068	315 Orang	728.233.489	

Tabel 2.15 Realisasi Pendapatan UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa

NO	Kode Rekening	Nama Rekening	Target	Unit Pengelola	Realisasi Penerimaan		Jumlah	%
					Sampai 30-11-2022	2022-12-01 s/d 2022-12-31		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
4 PENDAPATAN DAERAH			**10.860.000.000,00**		**7.967.220.604,00**	**1.908.572.695,00**	**9.875.793.299,00**	**90,94**
4.1 PENDAPATAN ASLI DAERAH (PAD)			**10.860.000.000,00**		**7.967.220.604,00**	**1.908.572.695,00**	**9.875.793.299,00**	**90,94**
4.1.2 Retribusi Daerah			**10.860.000.000,00**		**7.967.220.604,00**	**1.908.572.695,00**	**9.875.793.299,00**	**90,94**
4.1.2.1 Retribusi Jasa Umum			**10.860.000.000,00**		**7.967.220.604,00**	**1.908.572.695,00**	**9.875.793.299,00**	**90,94**
4.1.2.1.1 Retribusi Pelayanan Kesehatan			**10.860.000.000,00**		**7.967.220.604,00**	**1.908.572.695,00**	**9.875.793.299,00**	**90,94**
	4.1.2.1.1.6	Retribusi Pelayanan Kesehatan diTempat Pelayanan Kesehatan Lainnya yang Sejenis	10.860.000.000,00	Rumah Sakit Jiwa	7.967.220.604,00	1.908.572.695,00	9.875.793.299,00	90,94
			Jumlah Pendapatan	**10.860.000.000,00**	**7.967.220.604,00**	**1.908.572.695,00**	**9.875.793.299,00**	**90,94**
			Kas di RKUD per 2022-01-01				**0,00**	
			Jumlah Penerimaan	**10.860.000.000,00**	**7.967.220.604,00**	**1.908.572.695,00**	**9.875.793.299,00**	**90,94**
			Jumlah PAD	**10.860.000.000,00**	**7.967.220.604,00**	**1.908.572.695,00**	**9.875.793.299,00**	**90,94**
			Jumlah di luar PAD	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Tabel 2.16. Sumber Pendapatan UPTDK. RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provinsi Sumatera Utara Tahun 2022

PENERIMAAN		
No.	**Uraian**	**Jumlah (Rp)**
1	2	3
1	Rawat Inap Kelas I Rawat Inap Kelas II Rawat Inap Kelas III	58.900.000 247.450.000 599.775.000
2	Laboratorium	66.873.000
3	Obat-Obatan	475.095.863
4	Injeksi	9.177.000
5	Rehabilitasi	4.400.000
6	UGD	14.040.000
7	Poliklinik	90.910.000
8	MOU/Kerjasama	55.500.000
9	Praktek Co ass	31.600.000
10	Praktek siswa	86.871.000
11	Sewa Gedung	6.200.000
12	Pemeriksaan narkoba	13.950.000
13	Surat Bebas Narkoba	9.750.000
14	Surat berbadan sehat	6.240.000
15	Visum	5.300.000
16	MMPI	9.300.000
17	Keswa	15.800.000
18	Konseling	3.160.000
19	Test 16 PF	200.000
20	Test Papi Costic	100.000
21	Tes EPPS	400.000
22	Test IST	750.000
23	Test Warteg	400.000
24	Test Grafis	800.000
25	Naik Kelas BPJS	7.082.926.676
26	Rehabilitasi Napza	412.022.013
27	EEG	26.449.100
28	Cabut Gigi Dewasa	81.972.881
29	Cabut Gigi Anak	2.640.000
30	Tambal Gigi	1.150.000
31	Pemeriksaan Gigi	60.000
32	Pemasangan Infus	425.000
33	Pemasangan Oksigen	80.000
34	Test CPM	656.000
35	Test SPM	30.000
36	Test CAT	520.000
37	Tes Woodworth Guest	180.000
38	Tes CFIT	780.000
39	Penelitian	60.000
40	Pelayanan Ambulan	40.000
41	Tes IQ	7.250.000

42	Tes Pauli	2.025.000
43	ECT	20.000
44	Test WAIS	225.000
45	Test WISC	380.000
46	Surat Keterangan Sakit	320.000
47	Klaim Unregister	240.000
48	Day Care	150.000
49	Hekting	34.337.800
50	Pulpa Gigi	40.000
51	Scalling Gigi	60.000
52	Cabut Gigi dengan penyulit	150.000
53	Test RMIB	675.000
54	Exercise Therapy	150.000
55	SWD	25.000
56	Dispute Covid 19	60.000
57	Test CAQ	45.000
58	Test Binet Simon	357.936.000
59	Konseling Online	25.000
60	Infrared	240.000
61	Rehabilitasi Psikososial	60.000
62	Kesbangpol/Napza	47.040.000
63	BPJS	426.000
63	Jasa Giro TA. 2022	964.966
	J U M L A H	**9.875.793.299**

2.2.3 Kinerja Aspek Sumber Daya Manusia (SDM)

Untuk menjalankan operasionalnya UPTD. Khusus RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem didukung oleh sumber daya manusia yang terdiri dari medis dan non medis, psikiater, dokter umum, psikolog, dan lain-lain.Ketersediaan jumlah tenaga kesehatan di UPTD. Khusus RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem masih memerlukan peningkatan baik dari kuantitas dan kualitas untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. UPTD. RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem telah membuat analisa beban kerja dan analisa jabatan sebagai dasar perhitungan kebutuhan SDM.

Tabel 2.17. Data Eksisting dan Kebutuhan SDM UPTD. Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

NO	NAMA JABATAN	KEBUTUHAN	SUDAH TERISI	KEKURANGAN
A	**Dokter**			
1	Dokter Ahli Utama	1	0	1
2	Dokter Ahli Madya	19	19	0
3	Dokter Ahli Muda	12	0	12
4	Dokter Ahli Pertama	13	2	11
	TOTAL	45	21	24
B	**Perawat**			
1	Perawat Ahli Utama	1	0	1
2	Perawat Ahli Madya	49	38	11
3	Perawat Ahli Muda	59	44	15
4	Perawat Ahli Pertama	67	15	52
5	Perawat Penyelia	18	24	+6
6	Perawat Mahir	32	20	12
7	Perawat Terampil	47	37	10
	TOTAL	273	178	95
C	**Apoteker**			
1	ApotekerAhli Utama	0	0	0
2	Apoteker Ahli Madya	3	2	1
3	Apoteker Ahli Muda	5	0	5
4	Apoteker Ahli Pertama	6	5	1
	TOTAL	14	7	7
D	**Asisten Apoteker**			
1	Asisten Apoteker Penyelia	10	5	5
2	Asisten Apoteker Mahir	8	2	6
3	Asisten Apoteker Terampil	10	6	4
	TOTAL	28	13	15
E	**Nutrisionis**			
1	Nutrisionis Ahli Madya	1	0	1
2	Nutrisionis Ahli Muda	3	0	3
3	Nutrisionis Ahli Pertama	3	0	3
4	Nutrisionis Penyelia	8	5	3
5	Nutrisionis Pelaksana Lanjutan	5	3	2
6	Nutrisionis Pelaksana	2	2	0
	TOTAL	22	10	12
F	**Perekam Medis**			

1	Perekam Medis Ahli Madya	1	0	1
2	Perekam Medis Ahli Muda	2	0	2
3	Perekam Medis Ahli Pertama	2	0	2
4	Perekam Medis Penyelia	12	2	10
5	Perekam Medis Mahir	10	0	10
6	Perekam Medis Terampil	10	6	4
	TOTAL	37	8	29
G	**Radiografer**			
1	Radiografer Penyelia	3	1	2
2	Radiografer Mahir	2	0	2
3	Radiografer Terampil	2	0	2
	TOTAL	7	1	6
H	**Pranata Laboratorium Kesehatan**			
1	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Madya	1	0	1
2	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Muda	2	0	2
3	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Pertama	2	1	1
4	Pranata Laboratorium Kesehatan Penyelia	6	3	3
5	Pranata Laboratorium Kesehatan Mahir	3	0	3
6	Pranata Laboratorium Kesehatan Terampil	4	2	2
	TOTAL	18	6	12
I	**Bidan**			
1	Bidan penyelia	2	2	0
2	Bidan Mahir	1	0	1
3	Bidan Terampil	1	0	1
	TOTAL	4	2	2
J	**Terapis Gigi dan Mulut**			
1	Terapis Gigi dan Mulut penyelia	3	1	2
2	Terapis Gigi dan Mulut Mahir	2	0	2
3	Terapis Gigi dan Mulut Terampil	2	0	2
	TOTAL	7	1	6

K	**Analis Sumber Daya Manusia Aparatur**			
1	Analis Sumber Daya Manusia Aparatur Utama	0	0	0
2	Analis Sumber Daya Manusia Aparatur Madya	1	0	1
3	Analis Sumber Daya Manusia Aparatur Muda	2	1	1
4	Analis Sumber Daya Manusia Aparatur Pertama	2	1	1
	TOTAL	5	2	3
L	**Administrator Kesehatan**			
1	Administrator Kesehatan Ahli Madya	1	0	1
2	Administrator Kesehatan Ahli Muda	5	0	5
3	Administrator Kesehatan Ahli Pertama	5	1	4
	TOTAL	11	1	10
M	**Pranata Komputer**			
1	Pranata Komputer Ahli Utama	0	0	0
2	Pranata Komputer Ahli Madya	0	0	0
3	Pranata Komputer Ahli Muda	1	0	1
4	Pranata Komputer Ahli Pertama	1	0	1
5	Pranata Komputer Penyelia	1	0	1
6	Pranata Komputer Mahir	1	0	1
7	Pranata Komputer Terampil	2	1	1
	TOTAL	6	1	5
N	**ARSIPARIS**			
1	Arsiparis Ahli Utama	0	0	0
2	Arsiparis Ahli Madya	1	0	1
3	Arsiparis Ahli Muda	1	0	1
4	Arsiparis Ahli Pertama	1	0	1
5	Arsiparis Penyelia	1	0	1

6	Arsiparis Mahir	2	0	2
7	Arsiparis Terampil	2	0	2
	TOTAL	8	0	8
O	**PERENCANA**			
1	Perencana Ahli Utama	0	0	0
2	Perencana Ahli Madya	1	0	2
3	Perencana Ahli Muda	1	0	1
4	Perencana Ahli Pertama	2	0	2
	TOTAL	4	0	5
P	**DOKTER GIGI**			
1	Dokter Gigi Ahli Utama	2	2	0
2	Dokter Gigi Ahli Madya	3	3	0
3	Dokter Gigi Ahli Muda	2	0	2
4	Dokter Gigi Ahli Pertama	2	2	0
	TOTAL	9	7	2
Q	**PEKERJA SOSIAL**			
1	Pekerja Sosial Ahli Utama	0	0	0
2	Pekerja Sosial Ahli Madya	1	0	1
3	Pekerja Sosial Ahli Muda	2	0	2
4	Pekerja Sosiali Ahli Pertama	2	2	0
	TOTAL	5	2	3
R	**PENYULUH KESEHATAN MASYARAKAT**			
1	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Ahli Madya	8	8	0
2	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Ahli Muda	8	6	2
3	Penyuluh Kesehatan Masyarakat Ahli Pertama	2	2	0
	TOTAL	18	16	2
S	**FISIOTERAPIS**			
1	Fisioterapis Ahli Madya	1	0	1
2	Fisioterapis Ahli Muda	3	3	0
3	Fisioterapis Ahli Pertama	1	0	1
4	Fisioterapis Penyelia	1	0	1
5	Fisioterapis Mahir	2	0	2
6	Fisioterapis Terampil	2	2	0
	TOTAL	10	5	5
T	**SANITARIAN**			
1	Sanitarian Ahli Madya	1	0	1
2	Sanitarian Ahli Muda	2	0	2

3	Sanitarian Ahli Pertama	3	0	3
4	Sanitarian Penyelia	2	1	1
5	Sanitarian Mahir	3	0	3
6	Sanitarian Terampil	3	3	0
	TOTAL	14	4	10
U	**TEKNISI ELEKTTROMEDIS**			
1	Teknisi Elektromedis Ahli Madya	1	0	1
2	Teknisi Elektromedis Ahli Muda	1	0	1
3	Teknisi Elektromedis Ahli Pertama	2	0	2
4	Teknisi Elektromedis Penyelia	3	3	0
5	Teknisi Elektromedis Mahir	3	0	3
6	Teknisi Elektromedis Terampil	3	3	0
	TOTAL	13	6	7
V	**PSIKOLOG KLINIS**			
1	Psikolog Klinis Ahli Madya	2	1	1
2	Psikolog Klinis Ahli Muda	3	1	2
3	Psikolog Klinis Ahli Pertama	4	2	2
	TOTAL	9	4	5
W	**TERAPIS WICARA**			
1	Terapis Wicara Penyelia	1	0	1
2	Terapis Wicara Mahir	1	0	1
3	Terapis Wicara Terampil	1	0	1
	TOTAL	3	0	3
X	**TERAPIS OKUPASI**			
1	Terapis Okupasi Penyelia	1	0	1
2	Terapis Okupasi Mahir	1	0	1
3	Terapis Okupasi Terampil	1	0	1
	TOTAL	3	0	3

Dalam memberikan pelayanan, berbagai profesi yang bekerja telah memiliki STR/SIP/SIK sebagai unsur utama perizinan tindakan. Tenaga Kesehatan yang bertugas juga secara rutin dan berkesinambungan telah di

kredensial oleh masing-masing komite baik oleh Komite Medis, Komite Keperawatan dan juga Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang ada.

Selain memiliki pegawai dengan status Aparatur Sipil Negara (ASN), UPTD.Khusus RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem juga bekerjasama dengan beberapa tenaga Dokter Spesialis lain untuk mengembangkan layanan demi memenuhi standar dan kebutuhan peningkatan mutu pelayanan, hal ini disebabkan karena masih kurangnya kebutuhan tenaga Dokter Spesialis dan Sub Spesialis.

Dalam pemenuhan kebutuhan Dokter Spesialis maka UPTD. Khusus RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem bekerjasama dengan beberapa tenaga Dokter Spesialis pada awal tahun 2023 untuk mengembangkan layanan demi memenuhi standar dan kebutuhan peningkatan mutu pelayanan yang disajikan pada tabel berikut :

Tabel 2.18. Data Tenaga Kesehatan yang Bekerjasama dengan UPTD. Khusus RSJ. Prof.Dr.Muhammad Ildrem

JENIS TENAGA SPESIALIS	JUMLAH (ORANG)
Dokter Spesialis Penyakit Dalam	1
Dokter Spesialis Anastesi	1
Dokter Spesialis Radiologi	1
Dokter Spesiali Jiwa	1
Dokter Sub Spesialis Jiwa (Konsultan Anak dan Remaja)	1
Dokter Sub Spesialis Jiwa (Konsultan Psikiatri Biologik dan Psikofarmakologi)	1

Sumber : Bagian Kepegawaian RS Jiwa Prof.Dr.Muhammad Ildrem Tahun 2023

Berikut data kebutuhan SDM dari tahun 2023 sampai dengan 2026, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.19. KEBUTUHAN TENAGA UNTUK MASA 5 TAHUN DI SETIAP UNIT KERJA DI UPTD. KHUSUS RUMAH SAKIT JIWA PROF. DR MUHAMMAD ILDREM PROVINSI SUMATERA UTARA

NO	NAMA JABATAN	PENDIDIKAN (MIN D3)	ANALIS BEBAN KERJA (ABK)	SUDAH TERISI	KEKURANGAN	TAHUN							
						2023		2024		2025		2026	
						ABK	BUP (Batas Usia Pensiun)	ABK	BUP (Batas Usia Pensiun)	ABK	BUP (Batas Usia Pensiun)	ABK	BUP (Batas Usia Pensiun)
1	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Ahli Utama	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
2	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Ahli Madya	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	4	4	0	1	1	0	0	0	0	0	0
3	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Ahli Muda	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0

4	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Ahli Pertama	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0
5	Dokter Sub Spesialis Kedokteran Jiwa Geriatri Ahli Muda	S-3 Profesi Dokter Spesialis-2 (Konsultan)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
6	Dokter Sub Spesialis Kedokteran Jiwa Geriatri Ahli Pertama	S-3 Profesi Dokter Spesialis-2 (Konsultan)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
7	Dokter Sub Spesialis Kedokteran Jiwa Anak dan Remaja Ahli Muda	S-3 Profesi Dokter Spesialis-2 (Konsultan)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
8	Dokter Sub Spesialis Kedokteran Jiwa Anak dan Remaja Ahli Pertama	S-3 Profesi Dokter Spesialis-2 (Konsultan)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
9	Dokter Sub Spesialis Kedokteran	S-3 Profesi Dokter	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

	Jiwa Ahli Muda	Spesialis-2 (Konsultan)											
10	Dokter Sub Spesialis Kedokteran Jiwa Ahli Pertama	S-3 Profesi Dokter Spesialis-2 (Konsultan)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
11	Dokter Spesialis Rehabilitasi Medis Ahli Pertama	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
12	Dokter Spesialis Anastesi Ahli Muda	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
13	Dokter Spesialis Anastesi Ahli Pertama	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
14	Dokter Spesialis Radiologi Ahli Muda	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
15	Dokter Spesialis Radiologi Ahli Pertama	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

16	Dokter Spesialis Penyakit Dalam Ahli Muda	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
17	Dokter Spesialis Penyakit Dalam Ahli Pertama	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
18	Dokter Spesialis Neurologi Ahli Madya	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	1	1	0		0	0	0	0	0	0	0
19	Dokter Spesialis Neurologi Ahli Muda	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
20	Dokter Spesialis Neurologi Ahli Pertama	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
21	Dokter Spesialis Bedah Umum Ahli Muda	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
22	Dokter Spesialis Bedah	S-2 Profesi Dokter Spesialis-1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

	Umum Ahli Pertama												
23	Dokter Umum Ahli Muda	S1 Kedokteran	2	0	2		0	0	0	1	0	1	
24	Perawat Ahli Utama	S1 Keperawatan + Ners	1	0	1		0	1	0				
25	Perawat Ahli Madya	S1 Keperawatan + Ners	49	38	11	6	0	6	1	3	3	4	4
26	Perawat Ahli Muda	S1 Keperawatan + Ners	59	44	15	5	0	5		5			
27	Perawat Ahli Pertama	S1 Keperawatan + Ners	67	15	52	15	0	15		10		10	
28	Perawat Penyelia	D3 Keperawatan	18	24	+6		0		3				1
29	Perawat Mahir	D3 Keperawatan	32	20	12	5	0	5		2			
30	Perawat Terampil	D3 Keperawatan	47	37	10	10	0	0	0	0	0	0	0
31	Apoteker Ahli Madya	S1 Farmasi + Apoteker	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
32	Apoteker Ahli Muda	S1 Farmasi + Apoteker	5	0	5	1	0	1		1		1	
33	Apoteker Ahli Pertama	S1 Farmasi + Apoteker	6	5	1		0	1					

34	Asisten Apoteker Penyelia	D3 Farmasi	10	5	5	2	0	2		2	2	1	
35	Asisten Apoteker Mahir	D3 Farmasi	8	2	6		0	2		2			
36	Asisten Apoteker Terampil	D3 Farmasi	10	6	4	4	0	0	0	0	0	0	0
37	Nutrisionis Ahli Madya	S1 Gizi	1	0	1		0	0	0	0	0	0	0
38	Nutrisionis Ahli Muda	S1 Gizi	3	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0
39	Nutrisionis Ahli Pertama	S1 Gizi	3	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0
40	Nutrisionis Penyelia	D3 Gizi	8	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0
41	Nutrisionis Pelaksana Lanjutan	D3 Gizi	5	3	2	0	0	0	0	2	0	0	0
42	Nutrisionis Pelaksana	D3 Gizi	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
43	Perekam Medis Ahli Madya	S1 Perekam Medis	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
44	Perekam Medis Ahli Muda	S1 Perekam Medis	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0

45	Perekam Medis Ahli Pertama	S1 Perekam Medis	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
46	Perekam Medis Penyelia	D3 Perekam Medis	12	2	10	2	0	2	0	3	0	2	0
47	Perekam Medis Mahir	D3 Perekam Medis	10	0	10	2	0	2	0	2	0	2	0
48	Perekam Medis Terampil	D3 Perekam Medis	10	6	4	4	0	0	0	0	0	0	0
49	Radiografer Penyelia	D3 Radiologi	3	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0
50	Radiografer Mahir	D3 Radiologi	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
51	Radiografer Terampil	D3 Radiologi	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
52	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Madya	S1 Analis Kesehatan	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
53	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Muda	S1 Analis Kesehatan	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
54	Pranata Laboratorium	S1 Analis Kesehatan	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0

	Kesehatan Ahli Pertama												
55	Pranata Laboratorium Kesehatan Penyelia	D3 Analis Kesehatan	6	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0
56	Pranata Laboratorium Kesehatan Mahir	D3 Analis Kesehatan	3	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0
57	Pranata Laboratorium Kesehatan Terampil	D3 Analis Kesehatan	4	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
58	Bidan penyelia	D3 Bidan	2	2	0	1	1	1	0	1	1	1	0
59	Bidan Mahir	D3 Bidan	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
60	Bidan Terampil	D3 Bidan	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
61	Terapis Gigi dan Mulut penyelia	D3 Keperawatan Gigi	3	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0
62	Terapis Gigi dan Mulut Mahir	D3 Keperawatan Gigi	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0

63	Terapis Gigi dan Mulut Terampil	D3 Keperawatan Gigi	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
64	Analis Sumber Daya Manusia Aparatur Madya	S1 Psikologi	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
65	Analis Sumber Daya Manusia Aparatur Muda	S1 Psikologi	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
66	Analis Sumber Daya Manusia Aparatur Pertama	S1 Psikologi	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
67	Administrator Kesehatan Ahli Madya	S1 Kesehatan Masyarakat	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
68	Administrator Kesehatan Ahli Muda	S1 Kesehatan Masyarakat	5	0	5	5	0	0	0	0	0	0	0
69	Administrator Kesehatan Ahli Pertama	S1 Kesehatan Masyarakat	5	1	4	4	0	0	0	0	0	0	0

70	Pranata Komputer Ahli Muda	S1 Teknik Informatika	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
71	Pranata Komputer Ahli Pertama	S1 Teknik Informatika	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
72	Pranata Komputer Penyelia	D3 Teknik Informatika	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
73	Pranata Komputer Mahir	D3 Teknik Informatika	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
74	Pranata Komputer Terampil	D3 Teknik Informatika	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
75	Arsiparis Ahli Madya	S1 Perpustakaan	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
76	Arsiparis Ahli Muda	S1 Perpustakaan	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
77	Arsiparis Ahli Pertama	S1 Perpustakaan	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
78	Arsiparis Penyelia	D3 Perpustakaan	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
79	Arsiparis Mahir	D3 Perpustakaan	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
80	Arsiparis Terampil	D3 Perpustakaan	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
81	Perencana Ahli Madya	S-1 /D-4 bidang Teknik	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0

		Ekonomi/Sosial/Politik											
82	Perencana Ahli Muda	S-1 /D-4 bidang Teknik Ekonomi/Sosial/Politik	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
83	Perencana Ahli Pertama	S-1 /D-4 bidang Teknik Ekonomi/Sosial/Politik	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
84	Dokter Gigi Ahli Utama	S1 Kedokteran Gigi	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85	Dokter Gigi Ahli Madya	S1 Kedokteran Gigi	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
86	Dokter Gigi Ahli Muda	S1 Kedokteran Gigi	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0
87	Dokter Gigi Ahli Pertama	S1 Kedokteran Gigi	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
88	Pekerja Sosial Ahli Madya	S1 Pekerja Sosial	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
89	Pekerja Sosial Ahli Muda	S1 Pekerja Sosial	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0

90	Pekerja Sosiali Ahli Pertama	S1 Pekerja Sosial	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
91	Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Madya	S1 Kesehatan Masyarakat	8	8	0	2	2	0	0	1	1	0	0
92	Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Ahli Muda	S1 Kesehatan Masyarakat	8	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0
93	Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Ahli Pertama	S1 Kesehatan Masyarakat	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
94	Fisioterapis Ahli Madya	S1 Fisioterapis	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
95	Fisioterapis Ahli Muda	S1 Fisioterapis	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
96	Fisioterapis Ahli Pertama	S1 Fisioterapis	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
97	Fisioterapis Penyelia	D3 Fisioterapis	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

98	Fisioterapis Mahir	D3 Fisioterapis	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
99	Fisioterapis Terampil	D3 Fisioterapis	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
100	Sanitarian Ahli Madya	S1 Sanitarian	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
101	Sanitarian Ahli Muda	S1 Sanitarian	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
102	Sanitarian Ahli Pertama	S1 Sanitarian	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
103	Sanitarian Penyelia	D3 Sanitarian	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
104	Sanitarian Mahir	D3 Sanitarian	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
105	Sanitarian Terampil	D3 Sanitarian	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
106	Teknisi Elektromedis Ahli Madya	S1 Teknik Elektromedik	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
107	Teknisi Elektromedis Ahli Muda	S1 Teknik Elektromedik	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
108	Teknisi Elektromedis Ahli Pertama	S1 Teknik Elektromedik	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0
109	Teknisi Elektromedis Penyelia	D3 Teknik Elektromedik	3	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0

110	Teknisi Elektromedis Mahir	D3 Teknik Elektromedik	3	0	3	0	0	0	0	1	0	1	0
111	Teknisi Elektromedis Terampil	D3 Teknik Elektromedik	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
112	Psikolog Klinis Ahli Madya	S2 Magister Psikologi Profesi	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0
113	Psikolog Klinis Ahli Muda	S2 Magister Psikologi Profesi	3	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0
114	Psikolog Klinis Ahli Pertama	S2 Magister Psikologi Profesi	4	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0
115	Terapis Wicara Penyelia	D3 Terapi Wicara	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
116	Terapis Wicara Mahir	D3 Terapi Wicara	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
117	Terapis Wicara Terampil	D3 Terapi Wicara	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
118	Terapis Okupasi Penyelia	D3 Terapi Okupasi	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
119	Terapis Okupasi Mahir	D3 Terapi Okupasi	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

120	Terapis Okupasi Terampil	D3 Terapi Okupasi	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
121	Pengolah Daftar Gaji	D3 Akuntansi/S1 Keuangan	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
122	Verfikator Anggaran	D3 Akuntansi/S1 Keuangan	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
123	Penata Laporan Keuangan	D3 Akuntansi/S1 Keuangan	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
124	Juru Pungut Retribusi	D3 Akuntansi/S1 Keuangan	5	0	5	5	0	0	0	0	0	0	0
125	Pengadminis trasi Keuangan	D3 Akuntansi/S1 Keuangan	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
126	Pengelola Pemanfaata n BMD	D3/S1 Manajemen/A dministrasi	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
127	Pengadminis trasi Umum	D3 Manajemen Perkantoran	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
128	Pengadminis trasi Persuratan	D3 Administrasi	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
129	Pengelola Layanan Kehumasan	D3 Kehumasan/ Manajemen	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

130	Konselor Wanita	S-1 Hubungan Internasional / Hukum/Ekonomi	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
131	Pengadministrasi Gudang Farmasi	DIII Administrasi perkantoran	1	0	1		0	1	0		0	0	0
132	TEKNISI ELEKTRONIK	DIII Teknik elektronika	2	0	2	1	0		0	1	0	0	0
133	TEKNISI SIPIL	DIII Teknik sipil	4	0	4	1	0	1	0	1	0	1	0
134	TEKNISI LISTRIK, TELEPON, AC, DAN LIFT	DIII Teknik elektro	2	0	2	1	0	1	0		0	0	0
135	TEKNISI MESIN	DIII Teknik Mesin	2	0	2	1	0		0	1	0	0	0
136	Pengelola Penyelenggaraan Diklat	D-3 bidang Manajemen/ Administrasi/ Psikologi	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
137	Pengelola Perpustakaan	D-3 Perpustakaan /Sejarah	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

138	Analis Perencanaan	S-1 Teknik Ekonomi/Sosial/Politik	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
139	Pengelola Kepegawaian	D3 Manajemen/Administrasi	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0

Ketersediaan jumlah tenaga kesehatan di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem masih memerlukan peningkatan baik dari kuantitas dan kualitas untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, profesi kesehatan telah memiliki Surat Izin Praktik (SIP) sebagai unsur utama perizinan tindakan medis individual.

2.2.4 Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana

UPTDK RSJ Prof. Dr. Muhammad Ildrem memiliki sarana dan prasarana yang cukup memadai untuk mendukung pelaksanaan tugas pokok dan dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 2.20. Data Sarana Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Tahun 2023

No	Uraian	Jumlah
1	Tanah	38.210 m^2
2	Gedung dan Bangunan Kantor	28.507 m^2
3	Kapasitas Rawat Inap	300 TT
4	Fasilitas Rawat Inap	
	Kelas I	10 TT
	Kelas II	84 TT
	Kelas III	162 TT
	Khusus	44 TT
5	Fasilitas Rawat Jalan	1 ruang
	Klinik Jiwa	1 ruang
	Klinik Psikiatri Anak dan Remaja	1 ruang
	Klinik Psikiatri Dewasa	1 ruang
	Klinik Psikogeriatri	1 ruang
	Klinik Anak	1 ruang
	Klinik Kesehatan Gigi dan Mulut	1 ruang
	Klinik Napza	1 ruang
	Klinik Neurologi	1 ruang
	Klinik Psikologi	1 ruang
	Klinik Penyakit Dalam/Klinik Umum	1 ruang
	Klinik TB DOTS dan HIV-AIDS	1 ruang
6	Fasilitas Lainnya	1 ruangan
	Instalasi Gawat Darurat	1 ruangan
	Instalasi Rehabilitasi	1 ruangan
	Medik/Fisioterapi	1 ruangan
	Instalasi Rehabilitasi Psikososial	1 ruangan
	Instalasi Keswamas PKRS/PPI	1 ruangan
	Instalasi Farmasi	1 ruangan
	Instalasi Gizi	1 ruangan

	Instalasi Laboratorium	1 ruangan
	Instalasi Radiologi	1 ruangan
	Instalasi Elektromedik	1 ruangan
	Instalasi Pemulasaraan Jenazah	1 ruangan
	Instalasi Rekam Medis	1 ruangan
	Instalasi Loundry	1 ruangan
	Instalasi CSSD	1 ruangan
	Instalasi IPSRS	1 ruangan
	Instalasi Sanitasi	1 ruangan
	Ambulans	3 unit

Sumber : Bagian Umum RS Jiwa Prof.Dr.Muhammad Ildrem Tahun 2023

Tantangan Strategi

1. Identifikasi Permasalahan

Dalam Visi Indonesia 2045 Berdaulat, Maju, Adil dan Makmur yang didalamnya disebutkan Pilar Pembangunan Indonesia 2045 salah satunya adalah Pembangunan Manusia dan Penguasaan IPTEK dengan cara meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas hidup rakyat.

Dalam pencapaian Visi Indonesia 2045 tersebut maka disusunlah RKP tahun 2024 dengan tema Peningkatan Produktivitas untuk Transformasi Ekonomi yang Inklusif dan Berkelanjutan dimana *focus* dan *highlight major project* RKP salah satunya disebutkan peningkatan kualitas SDM Kesehatan dan Pendidikan.

Di Provinsi Sumatera Utara pada tahun 2022 Nilai Indikator Usia Harapan Hidup yang belum tercapai sehingga dapat diartikan bahwa belum optimalnya derajat Kesehatan dan hal ini dapat disebabkan oleh belum maksimalnya daya tampung rumah sakit, ketersediaan SDM sesuai kompetensi yang masih kurang, dan kurangnya mutu dan pelayanan rumah sakit secara umum.

Permasalahan yang telah disebutkan tadi merupakan permasalahan yang ada di Provinsi Sumatera Utara, dan hal tersebut menjadi sebab akibat oleh hal-hal berikut:

1. Regulasi Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan yang harus dipenuhi oleh UPTD. Khusus RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem untuk menjadi Rumah Sakit Kelas A, termasuk didalamnya:

- Kapasitas dan Kualitas SDM di beberapa bidang tertentu masih kurang sesuai Anjab dan ABK tahun 2022.
- Sarana dan prasarana belum sesuai standarisasi Rumah Sakit Kelas A dan kriteria KRIS JKN pada RS Jiwa karena keterbatasan anggaran.

2. Banyaknya pemakai narkoba di masyarakat sehingga daya tampung pelayanan Napza masih kurang.
3. Belum optimalnya akreditasi rumah sakit yang disebabkan oleh belum optimalnya nilai instrumen-instrumen yang menjadi standart akreditasi rumah sakit sehingga UPTD. Khusus RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem masih tingkat Madya
4. Bertambahnya badan usaha pemberi layanan kesehatan jiwa seperti rumah sakit maupun klinik, baik dari segi kuantitas maupun kualitas pelayanan, di wilayah Sumatera Utara dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir sehingga UPTD. Khusus RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem dituntut untuk memberikan pelayanan sesuai standar pelayanan minimal yang telah ditentukan.
5. Menghadapi era industri 4.0 dimana perkembangan teknologi terjadi sangat pesat sehingga menuntut setiap institusi/organisasi untuk responsif dan adaptif terhadap perubahan tersebut.
6. Tingginya minat tenaga kesehatan melakukan pendidikan dan penelitian klinis jiwa sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan namun UPTD. Khusus RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provinsi Sumatera Utara belum ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan.
7. Adanya penyakit-penyakit infeksi menular (TBC, HIV/AIDS, Covid-19, dan lain-lain).
8. Kasus-kasus penyakit-penyakit degeneratif yang meningkat.
9. Adanya stigma negatif masyarakat terhadap rumah sakit jiwa, antara lain masih rendahnya kesadaran dan pemahaman masyarakat mengenai kesehatan jiwa dan banyaknya keluarga tidak menerima kembali pasien pulang setelah menjalani perawatan di rumah sakit.

Berikut disajikan tabel rumusan masalah dan akar masalah yang teridentifikasi dalam pencapaian rencana strategis di UPTD. RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem sebagai berikut:

Tabel 2.21. Pemetaan Permasalahan untuk Penentuan Prioritas dan Sasaran Pembangunan Daerah

No	Masalah Pokok	Masalah	Akar Masalah
1	Pemenuhan Klasifikasi RS Kelas A	Belum terpenuhinya standar pelayanan kesehatan jiwa sesuai SPM	1. Belum otimalnya unit-unit pelayanan sesuai standar SPM
		Belum terpenuhinya standar alat kesehatan, sarana dan prasarana rumah sakit	1. Belum terpenuhinya ketersediaan alat kesehatan sesuai standar Kemenkes /ASPAK dengan nilai masih 55,47 pada tahun 2022
		Belum Terpenuhinya SDM Kesehatan, Rumah Sakit	1. Belum terpenuhinya SDM Kesehatan untuk ketersediaan Dokter Spesialis sesuai standart RS Kelas A
2	Akreditasi Paripurna Rumah Sakit	Belum optimalnya nilai instrumen instrumen yang menjadi standar Akreditasi	1. Belum terpenuhinya sistem/pola administasi sesuai standar Akreditasi 2. Minimnya pemahaman pokja – pokja dalam memenuhi Assesment Standar Akreditasi

2.3 Analisa SWOT

Dalam pencapaian visi dan misi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem, maka disusunlah analisis yang berkaitan dengan kekuatan (*strength*), kelemahan/kekurangan (*weakness*), peluang

(*opportunity*), dan ancaman (*threat*). Proses ini akan menentukan tujuan yang spesifik dari spekulasi bisnis dan mengidentifikasi faktor internal dan eksternal yang mendukung dan tidak mendukung dalam mencapai tujuan bisnis.

Tabel 2.22. Faktor-faktor yang Membentuk Kekuatan dan Kelemahan di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

No	Faktor Kekuatan	Faktor Kelemahan
1	Satu-satunya rumah sakit jiwa milik pemerintah di Sumatera Utara	Angka ALOS tinggi karena sulit memulangkan pasien
2	SDM yang baik dan terlatih	Jumlah dan jenis SDM masih belum mencukupi
3	Sarana dan prasarana yang memadai	Terbatasnya anggaran
4	BOR yang meningkat	Kompetensi SDM masih kurang
5	Tingkat kepercayaan masyarakat yang tinggi pada Rumah Sakit Jiwa	Penetapan kelas rumah sakit oleh BPJS masih Kelas B
6	Memiliki kerjasama dengan BPJS Kesehatan	Akreditasi rumah sakit masih terakreditasi madya
7	Berpotensi menjadi BLUD	Belum implementasi BLUD
8	UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa menjadi tempat pendidikan tenaga kesehatan (dokter, perawat, Psikolog, dll)	Belum merupakan rumah sakit pendidikan
9	Memiliki ruang isolasi covid-19 khusus pasien ODGJ	Masih kurangnya sarana dan prasarana untuk pelayanan dan pendidikan
10	Memiliki layanan psikiatri anak satu-satunya di Sumatera Utara	
11	Melayani rehabilitasi pasien ketergantungan NAPZA	
12	Adanya layanan psikogeriatri	

Tabel 2.23. Faktor-faktor yang Membentuk Peluang dan Ancaman di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

No	Faktor Peluang	Faktor Ancaman
1	Komitmen Pemerintah Daerah terhadap kesehatan jiwa	Banyaknya rumah sakit jiwa swasta
2	Kepercayaan masyarakat untuk merawat kesehatan jiwa pasien	Rendahnya kesadaran masyarakat untuk merehabilitasi pasien NAPZA
3	Komitmen Pemerintah Kabupaten/Kota dengan Rumah Sakit Jiwa terkait dengan pasien unregistered	Belum adanya asuransi yang menanggung pembiayaan.pasien rehabilitasi NAPZA
4	Tingginya kepercayaan institusi pendidikan untuk menjadikan Rumah Sakit Jiwa sebagai tempat pendidikan dan pelatihan	Adanya rumah sakit dan lembaga lainnya yang menjadi IPWL
5	Adanya dukungan dan pembiayaan dari BPJS Kesehatan	
6	Adanya fokus pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah dalam hal peningkatan usia harapan hidup melalui upaya peningkatan layanan rumah sakit	

Adapun strategi yang diperlukan pada kondisi tersebut adalah memperkuat kelemahan sehingga menjadi kekuatan, menangkap serta mengembangkan peluang-peluang yang ada untuk mewujudkan visi dan misi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem**.** Strategi-strategi tersebut diimplementasikan melalui kebijakan dan program yang mendukung serta inovasi-inovasi produk pelayanan dengan tetap menuju pada arah pengembangan yang telah ditetapkan.

2.5 Rencana Mitigasi Risiko

Disini akan dijelaskan upaya nyata yang akan dilakukan dan dibutuhkan untuk mengatasi dampak risiko pada sasaran strategis, yaitu:

a. Mengusulkan kecukupan anggaran sesuai dengan kebutuhan
b. Evaluasi indikator kinerja secara terus-menerus
c. Sosialisasi regulasi penyelenggaraan perumahsakitan terkait dengan sumber daya manusia (SDM), sarana dan prasarana, dan lainnya.
d. Mengoptimalkan manajemen pemeliharaan sarana dan prasarana termasuk kerjasama dengan pihak-pihak ketiga yang membantu penyelenggaraan operasional rumah sakit.
e. Mengoptimalkan SIMRS.

BAB III
VISI, MISI, STRATEGI, DAN ARAH KEBIJAKAN

3.1 Visi dan Misi

Visi dan Misi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem mengikuti Visi dan Misi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara, maka UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dituntut untuk mampu dan cakap dalam menjawab setiap tantangan dan mengadaptasi peluang yang ada, termasuk faktor-faktor penghambat dan pendorong dalam menjalankan tugas dan fungsinya agar setiap program yang dilaksanakan mendukung pencapaian Visi dan Misi Gubernur dan Wakil Gubernur Provinsi Sumatera Utara.

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

a. Visi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara

Visi dari Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara adalah Sumatera Utara yang Maju, Aman, dan Bermartabat. Dalam Visi "**Sumatera Utara yang Maju, Aman, dan Bermartabat**", terkandung makna:

- **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;
- **Maju**, bermakna wilayah Sumatera Utara yang kondusif untuk terjadinya proses nilai tambah atas potensi yang dimiliki serta penduduk dengan kualitas kesehatan dan pendidikan yang baik serta berpikiran ke depan, sehingga Sumatera Utara menjadi wilayah terdepan di Sumatera;
- **Aman**, bermakna wilayah dan penduduk Sumatera Utara merasa bebas dari bahaya gangguan dan terlindungi dari berbagai macam marabahaya dalam melaksanakan aktivitas keseharian;
- **Bermartabat**, bermakna wilayah dan penduduk Sumatera Utara yang agamis dan menjunjung tinggi etika dan norma dalam kehidupan berbangsa dan bernegara, menjunjung tinggi adat

istiadat dalam kehidupan bermasyarakat, dan menjunjung tinggi supremasi hukum dalam segala aspek.

b. Misi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara

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

1. Mewujudkan masyarakat Sumatera Utara yang bermartabat dalam kehidupan karena memiliki iman dan taqwa, tersedianya sandang pangan yang cukup, rumah yang layak, pendidikan yang baik, kesehatan yang prima, mata pencaharian yang menyenangkan, serta harga-harga yang terjangkau.
2. Mewujudkan Sumatera Utara yang bermartabat dalam politik dengan adanya pemerintahan yang bersih dan dicintai, tata kelola pemerintah yang baik, adil dan terpercaya, politik yang beretika, masyarakat yang berwawasan kebangsaan dan memiliki kohesi sosial yang kuat serta harmonis.
3. Mewujudkan Sumatera Utara yang bermartabat dalam pendidikan karena masyarakatnya yang terpelajar, berkarakter cerdas,kolaboratif, berdaya saing dan mandiri.
4. Mewujudkan Sumatera Utara yang bermartabat dalam pergaulan karena terbebas dari judi, narkoba, prostitusi dan penyelundupan,sehingga menjadi teladan di Asia Tenggara dan Dunia.
5. Mewujudkan Sumatera Utara yang bermartabat dalam lingkungan karena ekologinya yang terjaga, alamnya yang bersih dan indah, penduduknya yang ramah, berbudaya, berperikemanusiaan dan beradab.

3.2 Visi dan Misi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

Visi UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem adalah sesuai dengan visi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara yaitu Sumatera Utara yang Maju, Aman, dan Bermartabat. Gubernur dan Wakil Gubernur menitikberatkan cita-cita kesejahteraan sosial, termasuk urusan kesehatan, pada misi pertama yaitu mewujudkan masyarakat Sumatera Utara yang bermartabat dalam kehidupan karena memiliki iman dan takwa, tersedianya sandang pangan yang cukup, rumah yang layak,

pendidikan yang baik, kesehatan yang prima, mata pencaharian yang menyenangkan, serta harga-harga yang terjangkau".

Untuk menyelaraskan misi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara tersebut, UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem menuangkan beberapa misi turunan sebagai berikut:

1. Melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa paripurna, terpadu dan komprehensif;
2. Mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa dan fisik berdasarkan mutu dan profesionalisme;
3. Meningkatkan penanggulangan masalah psikososial di masyarakat melalui jejaring pelayanan kesehatan jiwa;
4. Melaksanakan pendidikan dan penelitian kesehatan jiwa terpadu dan komprehensif;
5. Melaksanakan tata kelola rumah sakit yang baik.

3.3 Tujuan dan Sasaran UPTDK. RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem

Strategi dan arah kebijakan selama periode tahun 2022-2026 yang sejalan dengan Rencana Aksi Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Utara dan penilaian keberhasilannya dapat kita lihat sebagai berikut :

Tabel 3.1 Tujuan, Sasaran, Strategi dan Kebijakan

Tujuan	Sasaran	Strategi	Arah Kebijakan
Terwujudnya layanan kesehatan jiwa masyarakat dan pusat rehabilitasi Napza di Sumatera Utara yang prima	1. Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Jiwa dan Rehabilitasi NAPZA	Mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa dan rehabilitasi Napza bagi masyarakat;	1. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Jiwa dan ketergantungan Napza Yang Bermutu dan Terjangkau 2. Peningkatan Cakupan Layanan Kesehatan Jiwa dan ketergantungan Napza

			3. Penerapan Sistem Pelayanan Minimum (SPM)
	2. Tersedianya sarana dan prasarana yang diperlukan untuk pelayanan kesehatan jiwa dan rehabilitasi Napza sesuai standar RS. Khusus Kelas A	Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Jiwa Promotif, Preventif, Kuratif. Dan Rehabilitatif yang terjangkau dan responsif	1. Penyediaan, Pengembangan dan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Kesehatan Jiwa dan ketergantungan Napza 2. Peningkatan Kuantitas dan Kapasitas Sarana Prasarana Pelayanan Kesehatan Jiwa dan ketergantungan Napza dan Pelayanan Penunjang Rumah Sakit 3. Peningkatan Akses Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan
	3. Terwujudnya sistem administrasi yang cepat, tepat, ramah, dan akuntabel	Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan administrasi rumah sakit berbasis web (online) oleh	1. Penerapan manajemen rumah sakit yang profesional dan akuntabel 2. Peningkatan kemampuan

		aparatur yang terampil	manajerial aparatur 3. Pengembangan Sistem Administrasi komunikasi dan informatika yang mendukung pelayanan kesehatan jiwa dan ketergantungan Napza 4. Penerapan Aplikasi Sistem Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) berbasis elektronik
	4.Meningkatnya Standar Akreditasi RS dan ikatan Kerjasama	Meningkatkan kuantitas dan kualitas medis dan non medis	1. Peningkatan kompetensi tenaga medis dan non medis 2. Peningkatan jumlah tenaga medis dan non medis sesuai kebutuhan 3. Penyelenggaraan pelayanan prima Kesehatan Jiwa dan ketergantungan Napza 4. Peningkatan kesejahteraan

			tenaga medis dan non medis

3.4. Strategi dan Arah Kebijakan

Pemerintah Provinsi Sumatera Utara memiliki fokus Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) yakni melakukan peningkatan pelayanan kesehatan Rumah Sakit Jiwa sekaligus Pusat Rehabilitasi Napza di Provinsi Sumatera Utara. Fokus RKPD dimaksud guna mencapai prioritas pembangunan Provinsi Sumatera Utara butir ke 2 (kedua) pada Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Sumatera Utara Tahun 2019-2023 yakni penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas.

Sebagai tindaklanjut dari fokus RKPD Provinsi Sumatera Utara, maka pada tahun 2022 Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem telah dilakukan penambahan 100 tempat tidur terkait rehabilitasi Napza sehingga pada tahun 2022 tersedia 120 tempat tidur pasien ketergantungan obat/Napza. Penambahan jumlah tempat tidur didukung dengan pembangunan sarana kesehatan yang baru yaitu pembangunan ruang rawat rehabilitasi ketergantungan obat/ Napza dengan kapasitas 100 (seratus) tempat tidur. Hal ini tertuang di dalam Surat Keputusan Gubernur Sumatera Utara Nomor 188.44./9/KPTS/2022 tentang Daftar Kegiatan Strategis Daerah Sumatera Utara Bermartabat pada poin 15 yang berisi " Peningkatan Kapasitas Layanan Kesehatan melalui penambahan 100 (seratus) Bed dalam rangka Rehabilitasi Narkoba pada Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem".

Pada tahun 2024-2026 dengan meningkatnya ODGJ (kasus gangguan jiwa) di Provinsi Sumatera Utara yg cukup tinggi dimana tercatat tahun 2022 sebanyak 18.514 orang berdasarkan data yang terhimpun di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, hal ini menjadi perhatian UPTD. Khusus RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem untuk memperluas jangkauan pelayanan kesehatan jiwa dengan deteksi dini sosialisasi dan rehabilitasi. Meningkatnya pengguna narkoba di Provinsi Sumatera Utara tahun 2022 sebanyak 851 kasus yang dilaporkan oleh Badan Narkotika Nasional (BNN) dimana jumlah itu naik 11,1% dibandingkan tahun sebelumnya yang sebesar 766 kasus, hal ini juga menjadi perhatian Pemerintah Provinsi Sumatera Utara sehingga pelayanan bergerak Dr. Muhammad Ildrem

Menyapa juga akan memberikan sosialisasi, edukasi dan bila perlu rehabilitasi di UPTD. Kusus RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem.

BAB IV
RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN

4.1 Rencana Program dan Kegiatan

Program dan kegiatan yang dilaksanakan di UPTD. Khusus RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem menyesuaikan kebutuhan melalui perubahan Rencana Strategisnya sesuai dengan Perubahan Renstra Provinsi Tahun 2019-2023. Dimana Program/Kegiatan menyesuaikan kebutuhan dan penyesuaian dengan Keputusan Menteri Dalam Negeri No 050-5889 Tahun 2021 Tentang Hasil Verifikasi, Validasi dan Inventarisasi Pemutakhiran Klasifikasi, Kodefikasi dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah.

4.2. Indikator dan Target Kinerja Pelayanan UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

Berikut ini adalah beberapa indikator dan target kinerja pelayanan yang dilaksanakan di UPTD KhususRumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem:

Tabel 4.1 Indikator dan Target Kinerja UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

NO.	JENIS PELAYANAN		SASARAN INDIKATOR SPM	STANDAR UKURAN HASIL	EXISTING	TARGET PENCAPAIAN					KET
						2024	2025	2026	2027	2028	
1.	GAWAT DARURAT	1.1.	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.2.	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.3.	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ACLS /ATLS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.4.	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	1 Tim	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.5.	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	< 5 menit terlayani setelah pasien datang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 70%	85%	90%	90%	95%	95%	95%	

		1.7.	Kematian Pasien < 24 jam	< 2 perseribu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.8.	Pasien Dapat ditenangkan dalam waktu <48 jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.9.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2.	RAWAT JALAN	2.1.	Dokter pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis	100 % Dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2.2.	Ketersediaan pelayanan	1). Klinik Anak	1). Klinik Anak	1). Klinik Anak	1). Klinik Anak	1). Klinik Anak	1). Klinik Anak	1). Klinik Anak	
				2). Klinik Penyakit Dalam	2). Klinik Penyakit Dalam	2). Klinik Penyakit Dalam	2). Klinik Penyakit Dalam	2). Klinik Penyakit Dalam	2). Klinik Penyakit Dalam	2). Klinik Penyakit Dalam	
				3). Klinik Kebidanan	3). -	3). -	3). -	3). -	3). -	3). -	
				4). Klinik Bedah	4). -	4). -	4). -	4). -	4). -	4). -	

		2.3	Ketersediaan pelayanan di Rumah Sakit Jiwa	1). NAPZA	1). NAPZA	1). NAPZA	1). NAPZA	1). NAPZA	1). NAPZA	1). NAPZA	
				2). Gangguan Psikotik	2). Gangguan Psikotik	2). Gangguan Psikotik	2). Gangguan Psikotik	2). Gangguan Psikotik	2). Gangguan Psikotik	2). Gangguan Psikotik	
				3). Gangguan Neurotik	3). Gangguan Neurotik	3). Gangguan Neurotik	3). Gangguan Neurotik	3). Gangguan Neurotik	3). Gangguan Neurotik	3). Gangguan Neurotik	
				4). Mental Organik	4). Mental Organik	4). Mental Organik	4). Mental Organik	4). Mental Organik	4). Mental Organik	4). Mental Organik	
		2.4.	Jam Buka Pelayanan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 – 11.00	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2.5.	Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 Menit	24 menit	23 menit	22 menit	21 menit	20 menit	20 menit	

		2.6.	Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	85%	90%	90%	95%	95%	95%	
		2.7.	1). Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60 %	0%	50%	50%	50%	75%	100%	
		2.8.	2). Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≤ 60%	0%	50%	50%	50%	75%	100%	
3.	RAWAT INAP	3.1.	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Dokter	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
				Perawat minimal D3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3.2.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3.3.	Ketersediaan pelayanan rawat inap	1). Anak	1). Anak	1). Anak	1). Anak	1). Anak	1). Anak	1). Anak	
				2). Penyakit Dalam	2). Penyakit Dalam	2). Penyakit Dalam	2). Penyakit Dalam	2). Penyakit Dalam	2). Penyakit Dalam	2). Penyakit Dalam	
				3). Kebidanan	3). -	3). -	3). -	3). -	3). -	3). -	
				4). Bedah	4). -	4). -	4). -	4). -	4). -	4). -	
		3.4.	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

		setiap hari kerja						
3.5.	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3.6.	Angka Kejadian HAIS	≤ 1,5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3.7.	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.8.	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	0,03%	0,02%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%
3.9.	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3.10.	1). Penegakan diagnosis TB melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB	> 60 %	0%	50%	75%	75%	75%	75%
3.11.	2). Terlaksana Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit.	60%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
3.12.	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	a. NAPZA	a. NAPZA	a. NAPZA	a. NAPZA	a. NAPZA	a. NAPZA	a. NAPZA
		b. Gangguan Psikotik	b. Gangguan Psikotik	b. Ganggu	b. Gangguan	b. Gangguan	b. Gangguan	b. Gangguan

						an Psikotik	Psikotik	Psikotik	Psikotik	Psikotik		
				c. Gangguan Neurotik	c. Gangguan Neurotik	c. Gangguan Neurotik	c. Gangguan Neurotik	c. Gangguan Neurotik	c. Gangguan Neurotik	c. Gangguan Neurotik		
				d. Gangguan Mental Organik	d. Gangguan Mental Organik	d. Gangguan Mental Organik	d. Gangguan Mental Organik	d. Gangguan Mental Organik	d. Gangguan Mental Organik	d. Gangguan Mental Organik		
		3.13.	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
		3.14.	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu < 1 bulan	100%	93%	94%	95%	96%	97%	98%		
		3.15.	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa.	≤ 6 minggu	11 minggu	7 Minggu	6 Minggu	5 Minggu	4 Minggu	4 Minggu		

4	PELAYANAN BEDAH	4.1.	Tidak ada kejadian operasi salah sisi	≤ 100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		4.2.	Tidak ada kejadian operasi salah orang	≤ 100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		4.3.	Tidak ada kejadian salah tindakan pada operasi	≤ 100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		4.4.	Tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	≤ 100	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		4.5.	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracealtube	≤ 6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
5	PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI	5.1.	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		5.2.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Pemberi pelayanan di Rawat Inap)	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	

		5.3.	Konseling KB Mantap (Keluarga Berencana Mantap)	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		5.4	Pemberian Pelayanan Neonatal Esensial	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
6	PELAYANAN INTENSIF	6.1.	Pemberi pelayanan unit intensif	a. Dokter Sp. Anastesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang di tangani	0%	0%	100%	100%	100%	100%	
				b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU / Setara (D4)	0%	0%	100%	100%	100%	100%	

		6.2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU/HCU	Sesuai Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		6.3.	Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		6.4.	Kepatuhan terhadap Hand hygiene	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		6.5.	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam	≤ 3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
7	RADIOLOGI	7.1.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	22,7 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	Kerjasama dengan RSUP. H. Adam Malik
		7.2.	Waktu tunggu hasil pelayanan CT Scan	≤ 3 jam	0 jam	24 jam	24 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	
		7.3.	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		7.4.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	<2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		7.5.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi	Sesuai Kelas RS	10%	50%	75%	100%	100%	100%	

8	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	8.1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	< 140 menit	70 menit	68 menit	66 menit	64 menit	62 menit	60 menit	
		8.2.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		8.3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		8.4.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laboratorium	Sesuai Kelas RS	65%	75%	100%	100%	100%	100%	IKS dengan Laboratorium Gatot Subroto
		8.5.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	90%	95%	95%	97%	97%	97%	
9	REHABILITASI MEDIK	9.1.	Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	Dokter Sp. Rehab medik	0%	0%	100%	100%	100%	100%	
		9.2.	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	< 50 %	0%	100%	100%	100%	100%	100%	
		9.3.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

		9.4.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	Sesuai Kelas RS	40%	50%	60%	75%	80%	100%	
10	NAPZA	10.1.	Tersedianya Petugas Konselor terlatih	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		10.2	Terlaksananya pemeriksaan urin setiap 2 minggu	≤ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		10.3	Kepatuhan Residen untuk melaksanakan Rehabilitasi rawat Jalan	50%	0	50%	70%	80%	100%	100%	
		10.4	Kepatuhan Residen untuk melaksanakan Rehabilitasi sesuai kontrak dengan DPJP	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
11	FARMASI	11.1	Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		11.2	Waktu tunggu pelayanan Obat jadi	≤ 30 menit	5,5 menit	5,5 menit	5 menit	5 menit	4 menit	4 menit	
		11.3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		11.4	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

		11.5	Pelayanan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		11.6	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	93%	96%	96%	96%	98%	98%	
		11.7	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai Kelas RS	70%	75%	80%	85%	90%	100%	
12	GIZI	12.1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		12.2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	5%	5%	4%	4%	3%	3%	
		12.3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
13	PELAYANAN TRANSFUSI DARAH	13.1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	PKS dengan PMI
		13.2	Kejadian reaksi transfuse	≤ 0.01%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		12.3.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah	Sesuai Standar BDRS	0%	0%	50%	60%	70%	80%	

14	PELAYANAN GAKIN	14.1.	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		14.2	Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	< 15 menit	7 menit	7 menit	6 menit	6 menit	5 menit	5 menit	
		14.3	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	91%	92%	92%	92%	94%	96%	
15	REKAM MEDIK	15.1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.	100%	92%	95%	96%	97%	98%	100%	
		15.2	Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas.	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		15.3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	6,4 menit	6,4 menit	6 menit	5 menit	5 menit	4 menit	
		15.4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap.	≤ 15 menit	4,2 menit	4,2 menit	4 menit	4 menit	4 menit	3 menit	

16	PENGELOLAAN LIMBAH	16.1.	Baku mutu limbah cair	1). BOD <30 mg/l	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
				2). COD <100mg/l	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
				3). TSS <30 mg/l	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
				4). PH < 6 – 9	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		16.2.	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	MoU dengan PT ARAH
		16.3	Pengolahan limbah cair sesuai dengan peraturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		16.4	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah RS	Sesuai Peraturan	50%	75%	100%	100%	100%	100%	
17	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN	17.1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		17.2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

		17.3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		17.4.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		17.5.	Pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %	50%	65%	70%	75%	80%	80%	
		17.6.	Cost recovery	≥ 40 %	50%	60%	80%	100%	100%	100%	
		17.7.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		17.8.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	
		17.9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
18	AMBULANCE/ KERETA JENAZAH	18.1.	Waktu pelayanan ambulance	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	

		18.2.	Waktu memberikan pelayanan kereta jenazah di rumah sakit	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	
		18.3	Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance di rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		18.4.	Kecepatan memberikan pelayanan kereta jenazah di rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		18.5.	Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	
		18.6.	Kecepatan memberikan pelayanan Mobil Jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	
19	PEMULASARAN JENAZAH	19.1.	Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai peraturan	50%	60%	75%	80%	90%	100%	
		19.2.	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	

		19.3.	Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
20	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	20.1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		20.2.	Ketepatan waktu kaliberasi alat	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		20.3.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat (non medik)	100%	52%	65%	75%	85%	90%	100%	
		20.4.	Ketepatan waktu kaliberasi alat ukur dan alat laboratorium	100%	30%	50%	60%	75%	80%	100%	
21	PELAYANAN LAUNDRY	21.1.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		21.2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		21.3.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Sesuai peraturan	60%	65%	70%	80%	90%	100%	
		21.4.	Ketepatan pengelolaan infeksius	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	

22	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)	22.1.	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota TIM PPI yang terlatih 75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		22.2.	Tersedia APD disetiap instalasi/ departemen	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		22.3.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Angka kejadian HAIs di Rumah Sakit	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
23	PELAYANAN KEAMANAN	23.1.	Petugas keamanan bersertifikat keamanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		23.2.	Sistem pengamanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		23.3.	Petugas keamanan melakukan keliling rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		23.4.	Evaluasi terhadap sistem keamanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		23.5.	Tidak adanya barang milik pasien/pengunjung/ pegawai yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Tabel diatas menunjukkan capaian kinerja yang telah dilaksanakan di UPTD Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem selama Tahun 2022. Selain itu, tampak rencana target pencapaian kinerja untuk lima tahun kedepan (2024-2028). Berdasarkan tabel dapat kita lihat bahwa hampir seluruh kegiatan pelayanan sudah mencapai standar pelayanan minimal namun demikian masih terdapat beberapa poin yang memerlukan peningkatan karena belum mencapai standart minimal seperti Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ACLS/ATLS, Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB, Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS, Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu < 1 bulan, lama hari perawatan pasien gangguan jiwa, pelayanan intensif, pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun, *Cost recovery*, ketersediaan fasilitas kamar jenazah, ketepatan waktu pemeliharaan alat (non medik), ketepatan waktu kaliberasi alat ukur dan alat laboratorium, tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih. Radiologi, NAPZA, Pelayanan Darah, Pelayanan Intensif, serta kesesuaian fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik.

4.3 .Rencana Layanan yang Akan Ditingkatkan

Berikut rencana layanan yang akan ditingkatkan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dalam jangka waktu 5 (lima) tahun kedepan meliputi pemenuhan Sumber Daya Manusia, Sarana Prasana dan Alat Kesehatan dan Unsur Penunjang Lainnya sesuai dengan Standar:

2.3.1.e.1 Pelayanan NAPZA
2.3.1.e.2 Pelayanan Rehabilitasi Medis
2.3.1.e.3 Pelayanan Radiologi
2.3.1.e.4 Pelayanan Bedah
2.3.1.e.5 Pelayanan Darah
2.3.1.e.6 Pelayanan Intensif

BAB V

PROYEKSI KEUANGAN

5.1 Estimasi Pendapatan

Estimasi pendapatan disusun selama periode 2024-2027 berdasarkan sumber-sumber pendapatan.

Tabel 5.1

Proyeksi Rincian Sumber Pendapatan Tahun 2024 s.d 2027 dari Jasa Layanan

No	URAIAN	TAHUN					
		2023	2024	2025	2026	2027	2028
1	Kelas I	182.000.000	185.500.000	189.000.000	192.500.000	211.750.000	232.925.000
2	Kelas II	815.360.000	831.040.000	831.600.000	846.720.000	931.392.000	1.024.531.200
3	Kelas III	1.547.700.000	1.542.240.000	1.535.940.000	1.547.700.000	1.702.470.000	1.872.717.000
4	Laboratorium	72.832.800	87.399.360	104.879.232	125.855.078	138.440.586	152.284.644
5	Obat-obatan	674.669.190	877.069.947	1.140.190.931	1.482.248.210	1.630.473.031	1.793.520.334
6	Jasa Tindakan Injeksi	9.700.800	11.640.960	13.969.152	16.762.982	18.439.280	20.283.208
7	Rehabilitasi	5.172.000	6.206.400	7.447.680	8.937.216	9.830.938	10.814.031
8	UGD	17.352.000	20.822.400	24.986.880	29.984.256	32.982.682	36.280.950
9	Poliklinik	91.884.000	110.260.800	132.312.960	158.775.552	174.653.107	192.118.418
10	Visum	4.680.000	5.616.000	6.739.200	8.087.040	8.895.744	9.785.318
11	Penelitian	5.100.000	6.630.000	9.282.000	12.994.800	14.294.280	15.723.708
12	Lab. Napza	8.100.000	9.720.000	11.664.000	13.996.800	15.396.480	16.936.128
13	Praktek Co.Ass	21.600.000	28.080.000	39.312.000	55.036.800	60.540.480	66.594.528
14	sewa gedung	3.660.000	4.758.000	6.661.200	9.325.680	10.258.248	11.284.073
15	Cabut Gigi	1.627.250	1.871.338	2.152.038	2.474.844	2.722.328	2.994.561
16	BPJS	9.182.972.960	12.856.162.144	17.998.627.002	25.198.077.802	27.717.885.582	30.489.674.140

17	Obat BPJS	1.216.999.529	1.703.799.341	2.385.319.077	3.339.446.708	3.673.391.379	4.040.730.517
18	Exercise therapy/Fisioterapi	148.500	163.350	179.685	197.654	217.419	239.161
19	EEG	2.448.000	2.937.600	3.525.120	4.230.144	4.653.158	5.118.474
20	ECT	888.000	1.065.600	1.278.720	1.534.464	1.687.910	1.856.701
21	Pulpa gigi	630.000	630.000	630.000	630.000	693.000	762.300
22	Scalling gigi	431.250	495.938	570.328	655.877	721.465	793.611
23	MOU	54.000.000	70.200.000	98.280.000	137.592.000	151.351.200	166.486.320
24	Praktek Siswa	61.714.800	80.229.240	112.320.936	157.249.310	172.974.241	190.271.665
25	Sewa Ambulans	2.750.000	5.500.000	8.250.000	8.250.000	9.075.000	9.982.500
26	Surat kesehatan fisik	1.720.000	1.720.000	1.720.000	1.720.000	1.892.000	2.081.200
27	Periksa Gigi	130.000	130.000	130.000	130.000	143.000	157.300
28	Tambal Gigi	765.000	765.000	765.000	765.000	841.500	925.650
29	Infus	153.600	184.320	221.184	265.421	291.963	321.159
30	Surat Bebas Narkoba	2.340.000	2.808.000	3.369.600	4.043.520	4.447.872	4.892.659
31	Surat ket. Sakit	36.000	43.200	51.840	62.208	68.429	75.272
32	Jasa Giro TA. 2020	744.966	968.456	1.452.684	2.179.026	2.396.929	2.636.621
33	Rehab Napza	1.422.000.000	1.540.500.000	1.706.400.000	1.824.900.000	2.007.390.000	2.208.129.000
34	Pasien Unregister	-	-	-	-		
35	Pasang Oksigen	144.000	172.800	207.360	248.832	273.715	301.087
36	Heckting	345.600	414.720	497.664	597.197	656.917	722.608
37	SWD (MWD) (Fisioterapi)	194.400	233.280	279.936	335.923	369.515	406.467
38	MMPI	9.000.000	11.250.000	14.062.500	17.578.125	19.335.938	21.269.531
39	Surat KESWA	13.850.000	18.005.000	22.506.250	28.132.813	30.946.094	34.040.704
40	Konseling	3.325.000	4.156.250	5.195.313	6.494.141	7.143.555	7.857.911
41	SPM	20.000	20.000	20.000	20.000	22.000	24.200
42	APM	20.000	20.000	20.000	20.000	22.000	24.200
43	WOODWORTH	20.000	20.000	20.000	20.000	22.000	24.200
44	WAIS	204.000	244.800	293.760	352.512	387.763	426.540
45	CPM	492.000	590.400	708.480	850.176	935.194	1.028.713
46	IST/NST	1.056.000	1.267.200	1.520.640	1.824.768	2.007.245	2.207.969

47	EPPS	630.000	756.000	907.200	1.088.640	1.197.504	1.317.254
48	WARTEGG	330.000	396.000	475.200	570.240	627.264	689.990
49	RMIB	174.000	208.800	250.560	300.672	330.739	363.813
50	GRAFIS	690.000	828.000	993.600	1.192.320	1.311.552	1.442.707
51	PAULI	230.000	264.500	304.175	349.801	384.781	423.259
52	Kepribadian Anak/CAT	920.000	1.058.000	1.216.700	1.399.205	1.539.126	1.693.038
53	Sewa Rumah Dinas	92.820.000	92.820.000	92.820.000	92.820.000	102.102.000	112.312.200
54	Sewa Kantin	7.920.000	7.920.000	7.920.000	7.920.000	8.712.000	9.583.200
55	Isolasi	-	-	-	-		
56	Parkir	-	-	-	-		
57	Dst	-	-	-	-		
Total		15.544.695.645	20.137.803.144	26.529.447.787	35.355.443.757	38.890.988.133	42.780.086.946

Tabel proyeksi pendapatan ini bersumber dari imbalan jasa layanan tindakan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat yang memanfaatkan fasilitas kesehatan di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provsu. Diperkirakan terjadi kenaikan pendapatan sebesar 10% dari tahun 2024 s.d 2028 yang disebabkan adanya perubahan pola tarif, perubahan klaim layanan pasien BPJS dari tarif kelas B menjadi tarif kelas A dan adanya pengembangan beberapa potensi sumber pendapatan baru.

Tabel 5.2 Proyeksi Rincian Sumber Pendapatan Tahun 2024 s.d 2028

No.	Uraian	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027	Tahun 2028
1	Jasa Layanan/ Retribusi	10.859.379.195	15.544.695.645	20.137.803.144	26.529.447.787	35.355.443.757	38.890.988.133	42.780.086.946
2	Hibah	-	-	-		-		
3	APBD	87.066.398.941	66.736.444.882	66.364.131.646	66.803.990.044	66.009.995.677	72.610.995.245	79.872.094.769
4	APBN	-	-	-		-		
5	Jasa giro	620.805	744.966	968.456	1.452.684	2.179.025	2.396.928	2.636.620
Total		**97.926.398.941**	**82.281.885.493**	**86.502.903.246**	**93.334.890.515**	**101.367.618.459**	**111.504.380.305**	**122.654.818.335**

5.2 Rencana Kebutuhan Anggaran

a. Anggaran Kelangsungan Operasional

Tabel 5.3 Proyeksi Laporan Operasional (LO) Tahun 2024 s.d 2028

No.	Uraian	Saldo 2022	Saldo 2023	Saldo 2024	Saldo 2025	Saldo 2026	Saldo 2027	Saldo 2028
	KEGIATAN OPERASIONAL							
7	**PENDAPATAN – LO**	**10.361.111.600,00**	**14.922.029.221,00**	**19.292.969.557,00**	**25.365.439.713,00**	**33.725.394.498,00**	**35.182.247.434**	**37.182.247.434**
7.1	**PENDAPATAN ASLI DAERAH (PAD) – LO**	**10.361.111.600,00**	**14.922.029.221,00**	**19.292.969.557,00**	**25.365.439.713,00**	**33.725.394.498,00**	37.097.933.948	**38.952.830.645**
7.1.1	Pajak Daerah – LO	-	-	-	-	-		
7.1.2	Retribusi Daerah – LO	10.361.111.600,00	14.922.029.221,00	19.292.969.557,00	25.365.439.713,00	33.725.394.498,00	37.097.933.948	38.952.830.645
7.1.3	Hasil Pengelolaan Kekayaan Daerah yang Dipisahkan – LO	-	-	-	-	-		
7.1.4	Lain-lain PAD Yang Sah – LO	-	-	-	-	-		
7.2	**PENDAPATAN TRANSFER – LO**	-	-	-	-	-		
7.2.1	Pendapatan Transfer Pemerintah Pusat -LO	-	-	-	-	-		
7.2.2	Pendapatan Transfer Antar Daerah – LO	-	-	-	-	-		
7.3	**LAIN-LAIN PENDAPATAN DAERAH YANG SAH – LO**	-	-	-	-	-		
7.3.1	Pendapatan Hibah – LO	-	-	-	-	-		
7.3.2	Dana Darurat – LO	-	-	-	-	-		
7.3.3	Lain-lain Pendapatan Sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-Undangan-LO	-	-	-	-	-		
8	**BEBAN**	**77.237.322.988,55**	**80.201.006.617,57**	**86.598.726.409,24**	**94.065.734.150,27**	**103.345.268.990,99**	**113.679.795.890**	**119.363.785.685**
8.1.1	Beban Pegawai	41.889.420.283,00	44.092.989.297,00	46.322.982.762,00	48.667.010.300,00	51.131.027.055,00	56.244.129.761	59.056.336.249
8.1.2	Beban Barang dan Jasa	29.519.446.173,00	29.680.802.039,00	33.191.250.217,00	37.607.247.809,00	43.645.671.715,00	48.010.238.887	50.410.750.831

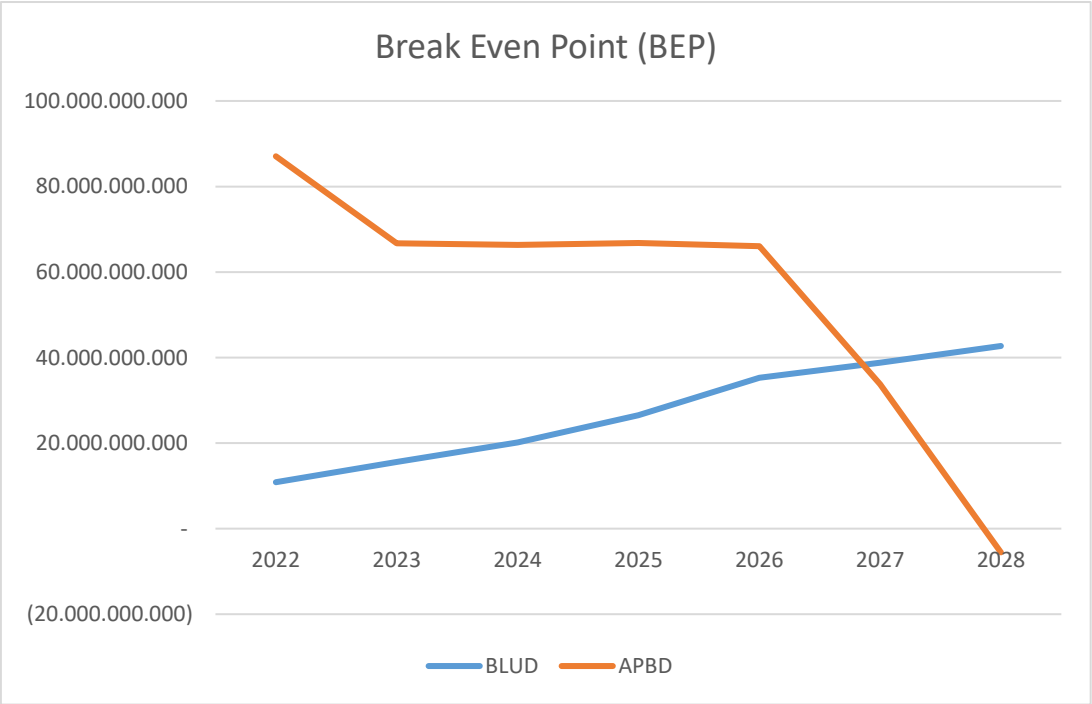
8.1.3	Beban Bunga	-	-	-	-			
8.1.4	Beban Subsidi	-	-	-	-			
8.1.5	Beban Hibah	-	-	-	-			
8.1.6	Beban Bantuan Sosial	-	-	-	-			
8.1.7	Beban Penyisihan Piutang	(3.247.032,00)	(4.320.068,00)	(5.799.740,00)	(7.846.446,00)	(10.684.515,00)	(11.752.967)	(12.340.615)
8.1.8	Beban Lain-lain	945.969.989,10	1.040.566.988,01	1.144.623.686,81	1.259.086.055,49	1.384.994.661,04	1.523.494.127	1.599.668.834
8.2.1	Beban Penyusutan Peralatan dan Mesin	3.891.364.544,82	4.280.500.999,30	4.708.551.099,23	5.179.406.209,15	5.697.346.830,06	6.267.081.513	6.580.435.589
8.2.2	Beban Penyusutan Gedung dan Bangungan	671.428.557,67	738.571.413,43	812.428.554,78	893.671.410,26	983.038.551,28	1.081.342.406	1.135.409.527
8.2.3	Beban Penyusutan Jalan, Jaringan dan Irigasi	350.983.330,10	386.081.663,11	424.689.829,43	467.158.812,37	513.874.693,61	565.262.163	593.525.271
8.2.4	Beban Penyusutan Aset Tetap Lainnya	-	-	-	-	-		
8.2.5	Beban Penyusutan Aset Lainnya	-	-	-	-	-		
8.2.6	Beban Amortisasi Aset Tidak Berwujud	(28.042.857,14)	(14.185.714,29)	-	-	-		
8.3.1	Beban Bagi Hasil	-	-	-	-			
8.3.2	Beban Bantuan Keuangan	-	-	-	-			
	SURPLUS/DEFISIT DARI OPERASI	**(66.876.211.388,55)**	**(65.278.977.396,57)**	**(67.305.756.852,24)**	**(68.700.294.437,27)**	**(69.619.874.492,99)**	**(76.581.861.942)**	**(80.410.955.039)**

b. Anggaran Pengembangan

Break Even Point (BEP)

BEP adalah titik impas yang mengacu pada jumlah pendapatan yang diperlukan untuk menutup total biaya yang sudah dikeluarkan dalam jangka waktu tertentu, baik biaya tetap maupun biaya variabel.

Grafik 5.1 Break Even Point (BEP) BLUD UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provinsi Sumatera



Dari grafik diatas tergambar bahwa Rumah Sakit akan menemui titik impas (BEP) pada tahun 2027 - 2028. Dengan proyeksi, kenaikan pendapatan BLUD rata-sarat sebesar 10%. Semakin besar PAD yang diperoleh UPTDK. RSJ Prof. Dr. Muhammad Ildrem, semakin cepat BEP tercapai.

BAB VI
PENUTUP

Dengan tersusunnya Rencana Strategis BLUD UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem ini diharapkan dapat diwujudkan tugas pokok dan fungsi serta optimalisasi pengelolaan sumber daya dengan memperhatikan arah dan prioritas strategis sesuai dengan hasil analisa SWOT UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem.

Masukan, saran, dan kritik yang bersifat membangun kiranya dapat menjadi bahan evaluasi bagi penyempurnaan Rencana Strategis BLUD UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem.

Pj. GUBERNUR SUMATERA UTARA,

ttd

A. FATONI

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
Plt. KEPALA BIRO HUKUM,

APRILSA H. SIREGAR
Pembina Utama Muda (IV/c)
NIP. 19690421 199003 2 003

LAMPIRAN II PERATURAN GUBERNUR SUMATERA UTARA
NOMOR 31 TAHUN 2024
TANGGAL 14 NOVEMBER 2024

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

Judul	Kemampuan Menangani *Life Saving* Anak Dan Dewasa
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 datang ke Gawat Darurat yang membutuhkan pelayanan *life saving*
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul 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	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu

Operasional	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 pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/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 ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Komite Mutu

pengumpul data	

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 memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Komite 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	Setiap bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (*minimal n=50*)
Sumber Data	Sampel
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Komite Mutu

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Gawat Darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (*minimal n=50*)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Sub bagian Mutu dan Akreditasi

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 pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Pasien Jiwa Dapat Ditenangkan Dalam Waktu ≤ 48 Jam

Judul	Pasien Jiwa Yang Dapat Ditenangkan Dalam Waktu ≤48 Jam
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakai diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang

	ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

9. 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 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. **PELAYANAN RAWAT JALAN**

1. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi	Klnik spesialis adalah klinik pelayanan rawat

Operasional	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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul 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 Rumah Sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan minimal yang harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik jiwa yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal : a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

4. Jam Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Jam Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah hari 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

5. Waktu Tunggu Di Rawat Jalan

Judul	Waktu Tunggu Di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersdianya 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 tersebut dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survei pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Rawat Jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Rawat Jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Rawat Jalan yang disurvei (*minimal n=50*)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Sub bagian Mutu dan Akreditasi

7. Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

Judul	Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui periksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam Tiga bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam Tiga bulan

Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Tim TB DOTS

8. Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tubercullosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tubercullosis (TB) di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB Rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB Rawat jalan di Rumah Sakit
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Tim TB DOTS

III. **PELAYANAN RAWAT INAP**

1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi Pelayanan rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
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 di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang bertugas di ruang rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelyanan 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga 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 pengumpul 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 kepada pasien tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga 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 sesuai dengan spesifikasi rumah sakit tersebut)
Penanggung jawab pengumpul 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 tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei

Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/ Komite 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 dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (*color*), pengerasan (tumor), dan keluarnya nanah (*pus*) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 1,5%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Medik/Komite Mutu

6. Angka Kejadian Infeksi (HAIs)

Judul	Angka Kejadian Infeksi (HAIs)
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien

Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi (HAIs) rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi (HAIs) 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi HAIs dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi (HAIs)
Standar	≤ 1,5%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite PPI/ Komite 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, dan sebagainya yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 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 pengumpul 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 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 (international) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik

9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian 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	Setiap bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	Tiga 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 pengumpul data	Komite Medik/Sub bagian Mutu dan Akreditasi

10. Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

Judul	Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui periksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui periksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam Tiga bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam Tiga bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

11. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

12. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap Di Rumah Sakit Yang Memberikan Pelayanan Jiwa

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap Di Rumah Sakit Yang Memberikan Pelayanan Jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psikopatologis
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap rumah sakit

	jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal : a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

13. Tidak Adanya Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri

Judul	Tidak Adanya Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Komite Mutu

14. Kejadian (Re-Admision) Pasien Gangguan Jiwa Tidak Kembali Dalam Perawatan Dalam Waktu < 1 Bulan

Judul	Kejadian (re-admision) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu <1 bulan
Dimensi Mutu	Efektivitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap dirumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Sub bagian Mutu dan Akreditasi

15. Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa

Judul	Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa
Dimensi Mutu	Efektivitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	6 bulan

Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Sub bagian Mutu dan Akreditasi

IV. **PELAYANAN BEDAH**

1. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya 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	Setiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Setiap 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah /Komite Medis

2. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya 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 Data	Setiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Setiap 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah /Komite Medis

3. 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 kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Setiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan

	dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah /Komite Medis

4. 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	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Setiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah /Komite Medis

5. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Setiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 6%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah /Komite Medis

V. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. 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 yang memberikan pertolongan persalinan normal

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga 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	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PONEK

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit (Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap)

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit (Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap)
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK terdiri dari dokter Sp. OG dengan dokter umum dan bidan (perawat terlatih)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Tim PONEK

pengumpul data	

3. Konseling KB Mantap (Keluarga Berencana Mantap)

Judul	Konseling KB Mantap (Keluarga Berencana Mantap)
Dimensi Mutu	Ketersediaan konseling KB mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Laporan peserta konseling KB mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PONEK

4. Pemberian Pelayanan Neonatal Esensial

Judul	Pemberian Pelayanan Neonatal Esensial
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan Bayi yang baru lahir
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani Neonatal Esensial
Definisi Operasional	Pelayanan yang digunakan untuk menunjang kesehatan bayi baru lahir yang diberikan secara adekuat meliputi pencegahan hipotermi, perawatan tali pusat, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), dan ASI Eksklusif, pencegahan infeksi, pemberian imunisasi, dan tanda bahaya dengan melakukan pemeriksaan fisik
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan

Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah layanan Neonatal Esensial yang berhasil di tangani
Denominator	Jumlah Seluruh layanan Neonatal Esensial yang ditangani
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PONEK

VI. **PELAYANAN INTENSIF**

1. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi Pelayanan Unit Intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersdianya 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga 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	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Komite Mutu

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang ICU/HCU

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang ICU/HCU
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan ICU/HCU
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan intensif adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan intensif sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan intensif
Denominator	1
Sumber Data	Inventaris ICU/HCU
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU/HCU

3. Ketersediaan Tempat Tidur Dengan Monitoring Dan Ventilator

Judul	Ketersediaan Tempat Tidur Dengan Monitoring Dan Ventilator
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bedah
Definisi Operasional	Tempat tidur ruang intensif adalah tempat tidur yang dapat diubah posisi yang dilengkapi dengan monitoring dan ventilator
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur yang dilengkapi dengan peralatan monitoring dan ventilator

Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di ICU/HCU
Sumber Data	Inventaris ICU/HCU
Standar	Sesuai kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU/HCU

4. Kepatuhan Terhadap Hand Hygiene

Judul	Kepatuhan Terhadap Hand Hygiene
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Menjamin hygiene dalam melayani pasien di ruang intensif
Definisi Operasional	Hand hygiene adalah prosedur cuci tangan sesuai dengan ketentuan 6 langkah cuci tangan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah perawat yang diamati dan mematuhi prosedur hand hygiene
Denominator	Jumlah seluruh perawat yang diamati
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU/HCU

5. 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 ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan

Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam Setiap bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif selama setiap bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 3%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/ Sub bagian Mutu dan Akreditasi

VII. **PELAYANAN 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 difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam Setiap bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

2. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan CT Scan

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan CT Scan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi	Waktu tunggu hasil pelayanan CT Scan adalah

Operasional	tenggang waktu mulai pasien dipindai dengan CT Scan sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan CT Scan dalam Setiap bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di CT Scan dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

3. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
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 radiology. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam

	satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber Data	Register di instalasi radiologi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

4. 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam Setiap bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam Setiap bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	≤ 2%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

5. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiologi

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiologi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan radiologi adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan intensif sesuai dengan kelas rumah

	sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan radiologi
Denominator	1
Sumber Data	Invetaris radiologi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

VIII. **PELAYANAN 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

pengumpul data	

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 tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga 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 pengumpul data	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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang Laboratorium

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang Laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan laboratorium patologi klinik
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang laboratorium patologi klinik adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laboratorium patologi klinik baik cito dan elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas ruang dan peralatan pelayanan laboratorium patologi klinik
Denominator	1
Sumber Data	Inventaris patologi klinik
Standar	Sesuai kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Klinik

pengumpul data	

5. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Laboratorium yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Laboratorium yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Laboratorium yang disurvei (*minimal n=50*)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium / Sub bagian Mutu dan Akreditasi

IX. **PELAYANAN REHABILITASI MEDIK**

1. Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik

Judul	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam memberikan pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rehabilitasi medik adalah dokter spesialis rehabilitasi medik dan fisioterapis yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan

Numerator	Jumlah dan jenis tenaga pelayanan rehabilitasi medik
Denominator	1
Sumber Data	Sub bag Kepegawaian
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. 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	Tiga bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam Tiga bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam Tiga bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 50%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3. 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 medi yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam Setiap bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam Setiap bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam Setiap bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

4. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Rehabilitasi Medik

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan rehabilitasi medik sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan

Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan rehabilitasi medik
Denominator	1
Sumber Data	Inventaris rehabilitasi medik
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

X. **PELAYANAN NAPZA**

1. Tersedia Petugas Konselor Terlatih

Judul	Tersedianya Petugas Konselor terlatih
Dimensi Mutu	Efektifitas , kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terlaksananya pendampingan dan konseling pada residen
Definisi Operasional	Tenaga konselor terlatih tersedia untuk membimbing setiap Residen per 1:10 residen
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah konselor telatih yang tersedia per 10 Residen
Denominator	Jumlah Residen Napza yang dirawat di RS
Sumber Data	Laporan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Napza

2. Terlaksananya Pemeriksaan Urin Setiap 2 Minggu

Judul	Terlaksananya Pemeriksaan Urin Setiap 2 Minggu
Dimensi Mutu	Efektifitas , kesinambungan pelayanan
Tujuan	Memastikan residen tidak menggunakan napza selama pelayanan rehabilitasi
Definisi Operasional	Pemerikasaan Urin per 2 minggu bagi setiap residen yang dilayani di Instalasi Napza

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah residen yang diperksa urinnya per 2 minggu
Denominator	Jumlah Residen Napza yang dirawat di RSJ
Sumber Data	Laporan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Napza

3. Kepatuhan Residen untuk Melaksanakan Rehabilitasi Rawat Jalan

Judul	Kepatuhan Residen untuk melaksanakan Rehabilitasi Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Efisiensi, Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Mengetahui Kepatuhan Residen untuk melaksanakan Rehabilitasi sesuai kontrak dengan DPJP
Definisi Operasional	Seiap Residen yang telah selesai rehabilitasi rawat inap harus melakukan control ulang secara periodic sesuai rekomdasi DPJP
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah residen yang datang kontrol ulang rawat jalan
Denominator	Jumlah Residen Napza yang telah selesai rehabilitasi rawat inap
Sumber Data	Status Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Napza

4. Kepatuhan Residen Untuk Melaksanakan Rehabilitasi Sesuai Dengan Kontrak DPJP

Judul	Kepatuhan Residen Rawat Inap Untuk Melaksanakan Rehabilitasi Sesuai Kontrak dengan DPJP
Dimensi Mutu	Efisiensi, Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Mengetahui kepatuhan residen yang rawat inap terhadap kontrak kesepakatan dengan DPJP
Definisi Operasional	Residen yang akan melaksanakan Rehabilitasi rawat ipap harus melakukan kontrak kesepakatan dengan DPJP
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah Residen yang patuh untuk melaksanakan Rehabilitasi sesuai kontrak dengan DPJP
Denominator	Jumlah Residen Napza yang terdaftar sebagai peserta rehabilitasi rawat inap
Sumber Data	Status Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Napza

XI. **PELAYANAN FARMASI**

1. Pemberi Pelayanan Farmasi

Judul	Pemberi Pelayanan Farmasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam memberikan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan farmasi adalah apoteker dan asisten apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi	Tiga bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga pelayanan di Instalasi Farmasi
Denominator	1
Sumber Data	Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

2. 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah Pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan keyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi	Kesalahan pemberian obat meliputi:

Operasional	1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

4. Penulisan Resep Sesuai Dengan 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

5. Pelayanan Resep Sesuai Dengan Formularium

Judul	Pelayanan Resep Sesuai Formularium
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya efektivitas pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang tidak bisa dilayani sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei

Standar	≥80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi/ Sub bagian Mutu dan Akreditasi

7. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Farmasi

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Farmasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan farmasi adalah ruang, mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan farmasi sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi
Denominator	1
Sumber Data	Inventaris farmasi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

XII. **PELAYANAN 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	Setiap bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	Tiga 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	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet
Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi

Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

XIII. **PELAYANAN 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam Setiap bulan
Denominator	jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpul data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah

2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian Reaksi Transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko 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 sisten imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga 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 pengumpul data	Kepala UTD

3. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Bank Darah

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Bank Darah
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bank darah
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan bank darah adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bank darah sesuai dengan persyaratan dalam Pedoman

	Bank Darah Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan bank darah
Denominator	1
Sumber Data	Inventaris bank darah
Standar	Sesuai dengan Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium/ Penanggungjawab Bank Darah RS

XIV. **PELAYANAN KELUARGA MISKIN (GAKIN)**

1. Pelayanan Terhadap Pasien BPJS (PBI) Yang Datang Ke RS Pada Setiap Unit Pelayanan

Judul	Pelayanan Terhadap Pasien BPJS (PBI) 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 BPJS (PBI)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien BPJS (PBI) yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien BPJS (PBI) yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber Data	Register Pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Wakil Direktur Pelayanan

2. Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin

Judul	Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Kecepatan pelayanan administrasi kepesertaan pasien dan keluarga miskin
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai verifikasi kepesertaan selesai
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien dari keluarga miskin yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	$\leq$15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan/ Sub bagian Mutu dan Akreditasi

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan keluarga miskin
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei

Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Sub bagian Mutu dan Akreditasi

XV. **PELAYANAN 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam Setiap bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam Setiap bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	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 informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	Informed Concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam Setiap bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam Setiap bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu Penyediaan 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 Analisa	Tiap Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sample rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber Data	Hasil Survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata ≤ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	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 medis rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis 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	Tiap bulan

Data	
Periode Analisa	Tiap Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total peyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil Survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata ≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis

XVI. **PENGELOLAAN 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	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga 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 pengumpul data	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 padat 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
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga 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 pengumpul data	Kepala IPRS/Kepala K3 RS

3. Pengolahan Limbah Cair Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

Judul	Pengelolaan Limbah Cair Berbahaya Sesuai Dengan Aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan

Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah cair adalah limbah cair yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan RS baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitasi di RS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap minggu
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Proses pengelolaan limbah cair sesuai peraturan perundang-undangan
Denominator	1
Sumber Data	Observasi tiap minggu sekali
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi / Unit Pengelolaan Limbah RS

4. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pengelolaan Limbah RS

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pengelolaan Limbah RS
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RS untuk pengelolaan limbah RS
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah RS adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pengelolaan limbah RS sesuai dengan persyaratan kelas RS dan persyaratan pengelolaan limbah
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah RS
Denominator	1
Sumber Data	Inventaris Instalasi / Unit Pengelolaan Limbah

	RS
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas RS dan pengelolaan limbah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPAL / Unit Pengelolaan Limbah RS

XVII. PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

Judul	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi
Dimensi Mutu	Efektifitas
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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga 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 pengumpul data	Bagian Tata Usaha

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi Mutu	Efektifitas, 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 strategis bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan Tiga bulan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal Tiga bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian Program

3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi Mutu	Efektifitas, 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	Satu tahun
Periode Analisa	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 Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji 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 Analisa	Satu Tahun

Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Pegawai Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per Tahun

Judul	Pegawai Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per Tahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi pegawai yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per pegawai 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai rumah sakit
Sumber Data	Sub bagian Pelatihan, Sub bbagian Kepegawaian
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Pendidikan dan Pelatihan

6. Cost Recovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi jumlah pembelanjaan operasonal dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub Bag Anggaran
Standar	≥ 40%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Keuangan

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
Dimensi Mutu	Efektifitas
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 Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan

	sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam Tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam Tiga bulan
Sumber Data	Sub Bag Anggaran
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Keuangan

8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, 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 Analisa	Tiap Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian Keuangan

9. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada pegawai sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian Keuangan

XVIII.PELAYANAN AMBULANCE

1. Waktu Pelayanan Ambulance

Judul	Waktu Pelayanan Ambulance
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan

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 pengumpul data	Penanggung jawab ambulance

2. Waktu Pelayanan Mobil Jenazah

Judul	Waktu Pelayanan Mobil Jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan mobil jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan mobil jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan mobil jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
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 pengumpul data	Penanggung jawab mobil jenazah

3. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance Di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance Di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan

	ambulance
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan mobil jenazah ditujukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab ambulance

4. Kecepatan Memberikan Pelayanan Mobil Jenazah Di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan Memberikan Pelayanan Mobil Jenazah Di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan mobil jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan mobil jenazah ditujukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya mobil jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah penyediaan mobil jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh permintaan mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan mobil jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab mobil jenazah

5. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance Oleh Masyarakat Yang Membutuhkan

Judul	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance Oleh Masyarakat Yang Membutuhkan
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulance
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance ditujukan oleh masyarakat sampai tersedianya ambulance. Maksimal 60 menit untuk Kota Medan dan sekitarnya.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab ambulance

6. Kecepatan Memberikan Pelayanan Mobil Jenazah Oleh Masyarakat Yang Membutuhkan

Judul	Kecepatan Memberikan Pelayanan Mobil Jenazah Oleh Masyarakat Yang Membutuhkan
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan mobil jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan mobil jenazah ditujukan oleh masyarakat pasien di sampai tersedianya mobil jenazah. Maksimal 60 menit untuk di dalam Kota Medan dan sekitarnya.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah penyediaan mobil jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan mobil jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab mobil jenazah

XIX. PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

1. Ketersediaan Fasilitas Kamar Jenazah

Judul	Ketersediaan Fasilitas Kamar Jenazah
Dimensi Mutu	Akses, efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RS untuk memberikan pelayanan kamar jenajah
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan kamar jenajah adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan kamar jenajah

	sesuai dengan kelas RS
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan kamar jenajah
Denominator	1
Sumber Data	Inventaris kamar jenajah
Standar	Sesuai dengan kelas RS
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah

2. 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

3. Perawatan Jenazah Sesuai Dengan Standar Universal Precaution

Judul	Pemulsaran Jenazah Sesuai Universal Precaution
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan RS dalam menyiapkan pelayanan perawatan jenazah yang aman
Definisi Operasional	Universal precaution adalah kewaspadaan terhadap penyakit HIV/ AIDS dengan menggunakan standar alat pelindung diri (APD)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Seluruh perawatan jenazah dikurangi perawatan jenazah yang tidak sesuai dengan universal precaution
Denominator	Seluruh perawatan jenazah
Sumber Data	Instalasi Pemulasaran Jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah

XX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga 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 pengumpul data	Kepala IPRS

2. Ketepatan waktu kaliberasi alat

Judul	Ketepatan waktu kalibrasi alat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan peninjang medis
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh lembaga kalibrasi yang sah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Waktu pelaksanaan kalibrasi alat yang sesuai rencana dalam 1 tahun
Denominator	Rencana waktu pelaksanaan kalibrasi alat
Sumber Data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS

3. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat (Non Medik)

Judul	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat (Non Medik)
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat non medik
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkkan periode pemeliharaan/ service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam Setiap bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan (service) dalam Setiap bulan
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS

4. Ketepatan Waktu Kaliberasi Alat Ukur Dan Alat Laboratorium

Judul	Ketepatan Waktu Kaliberasi Alat ukur dan Alat Laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh lembaga kalibrasi yang sah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun

Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat ukur dan alat lab yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh alat ukur dan alat lab yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Lab

XXI. 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi CSSD dan 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi CSSD dan Laundry

3. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laundry

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Laundry
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan RS untuk memberikan pelayanan laundry
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan laundry adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laundry sesuai dengan persyaratan kelas RS
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan laundry
Denominator	1
Sumber Data	Inventaris Instalasi laundry
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas RS
Penanggung jawab	Kepala Unit laundry

pengumpul data	

4. Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius

Judul	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Terkendalinya infeksi di RS akibat linen infeksius
Definisi Operasional	Linen infeksius adalah linen yang dicurigai terkontaminasi cairan tubuh dan berpotensi menularkan penyakit menular
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah pengamatan proses pengelolaan linen infeksius yang dilakukan benar
Denominator	Jumlah seluruh pengamatan proses pengelolaan linen infeksius
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit laundry/Tim PPI

XXII. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tersedianya Anggota Tim PPI Yang Terlatih

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	Setiap Tiga bulan
Periode Analisa	Setiap 1 tahun
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI

Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite PPI

2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri disetiap Instalasi/Departemen

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri) di setiap Instalasi/Departemen
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 rumah sakit seperti: masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	Survei
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	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 nosokomial di rumah sakit
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada

	instalasi yang tersedia di rumah sakit. Minimal 1 (satu) parameter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survei
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI RS

XXIII. PELAYANAN KEAMANAN

1. Petugas Keamanan Bersertifikat Keamanan

Judul	Petugas Keamanan Bersertifikat Pengamanan
Dimensi Mutu	Keamanan, kompetensi teknis dan kenyamanan
Tujuan	Terlaksananya suasana rasa aman bagi pasien dan keluarganya
Definisi Operasional	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan adalah petugas keamanan yang telah mendapat pelatihan pengamanan dari kepolisian sesuai dengan standar pengamanan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat pengamanan
Denominator	Jumlah petugas keamanan
Sumber Data	Sub bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Sub Bagian Umum dan Kehumasan

2. Sistem Pengamanan

Judul	Sistem Pengamanan
Dimensi Mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, keamanan
Tujuan	Terciptanya sistem pengamanan di RS khusunya pengamanan bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan
Definisi Operasional	Sistem pengamanan adalah kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Adanya kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan
Denominator	1
Sumber Data	Sub bagian Umum
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kabag Tata Usaha

3. Petugas Keamanan Melakukan Keliling RS

Judul	Petugas Keamanan Melakukan Pengawasan Keliling RS
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan, keamanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman bagi pasien dan keluarganya serta pengunjung dan petugas RS
Definisi Operasional	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS adalah kegiatan mengelilingi fasilitas RS setiap jam dalam rangka

	kewaspadaan terhadap kondisi keamanan RS
Frekuensi Pengumpulan Data	satu bulan sekali
Periode Analisa	dua bulan sekali
Numerator	Jumlah hari yang disampling yang memenuhi kriteria definisi operasional (minimal 40)
Denominator	Jumlah hari yang disampling
Sumber Data	Laporan petugas keamanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Sub Bagian Umum dan Kehumasan

4. Evaluasi Terhadap Sistem Keamanan

Judul	Evaluasi Terhadap Sistem Pengamanan
Dimensi Mutu	Efektifitas , kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya sistem pengamanan yang efektif dan berkesinambungan
Definisi Operasional	Evaluasi terhadap sistem pengamanan adalah proses penilaian yang dilakukan terhadap sistem pengamanan yang telah ditetapkan dan dilakukan perbaikan apabila ditemukan kekurangan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah bulan yang diadakan evaluasi dan tindak lanjut
Denominator	Tiga bulan
Sumber Data	Sub bagian Umum dan Kehumasan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kabag Tata Usaha

5. Tidak Adanya Barang Milik Pasien/Pengunjung/Pegawai Yang Hilang

Judul	Tidak Adanya Barang Milik Pasien/ Pengunjung/ Pegawai Yang Hilang
Dimensi Mutu	Keamanan dan kenyamanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman bagi pasien dan keluarganya serta pengunjung dan petugas RS
Definisi Operasional	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, pegawai yang hilang adalah semua barang milik pasien, pengunjung dan pegawai tetap terjaga dan tidak hilang
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah hari yang disurvei dikurang dengan jumlah hari adanya kehilangan barang milik pasien/ pengunjung/ pegawai
Denominator	Jumlah hari yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Sub Bagian Umum dan Kehumasan

SPM setiap jenis pelayanan, Indikator,Standar, Kondisi Saat ini, dan Target Pencapaian
UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem

NO.	JENIS PELAYANAN		SASARAN INDIKATOR SPM	STANDAR UKURAN HASIL	EXISTING (2023)	TARGET PENCAPAIAN					KET
						2024	2025	2026	2027	2028	
1.	GAWAT DARURAT	1.1.	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.2.	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.3.	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ACLS/ATLS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.4.	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	1 Tim	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.5.	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	< 5 menit terlayani setelah pasien datang	53%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 70%	85%	85%	85%	87%	90%	90%	
		1.7.	Kematian Pasien < 24 jam	< 2 perseribu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.8.	Pasien Dapat ditenangkan dalam waktu <48 jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		1.9.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2.1.	Dokter pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis	100 % Dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2.2.	Ketersediaan pelayanan	1). Klinik Anak	1). Klinik Anak	1). Klinik Anak	1). Klinik Anak	1). Klinik Anak	1). Klinik Anak	1). Klinik Anak	
				2). Klinik Penyakit Dalam	2). Klinik Penyakit Dalam	2). Klinik Penyakit Dalam	2). Klinik Penyakit Dalam	2). Klinik Penyakit Dalam	2). Klinik Penyakit Dalam	2). Klinik Penyakit Dalam	
				3). Klinik Kebidanan	3). -	3). -	3). -	3). -	3). -	3). -	
				4). Klinik Bedah	4). -	4). -	4). -	4). -	4). -	4). -	
			Ketersediaan pelayanan di	1). NAPZA	1). NAPZA	1). NAPZA	1). NAPZA	1). NAPZA	1). NAPZA	1). NAPZA	
				2). Gangguan Psikotik	2). Gangguan Psikotik	2). Gangguan Psikotik	2). Gangguan Psikotik	2). Gangguan Psikotik	2). Gangguan Psikotik	2). Gangguan Psikotik	

NO.	JENIS PELAYANAN		SASARAN INDIKATOR SPM	STANDAR UKURAN HASIL	EXISTING (2023)	TARGET PENCAPAIAN					KET
						2024	2025	2026	2027	2028	
2.	RAWAT JALAN	2.3	Ketersediaan pelayanan di Rumah Sakit Jiwa	3). Gangguan Neurotik	3). Gangguan Neurotik	3). Gangguan Neurotik	3). Gangguan Neurotik	3). Gangguan Neurotik	3). Gangguan Neurotik	3). Gangguan Neurotik	
				4). Mental Organik	4). Mental Organik	4). Mental Organik	4). Mental Organik	4). Mental Organik	4). Mental Organik	4). Mental Organik	
		2.4.	Jam Buka Pelayanan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 – 11.00	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2.5.	Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 Menit	24 menit	24 menit	22 menit	20 menit	20 menit	15 menit	
		2.6.	Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	88%	90%	91%	92%	93%	94%	
		2.7.	1). Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60 %	0%	0%	10%	10%	15%	15%	
		2.8.	2). Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≤ 60%	0%	0%	10%	10%	15%	15%	
3.	RAWAT INAP	3.1.	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Dokter	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
				Perawat minimal D3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3.2.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3.3.	Ketersediaan pelayanan rawat inap	1). Anak	1). Anak	100%	100%	100%	100%	100%	
				2). Penyakit Dalam	2). Penyakit Dalam	100%	100%	100%	100%	100%	
				3). Kebidanan	3). -	0%	0%	0%	0%	0%	
				4). Bedah	4). -	0%	0%	0%	0%	0%	
		3.4.	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3.5.	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		3.6.	Angka Kejadian HAIS	≤ 1,5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		3.7.	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3.8.	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	0,03%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
		3.9.	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		3.10.	1). Penegakan diagnosis TB melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB	> 60 %	0%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3.11.	2). Terlaksana Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit.	60%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN		SASARAN INDIKATOR SPM	STANDAR UKURAN HASIL	EXISTING (2023)	TARGET PENCAPAIAN					KET
						2024	2025	2026	2027	2028	
		3.12.	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	a. NAPZA	a. NAPZA	a. NAPZA	a. NAPZA	a. NAPZA	a. NAPZA	a. NAPZA	
				b. Gangguan Psikotik	b. Gangguan Psikotik	b. Gangguan Psikotik	b. Gangguan Psikotik	b. Gangguan Psikotik	b. Gangguan Psikotik	b. Gangguan Psikotik	
				c. Gangguan Neurotik	c. Gangguan Neurotik	c. Gangguan Neurotik	c. Gangguan Neurotik	c. Gangguan Neurotik	c. Gangguan Neurotik	c. Gangguan Neurotik	
				d. Gangguan Mental Organik	d. Gangguan Mental Organik	d. Gangguan Mental Organik	d. Gangguan Mental Organik	d. Gangguan Mental Organik	d. Gangguan Mental Organik	d. Gangguan Mental Organik	
		3.13.	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3.14.	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu < 1 bulan	100%	93%	94%	95%	96%	97%	98%	
		3.15.	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa.	≤ 6 minggu	11 minggu	11 minggu	11 minggu	10 minggu	10 minggu	10 minggu	
4	PELAYANAN BEDAH	4.1.	Tidak ada kejadian operasi salah sisi	≤ 100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		4.2.	Tidak ada kejadian operasi salah orang	≤ 100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		4.3.	Tidak ada kejadian salah tindakan pada operasi	≤ 100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		4.4.	Tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	≤ 100	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		4.5.	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracealtube	≤ 6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
5	PELAYANAN PERSALINAN DAN	5.1.	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		5.2.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Pemberi pelayanan di Rawat Inap)	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	

NO.	JENIS PELAYANAN		SASARAN INDIKATOR SPM	STANDAR UKURAN HASIL	EXISTING (2023)	TARGET PENCAPAIAN					KET
						2024	2025	2026	2027	2028	
	PERINATOLOGI	5.3.	Konseling KB Mantap (Keluarga Berencana Mantap)	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		5.4	Pemberian Pelayanan Neonatal Esensial	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
6	PELAYANAN INTENSIF	6.1.	Pemberi pelayanan unit intensif	a. Dokter Sp. Anastesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang di tangani	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
				b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU / Setara (D4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		6.2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU/HCU	Sesuai Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		6.3.	Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		6.4.	Kepatuhan terhadap Hand hygiene	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		6.5.	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam	≤ 3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
7	RADIOLOGI	7.1.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	Pelayanan Radiologi di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dilakukan di RSUP H. Adamalik sesuai dengan	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	
		7.2.	Waktu tunggu hasil pelayanan CT Scan	≤ 3 jam		Pelayanan Radiologi di UPTD Khusus Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem dilakukan di RSUP H. Adamalik sesuai dengan MOU					
		7.3.	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
		7.4.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	<2%		<2%	<2%	<2%	<2%	<2%	
		7.5.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi	Sesuai Kelas RS		60%	70%	80%	90%	100%	
		8.1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	< 140 menit	70 menit	70 menit	70 menit	70 menit	70 menit	70 menit	
		8.2.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN		SASARAN INDIKATOR SPM	STANDAR UKURAN HASIL	EXISTING (2023)	TARGET PENCAPAIAN					KET
						2024	2025	2026	2027	2028	
8	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	8.3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		8.4.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laboratorium	Sesuai Kelas RS	50%	50%	50%	55%	55%	55%	
		8.5.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	97%	97%	97%	98%	98%	98%	
9	REHABILITASI MEDIK	9.1.	Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	Dokter Sp. Rehab medik	0%	50%	100%	100%	100%	100%	
		9.2.	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	< 50 %	0%	10%	5%	3%	0%	0%	
		9.3.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		9.4.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	Sesuai Kelas RS	40%	40%	40%	50%	60%	70%	
10	NAPZA	10.1.	Tersedianya Petugas Konselor terlatih	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		10.2	Terlaksananya pemeriksaan urin setiap 2 minggu	≤ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		10.3	Kepatuhan Residen untuk melaksanakan Rehabilitasi rawat Jalan	50%	0	50%	50%	60%	70%	80%	
		10.4	Kepatuhan Residen untuk melaksanakan Rehabilitasi sesuai kontrak dengan DPJP	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
11	FARMASI	11.1	Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		11.2	Waktu tunggu pelayanan Obat jadi	≤ 30 menit	5,5 menit	8-9 Menit	8-9 Menit	8-9 Menit	8-9 Menit	8-9 Menit	
		11.3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		11.4	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		11.5	Pelayanan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN		SASARAN INDIKATOR SPM	STANDAR UKURAN HASIL	EXISTING (2023)	TARGET PENCAPAIAN					KET
						2024	2025	2026	2027	2028	
		11.6	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	93%	95%	100%	100%	100%	100%	
		11.7	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai Kelas RS	70%	80%	90%	100%	100%	100%	
12	GIZI	12.1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	99%	99%	99%	99%	100%	100%	
		12.2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	5%	5%	5%	5%	5%	5%	
		12.3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
13	PELAYANAN TRANSFUSI DARAH	13.1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		13.2	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0.01%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		13.3.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah	Sesuai Standar BDRS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
14	PELAYANAN GAKIN	14.1.	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		14.2	Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	< 15 menit	4,08 menit	4,08 menit	4.08 menit	4,08 menit	4,08 menit	4,08 menit	
		14.3	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	40%	80%	80%	80%	80%	80%	
15	REKAM MEDIK	15.1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.	100%	92%	100%	100%	100%	100%	100%	
		15.2	Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas.	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		15.3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	6,4 menit	6	5	4	3	2	
		15.4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap.	≤ 15 menit	4,2 menit	7	7	7	6	5	
		16.1.	Baku mutu limbah cair	100,00%	80,56%	85,00%	95,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

NO.	JENIS PELAYANAN		SASARAN INDIKATOR SPM	STANDAR UKURAN HASIL	EXISTING (2023)	TARGET PENCAPAIAN					KET
						2024	2025	2026	2027	2028	
16	PENGELOLAAN LIMBAH	16.2.	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	100%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
		16.3	Pengolahan limbah cair sesuai dengan peraturan	100%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
		16.4	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah RS	100%	91,30%	95,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
17	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN	17.1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		17.2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		17.3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	96%	100%	100%	100%	100%	100%	6 Orang tidak dapat naik pagkat
		17.4.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		17.5.	Pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %	64,84%	80%	80%	80%	80%	80%	
		17.6.	Cost recovery	≥ 40 %	14,59%	16,09%	18,09%	20,09%	22,09%	24,09%	
		17.7.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		17.8.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	
		17.9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		18.1.	Waktu pelayanan ambulance	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	
		18.2.	Waktu memberikan pelayanan kereta jenazah di rumah sakit	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	

NO.	JENIS PELAYANAN		SASARAN INDIKATOR SPM	STANDAR UKURAN HASIL	EXISTING (2023)	TARGET PENCAPAIAN					KET
						2024	2025	2026	2027	2028	
18	AMBULANCE/ KERETA JENAZAH	18.3	Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance di rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		18.4.	Kecepatan memberikan pelayanan kereta jenazah di rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN		SASARAN INDIKATOR SPM	STANDAR UKURAN HASIL	EXISTING (2023)	TARGET PENCAPAIAN					KET
						2024	2025	2026	2027	2028	
		18.5.	Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		18.6.	Kecepatan memberikan pelayanan Mobil Jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
19	PEMULASARAN JENAZAH	19.1.	Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai peraturan	50%	50%	50%	65%	85%	100%	
		19.2.	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	
		19.3.	Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
20	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	20.1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		20.2.	Ketepatan waktu kaliberasi alat	80%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
		20.3.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat (non medik)	100%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
		20.4.	Ketepatan waktu kaliberasi alat ukur dan alat laboratorium	100%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
21	PELAYANAN LAUNDRY	21.1.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
		21.2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		21.3.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		21.4.	Ketepatan pengelolaan infeksius	Sesuai peraturan	60%	70%	80%	90%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN		SASARAN INDIKATOR SPM	STANDAR UKURAN HASIL	EXISTING (2023)	TARGET PENCAPAIAN					KET
						2024	2025	2026	2027	2028	
22	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)	22.1.	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	
		22.2.	Tersedia APD disetiap instalasi/ departemen	80%	75%	80%	80%	90%	100%	100%	
		22.3.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Angka kejadian HAIs di Rumah Sakit	100%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	
23	PELAYANAN KEAMANAN	23.1.	Petugas keamanan bersertifikat keamanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		23.2.	Sistem pengamanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		23.3.	Petugas keamanan melakukan keliling rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		23.4.	Evaluasi terhadap sistem keamanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		23.5.	Tidak adanya barang milik pasien/pengunjung/ pegawai yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
Plt. KEPALA BIRO HUKUM,

APRILDA H. SIREGAR
Pembina Utama Muda (IV/c)
NIP. 19690421 199003 2 003

PJ. GUBERNUR SUMATERA UTARA

ttd

A. FATONI