

LAMPIRAN PERATURAN GUBERNUR SUMATERA UTARA  
NOMOR  
TANGGAL

POLA TATA KELOLA, RENCANA STRATEGIS DAN STANDAR PELAYANAN  
MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT KHUSUS MATA  
PROVINSI SUMATERA UTARA

LAMPIRAN I PERATURAN GUBERNUR SUMATERA UTARA  
NOMOR 33 TAHUN 2024  
TANGGAL 25 NOVEMBER 2024

BAB I  
PENDAHULUAN

**1.1. Latar Belakang**

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

Salah satu upaya yang dikembangkan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut adalah Upaya Penanggulangan Gangguan Penglihatan yang merupakan salah satu faktor penting bagi peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam rangka mewujudkan manusia Indonesia yang cerdas, produktif, maju, mandiri dan sejahtera lahir batin. Sesuai dengan semboyan Hak Untuk Melihat 2020 yaitu “Vision 2020 The Right To Sight” dimana setiap penduduk Indonesia pada tahun 2020 memperoleh kesempatan/hak untuk melihat secara optimal. Dapat diketahui bahwa jumlah penyakit mata (angka Kebutaan) di Indonesia berdasarkan hasil Riskesdas 2007, angka kebutaan di Indonesia masih tinggi yaitu 0.9% dari jumlah penduduk. Sedangkan berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 angka kebutaan di Indonesia sudah menurun dengan angka 0,4% dari jumlah penduduk. Untuk Provinsi Sumatera Utara hasil Riskesdas 2013 dengan angka kebutaan 0,4% dari jumlah penduduk yaitu berjumlah 52.862 penderita. WHO telah melakukan Program Rencana Strategis Nasional Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan kebutaan yaitu untuk mencapai Vision 2020, untuk inisiatif global untuk menanggulangi gangguan penglihatan dan kebutaan yang dapat dicegah/direhabilitasi.

Maka untuk mencapai itu UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara berupaya membenahi diri dengan meningkatkan kualitas

pelayanan kesehatan mata serta melengkapai sarana dan peralatan medik yang canggih sesuai dengan kemajuan teknologi saat ini. Disamping itu juga meningkatkan sumber daya manusia yang kompeten serta sistem manajemen yang profesional yang akhirnya dapat memenuhi harapan masyarakat dan mampu bersaing dengan institusi sejenis lainnya. Sehingga dapat mencapai tujuannya sebagai Rumah Sakit Khusus Mata Milik pemerintah yang menjadi Rumah Sakit pilihan pertama masyarakat Provinsi Sumatera Umumnya dan masyarakat Kota Medan khususnya. UPTD Rumah Sakit Khusus Mata juga mempersiapkan diri sebagai Pusat Rujukan Provinsi Sumatera Utara untuk kesehatan mata.

Strategi ini tentunya akan menghadapi tantangan yang lebih berat dimasa mendatang, khususnya dalam masa Era Globalisasi. Rumah Sakit semakin dituntut untuk dapat memberikan pelayanan Prima "Service Excellence" Profesional untuk memenuhi tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan mata yang paripurna.

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

Langkah awal yang dilakukan UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara adalah menyelenggarakan pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PK-BLU) sehingga UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara memiliki keleluasaan dalam mengelola sumber daya namun tetap bertanggungjawab. PK-BLU adalah instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat yang berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan keuntungan, yang pelaksanaannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Hal ini bertujuan agar UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara dapat lebih kreatif dan inovatif dalam meningkatkan mutu pelayanan pada masyarakat dengan menerapkan fleksibilitas pengelolaan keuangan secara efektif serta menjalankan praktik *not-for-profit business* yang sehat.

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

Renstra ini merupakan perwujudan amanah dan aspirasi yang bersumber dari kepentingan *stakeholder* dan sekaligus sebagai bentuk tanggung jawab pimpinan. Rencana Strategis UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara 2022-2027 disusun sebagai pedoman utama bagi setiap jajaran manajemen dalam menilai status pencapaian visi dan target kinerja organisasi jangka pendek dan jangka panjang serta sekaligus mengendalikan arah pengelolaan dan pengembangan roda organisasi agar sejalan dengan arah dan kebijakan Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Utara sebagai *stakeholder* utama. Namun demikian, Renstra ini bersifat dinamis, dievaluasi setiap tahun, dan disesuaikan dengan tuntutan pada masa itu.

Rencana Strategis untuk Tahun 2022-2027 disusun dalam rangka pengelolaan dan pengembangan upaya strategis UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara dengan mempertimbangkan kecenderungan strategis tertentu yang tengah dan akan dialami oleh UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara dapat berupa ancaman dan peluang usaha yang dihadapi serta kekuatan dan kelemahan UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara, maka Renstra disusun untuk menjawab secara spesifik hal-hal sebagai berikut:

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

- f. Menyusun program kerja strategis yang dibutuhkan untuk mencapai target kinerja yang diharapkan di tahun-tahun mendatang.

### **1.2. Dasar Hukum**

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

1. UUD 1945;
2. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan BLU;
3. UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679) ;
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887) ;
6. Peraturan Pemerintah No. 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan;
9. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 909/Menkes/SK/VIII/2001 Pengalihan Kelembagaan beberapa Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Departemen Kesehatan menjadi perangkat daerah.
10. Peraturan Daerah Provinsi Sumatera Utara No. 2 Tahun 2017 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017-2037;
11. Peraturan Daerah Provinsi Sumatera Utara No. 6 Tahun 2021 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Perubahan Provinsi Sumatera Utara;

12. Peraturan Gubernur Nomor 9 Tahun 2023 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah (Berita Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2023 Nomor 9) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Gubernur Nomor 38 Tahun 2023 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 9 Tahun 2023 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah (Berita Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2023 Nomor 39);
13. Peraturan Gubernur Nomor 28 Tahun 2023 tentang Tugas, Fungsi, Uraian Tugas dan Tata Kerja Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Utara (Berita Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2023 Nomor 29).

### **1.3. Tujuan dan Manfaat Rencana Strategis (RENSTRA)**

#### **1.3.1. Tujuan Rencana Strategis (RENSTRA)**

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

- a) Arah strategis dan prioritas tindakan selama periode 2022-2027 yang sejalan dengan Rencana Aksi Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Utara;
- b) Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu kelembagaan UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara;
- c) Penilaian keberhasilan pemenuhan misi UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara dan dalam pencapaian visi Gubernur dan Wakil Gubernur Provinsi Sumatera Utara;
- d) Arah jalinan kerjasama dengan para stakeholders inti UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara.

#### **1.3.2. Manfaat**

Adapun manfaat dari Rencana Strategis ini, diantaranya:

- a) Sebagai acuan dalam melakukan pelaksanaan dan pengawasan.
- b) Sebagai acuan dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional.

- c) Sebagai sarana menjamin efektivitas, efisiensi dan mutu.
- d) Sebagai persyaratan dalam akreditasi dan Badan Layanan Umum.

#### **1.4. Sistematika Penyusunan Rencana Strategis**

Sistematika penulisan dokumen Rencana Strategis UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara Tahun 2022-2027 adalah sebagai berikut:

##### **BAB I. Pendahuluan**

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

##### **BAB II. Kondisi UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

- 2.1. Gambaran Umum UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara
- 2.2. Identitas UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara
- 2.3. Sejarah UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara
- 2.4. Struktur Organisasi UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara
- 2.5. Sumber Daya UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara
- 2.6. Gambaran Kinerja
- 2.7. Posisi UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara
- 2.8. Manajemen Resiko

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

- 3.1. Visi dan Misi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara
- 3.2. Visi dan Misi Dinas Kesehatan
- 3.3. Visi dan Misi UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara
- 3.4. Tujuan dan Sasaran UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara
- 3.5. Strategi dan Arah Kebijakan

##### **BAB IV. Rencana Program dan Kegiatan**

- 4.1 Rencana Program dan Kegiatan

- 4.2 Indikator dan Target Kinerja Pelayanan UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara
- 4.3 Rencana Layanan yang Akan Dikembangkan

#### BAB V. Proyeksi Keuangan

- 5.1. Estimasi Pendapatan
- 5.2. Rencana Kebutuhan Anggaran

#### BAB VI. Penutup

BAB II  
KONDISI UPTD RUMAH SAKIT KHUSUS MATA  
PROVINSI SUMATERA UTARA

**2.1. Gambaran Umum UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara beralamat di Jl. Kapten Sumarsono No. 1 Medan merupakan satu-satunya rumah sakit khusus mata milik pemerintah yang ada di Provinsi Sumatera Utara. UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara berdasarkan Izin Operasional Nomor: 445/759/DIS PM PPTSP/6/VI.2/IX/2017 diklasifikasikan sebagai rumah sakit tipe B dengan sifat kekhususannya. Dengan klasifikasi rumah sakit tipe B, saat ini UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara juga merupakan rumah sakit mata rujukan bagi rumah sakit lain yang ada di Provinsi Sumatera Utara.

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

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

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

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

- a. Pelayanan Gawat Darurat
- b. Pelayanan Rawat Jalan
- c. Pelayanan Rawat Inap
- d. Pelayanan Bedah
- e. Pelayanan Radiologi (MOU)
- f. Pelayanan Laboratorium dan Patologi Klinik
- g. Pelayanan Farmasi
- h. Pelayanan Gizi (MOU)
- i. Pelayanan Keluarga Miskin
- j. Pelayanan Rekam Medis
- k. Pelayanan Pengelolaan Limbah
- l. Pelayanan Administrasi Manajemen
- m. Pelayanan Laundry
- n. Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS
- o. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
- p. Pelayanan Keamanan
- q. Pelayanan Ambulance
- r. Pelayanan darah (MOU)

## 2.2. Identitas UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara

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

1	Jenis Rumah Sakit	: RUMAH SAKIT KHUSUS MATA
2	Kelas Rumah Sakit	: B
3	Alamat/Lokasi RS	
	A. Jalan	: Kapten Sumarsono No. 1 Medan
	B. Telepon	: (061) 80031789 – 80031788
	C. Email	: uptrskmata@gmail.com
4	Luas Rumah Sakit	:
	A. Tanah	: 4.999 m <sup>2</sup>
	B. Bangunan	: 1.610 m <sup>2</sup>
5	Surat Izin/Penetapan	:
	A. Nomor	: 445/482
	B. Tanggal	: 30 Agustus 2022
	C. Oleh	: Gubernur Sumatera Utara
	D. Sifat	: Berlaku selama 5 Tahun
	E. Masa berlaku	: 30 Agustus 2027
6	Akreditasi RS	:
	A. Versi Akreditasi	: STARKES 2022
	B. Status	: Lulus Tingkat Paripurna

### **2.3. Sejarah UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

Pada Tahun 1995 atas prakarsa Kanwil Depkes RI Provinsi Sumatera Utara, dan dukungan Pemda serta LSM Helen Keller International (HKI) dibentuklah susunan Balai Kesehatan Mata Masyarakat dengan nama Pra BKMM.

Surat Kepmenkes No. 442/Menkes/SK/VI/1999 menjadi Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Provinsi Sumatera Utara menjadi Unit Pelaksana Teknis/UPT kesehatan mata Departemen Kesehatan RI yang berada dibawah dan bertanggung jawab langsung kepada Ditjen Binkesmas Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

UU No. 22 Tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah yang diikuti dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 909/Menkes/SK/VIII/2001 tentang Pengalihan Kelembagaan beberapa Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Departemen Kesehatan menjadi perangkat daerah.

Pada Tahun 2011 UPT BKMM berubah nama menjadi UPT Kesehatan Indera Masyarakat berdasarkan Peraturan Gubernur Sumatera Utara No. 37 Tahun 2010. Pada saat ini berdasarkan Peraturan Gubernur Sumatera Utara No 38 tahun 2016 tentang Susunan Organisasi Dinas-Dinas Daerah Provinsi Sumatera Utara maka UPT Kesehatan Indera Masyarakat berubah stuktur organisasinya menjadi UPT Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara. UPT Rumah Sakit Khusus Mata adalah unsur pelaksana tenaga teknis pada dinas kesehatan Provinsi Sumatera Utara yang terdiri dari Unit Pelaksa Teknis, Sub bagian Tata Usaha, Seksi Pelayanan Medik dan Seksi Penunjang Medik.

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

## **2.4. Struktur Organisasi UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

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

### 1. Direktur UPTD

Direktur UPTD Rumah Sakit Khusus Mata mempunyai uraian tugas:

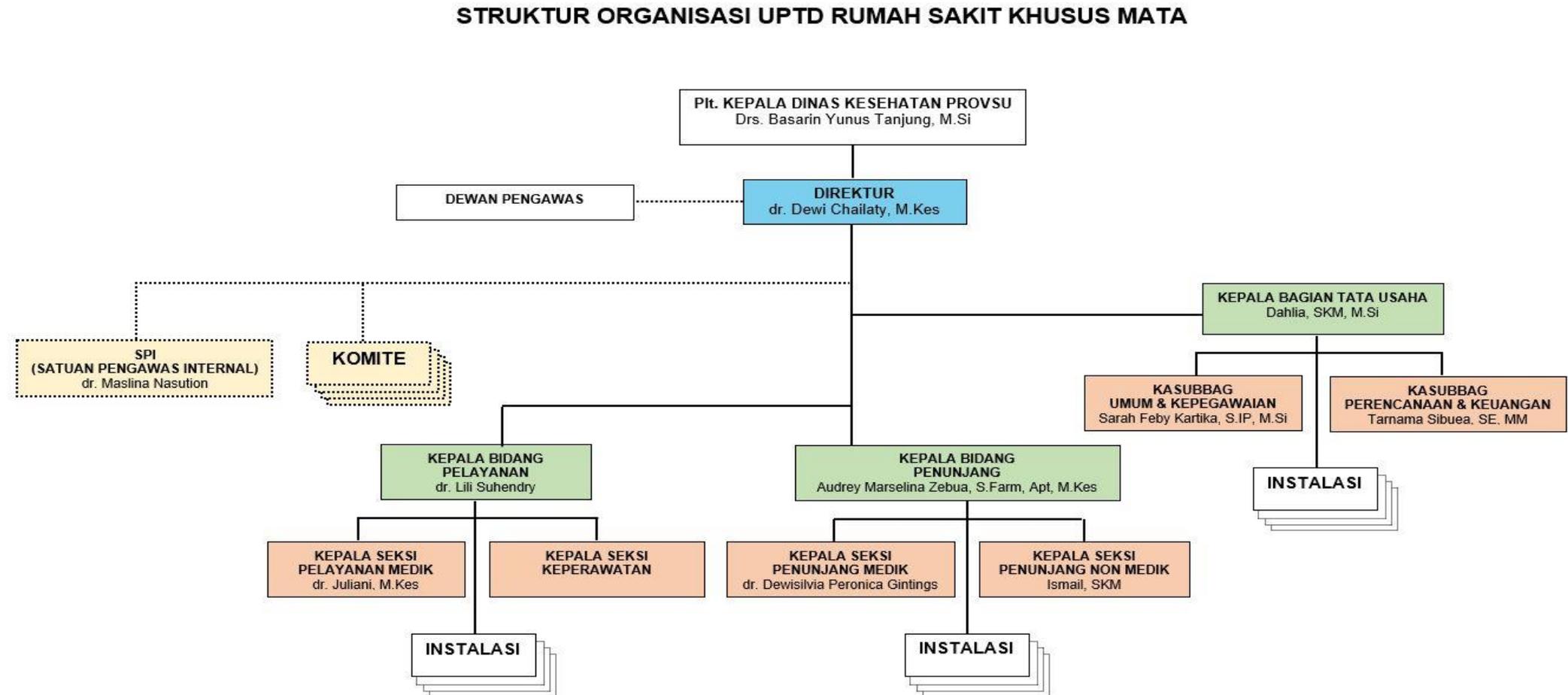
- a. Menyelenggarakan penyusunan perencanaan strategis dan indikator kinerja, perencanaan jangka menengah, rencana tahunan, rencana kerja, program, anggaran, penyediaan data dan sistem informasi rumah sakit, cascading sasaran strategis, indikator kinerja rumah sakit dan indikator kinerja pegawai serta sinkronisasi perencanaan UPTD terhadap perencanaan Dinas.
- b. Menyelenggarakan pelayanan medik dan keperawatan, pencegahan, peningkatan, pemulihan dan rehabilitasi kesehatan mata Masyarakat.
- c. Menyelenggarakan pengelolaan keuangan, anggaran, pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM) rumah sakit.
- d. Menyelenggarakan pengawasan, evaluasi dan pelaporan pengelolaan rumah sakit.
- e. Menyelenggarakan penyusunan, monitoring dan evaluasi peraturan Norma Standar prosedur Kriteria (NSPK), pedoman, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis, tata laksana, Standard Operating Procedure di rumah sakit.
- f. Menyelenggarakan analisis, penelitian, inovasi, kajian-kajian, rekomendasi kebijakan dan pengembangan mengenai pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- g. Menyelenggarakan koordinasi, konsultasi, dan sinkronisasi kebijakan operasional dan program kesehatan serta kerja sama antar lembaga dalam rangka pengelolaan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- h. Menyelenggarakan pembinaan, pendidikan, pelatihan, dan peningkatan kompetensi SDM rumah sakit.
- i. Menyelenggarakan pengelolaan sumber daya, Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit dan teknologi informasi rumah sakit.
- j. Menyelenggarakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas serta pemberian masukan yang perlu kepada Kepala Dinas sesuai dengan tugas dan fungsinya.

- k. Menyelenggarakan pelaporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsinya kepada Kepala Dinas.

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

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

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



## 2.5. SUMBER DAYA UPTD RUMAH SAKIT KHUSUS MATA PROVINSI SUMATERA UTARA

Untuk menjalankan operasionalnya, UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara didukung oleh 151 orang pegawai, terdiri dari tenaga medis dan non medis.

**Tabel 2.1 Data PNS UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

No	Jabatan	Jumlah
<b>TATA USAHA</b>		
1	Pejabat Struktural	10
2	Jabatan Pelaksana	20
3	Administrator Kesehatan	1
4	Analisis SDM Aparatur	2
5	Pranata Komputer S1	1
6	Pengelola Pengadaan Barang/Jasa	1
7	Pranata Komputer D3	1
8	Perekam Medis	2
<b>TOTAL</b>		<b>39</b>
<b>PELAYANAN MEDIK</b>		
1	Dokter Spesialis Mata	2
2	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1
3	Dokter Umum	18
4	Dokter Spesialis Anak	2
5	Perawat Profesi	22
6	Perawat	20
7	Refraksi	4
<b>TOTAL</b>		<b>69</b>
<b>PENUNJANG MEDIK</b>		
1	Apoteker	2
2	Sanitarian	2
3	Tenaga Promosi dan Ilmu Kesehatan	9
4	Epidemiolog	2
5	Laboratorium S1	3
6	Nutrisi S1	2

7	K3	3
9	Administrator Kesehatan	1
10	Asisten Apoteker	8
11	Sanitarian	1
12	Laboratorium D3	5
13	Nutrisi D3	2
14	Elektromedis D3	2
15	Radiografer D3	2
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>

Ketersediaan jumlah tenaga Kesehatan di UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara masih memerlukan peningkatan baik dari segi kuantitas maupun kualitas untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Kepegawaian UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara telah membuat analisa beban kerja dan Analisa jabatan sebagai dasar perhitungan kebutuhan SDM.



<u>NO</u>	<u>INDIKATOR</u>	<u>2022</u>	<u>2023</u>	<u>2024</u>	<u>2025</u>	<u>2026</u>	<u>2027</u>
9.	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	87%	100%	100%	100%	100%	100%
10.	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada Pasien Rawat Inap	-	-	-	100%	100%	100%
11.	Kepuasan Pasien dan Keluarga	85.45%	88.33%	90%	95%	95%	96%
12.	Kecepatan Respon terhadap Komplain	88%	90%	100%	100%	100%	100%
13.	Kepatuhan Penggunaan APD oleh Petugas	97%	100%	100%	100%	100%	100%

### 2.6.2 Gambaran Kinerja Aspek Keuangan

Tabel 2.3. menunjukkan bahwa kinerja keuangan UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara.

**Tabel 2.3. Capaian Kinerja Keuangan UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara  
Pada Tahun 2023 – Tahun 2024**

Uraian	Anggaran pada Tahun		Realisasi Anggaran pada Tahun		Rasio Antara Realisasi dan Anggaran Tahun	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
<b>Pendapatan</b>	5.440.000.000	3.808.000.000	3.893.534.520	943.035.330	0,71	0,24
<b>Belanja Tidak Langsung</b>						
<b>1. Tambahan Penghasilan Pegawai (TPP)</b>	8.949.622.701	12.119.377.517	8.949.622.701	3.010.129.119	1	0,25
<b>Belanja Langsung</b>						
<b>1. Belanja Pegawai</b>	88.680.000	72.470.000	62.500.000		0,70	
<b>2. Belanja Barang dan Jasa</b>	6.950.469.668	9.754.567.201	6.598.501.155	2.857.043.165	0,94	0,29
<b>3. Belanja Modal</b>	1.455.238.112	1.907.874.385	1.452.308.020	-	0,99	

## 2.7 Analisa SWOT

Analisis yang umum digunakan dalam perencanaan strategis adalah analisis SWOT, analisis kekuatan-kekuatan (strengths), kelemahan-kelemahan (weakness), peluang (opportunities) dan ancaman (threats). Analisis SWOT bertujuan untuk menyediakan informasi penting sebelum proses perencanaan strategis sebagai awal sebelum melangkah untuk menentukan isu-isu kritis, kaji ulang keadaan organisasi dan penentuan visi, misi dan tujuan organisasi.

Analisis SWOT memungkinkan jajaran pimpinan dan staf-staf organisasi dari semua tingkat melakukan identifikasi secara detail faktor-faktor lingkungan internal dan eksternal organisasi, sehingga terjadi pengertian dan pemahaman serta consensus terhadap segala sesuatu yang harus dilakukan untuk dimasa sekarang danantisipasi perubahan-perubahan di masa depan. Hasil analisis SWOT yang menyediakan gambaran yang jelas ke arah mana organisasi mau melangkah.

Analisis SWOT meliputi penilaian dari isu-isu internal dan eksternal organisasi.

Analisis SWOT meliputi penilaian dari isu-isu internal dan eksternal organisasi atau dengan kata lain analisis institusional dan analisis lingkungan.

1. Penilaian internal (internal assessment). Penilaian ini merupakan proses menganalisis atau menilai posisi organisasi, kinerja, masalah dan potensial. Analisis ini disebut juga analisis institusional yakni analisis yang berhubungan dengan kondisi internal organisasi itu sendiri. Misalnya kekuatan apa yang dimiliki organisasi dan kelemahan-kelemahan yang ada dalam organisasi yang dapat menjadi penghambat jalannya kegiatan atau program organisasi.
2. Penilaian eksternal (external assessment). Penilaian ini merupakan proses menganalisis faktor-faktor atau kekuatan yang berpengaruh terhadap fungsi organisasi. Analisis ini disebut juga analisis lingkungan, yakni analisis yang bertujuan menilai dan melihat peluang dan ancaman yang berasal dari lingkungan luar yang dihadapi oleh organisasi. Dalam hal ini dikenal sebagai peluang dan ancaman.

Untuk mencapai tujuan UPTD RSK Mata Provinsi Sumatera Utara selama periode 2022-2024 dilakukan analisis terhadap kondisi lingkungan internal dan kondisi lingkungan eksternal, dengan maksud menelaah kondisi kekuatan dan kelemahan yang terdapat dalam institusi UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara serta kondisi di luar UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara yang akan menjadi peluang/hambatan pencapaian

tujuan tersebut.

Untuk mendapatkan gambaran kinerja Rumah Sakit saat ini yang terkait di dalam pelayanan, organisasi dan sumber daya manusia, keuangan serta sarana prasarana, dilakukan kajian dengan pendekatan analisa SWOT. Hasil analisa ini dikonversikan secara kuantitatif melalui pembobotan dan skala rating untuk mendapatkan gambaran posisi rumah sakit dalam rangka penentuan strategi pengembangan di masa yang akan datang. Hasil analisis SWOT disajikan pada tabel berikut :

**Tabel 2.4 Tabel Kekuatan (Strength) UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

No	Faktor Kekuatan	Bobot	Rating	Nilai
1	Satu-satunya rumah sakit mata milik pemerintah di Sumatera Utara	0,16	5	0,81
2	SDM yang baik dan terlatih	0,11	3	0,32
3	Memiliki tarif yang kompetitif	0,11	4	0,43
4	Memiliki kerjasama dengan BPJS Kesehatan	0,11	4	0,43
5	Berpotensi menjadi BLUD	0,11	4	0,43
<b>Jumlah</b>				<b>2,43</b>

Keterangan :

- Rating 5 : sangat sesuai  
 4 : sesuai  
 3 : netral  
 2 : tidak sesuai  
 1 : sangat tidak sesuai

**Tabel 2.5. Tabel Kelemahan (Weakness) UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

No	Faktor Kelemahan	Bobot	Rating	Nilai
1	Kapasitas dan jumlah SDM di bidang administrasi dengan jabatan pelaksana, SDM bidang medis seperti dokter spesialis mata dan subspecialis mata (Sub Spesialis Vitreoretina, Glaukoma, Pediatrik, Infeksi dan Imunologi, Bedah Rekonstruksi, Neuro Oftamologi, Low Vision,	0,14	5	0,68

No	Faktor Kelemahan	Bobot	Rating	Nilai
	Refraksi, dan Lensa Kontak, Kornea, Lensa, dan Bedah Refraktif) dan tenaga spesialis lainnya di beberapa bidang tertentu (Penyakit Dalam dan Anestesi), ahli gizi, perawat khusus mata, perawat bedah, penata anestesi, refraksionis serta staf rekam medis yang masih kurang			
2	Sarana dan prasarana belum sesuai standarisasi Rumah Sakit kelas B.	0,16	5	0,68
3	Keterbatasan anggaran antara lain terbatasnya anggaran untuk memenuhi sarana dan prasarana.	0,11	5	0,54
<b>Jumlah</b>				2,03

Keterangan :

- Rating 5 : sangat sesuai  
 4 : sesuai  
 3 : netral  
 2 : tidak sesuai  
 1 : sangat tidak sesuai

**Tabel 2.6 Tabel Peluang (Opportunity) UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

No	Faktor Peluang	Bobot	Rating	Nilai
1	Komitmen Pemerintah Daerah terhadap peningkatan derajat kesehatan	0,09	4	0,37
2	Kepercayaan masyarakat untuk merawat kesehatan mata	0,09	3	0,28
3	Adanya dukungan dan pembiayaan dari BPJS Kesehatan	0,09	5	0,47
4	Adanya fokus pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah dalam hal peningkatan usia harapan hidup melalui upaya	0,12	4	0,47

	peningkatan layanan rumah sakit			
	<b>Jumlah</b>			<b>1,58</b>

Keterangan :

- Rating 5 : sangat sesuai  
 4 : sesuai  
 3 : netral  
 2 : tidak sesuai  
 1 : sangat tidak sesuai

**Tabel 2.7. Tabel Ancaman (Threat) UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

No	Faktor Ancaman	Bobot	Rating	Nilai
1	Banyaknya rumah sakit mata swasta	0,12	4	0,47
2	Rendahnya kesadaran masyarakat untuk melakukan pemeriksaan mata	0,14	5	0,70
3	Sistem rujukan yang belum terlaksana dengan baik.	0,12	3	0,35
4	Bertambahnya badan usaha pemberi layanan kesehatan seperti rumah sakit maupun klinik, baik dari segi kuantitas maupun kualitas pelayanan, di wilayah Sumatera Utara dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir.	0,12	3	0,35
5	Dokter Spesialis Mata lebih tertarik ke swasta	0,14	4	0,56
	<b>Jumlah</b>			<b>2,14</b>

Keterangan :

- Rating 5 : sangat sesuai  
 4 : sesuai  
 3 : netral  
 2 : tidak sesuai  
 1 : sangat tidak sesuai

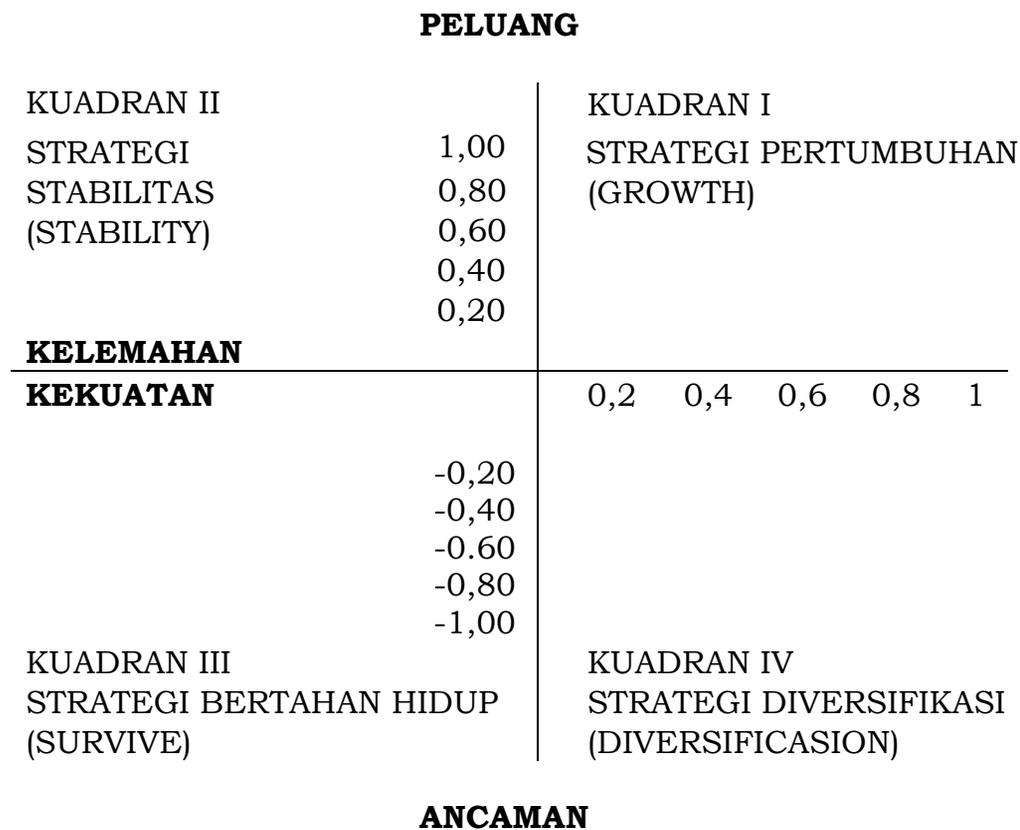
## 2.8. Posisi UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara

Dari perhitungan pembobotan dan rating di atas, diperoleh nilai-nilai koordinat sebagai berikut :

$$\text{Sumbu X} = \text{Kekuatan} - \text{Kelemahan} = 0.4$$

$$\text{Sumbu Y} = \text{Peluang} - \text{Ancaman} = -0.56$$

Dengan koordinat tersebut maka posisi Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara di Kuadran IV (strategi diversifikasi) yang digambarkan dalam analisa kuadran sebagai berikut :



**Diagram 2.1. Posisi UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

Dari diagram di atas menunjukkan bahwa UPTD Rumah Sakit Khusus Mata harus mengembangkan strategi yang bersifat defensif dimana berusaha meminimalkan kelemahan yang ada serta menghindari ancaman. Strategi yang harus dikembangkan disini adalah penganekaragaman atau proses penambahan produk maupun jasa menjadi lebih beragam.

## 2.9. Manajemen Resiko

Di sini akan dijelaskan kemungkinan kendala / hambatan dan rencana untuk mengatasi kendala / hambatan tersebut

<b>No</b>	<b>Perkiraan Kendala / Hambatan</b>	<b>Rencana Solusi</b>
1.	Kurangnya anggaran	Mengusulkan kecukupan anggaran sesuai dengan kebutuhan
2.	Kurangnya SDM Kesehatan terkhusus tenaga dokter spesialis mata	a. Sosialisasi regulasi penyelenggaraan perumahsakitian terkait dengan sumber daya manusia (SDM) b. Koordinasi terkait program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) ke UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara
3.	Kurangnya sarana dan prasarana yang mendukung	a. Memaksimalkan sarana dan prasarana yang ada b. Mengusulkan kebutuhan sarana dan prasarana yang mendukung operasional Rumah Sakit

BAB III  
VISI, MISI, STRATEGI, DAN ARAH KEBIJAKAN

**3.1. Visi dan Misi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara**

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

**a. Visi Gubernur dan Wakil Gubernur Sumatera Utara**

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 ekologi yang terjaga, alamnya yang bersih dan indah, penduduknya yang ramah, berbudaya, berperikemanusiaan dan beradab.

### **3.2. Visi dan Misi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara**

Visi merupakan pandangan ke depan tentang tujuan yang harus dicapai dan ada arah yang jelas dalam suatu organisasi, sedangkan misi merupakan pandangan ke depan tentang bagaimana organisasi itu ke depan dan kemana arahnya sehingga organisasi dapat menjalankan tugas secara konsisten dan tetap eksis, inovatif dan produktif sehingga tujuan organisasi dapat tercapai.

Adapun yang menjadi Visi dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, yaitu:

Mewujudkan Provinsi Sumatera Utara Sehat, Mandiri dan berdaya saing dengan pengertian :

1. Sehat adalah kondisi dimana Penduduk Sumatera Utara mempunyai kesehatan baik fisik, mental dan spiritual sehingga mampu untuk hidup secara produktif, sosial dan ekonomis.
2. Mandiri mengandung keinginan terwujudnya suatu kondisi dimana masyarakat mempunyai pengetahuan dan kemampuan untuk mempertahankan kualitas kesehatan dalam kehidupannya.
3. Berdaya saing yaitu suatu kondisi dimana penduduk Provinsi Sumatera Utara memiliki kemampuan serta keunggulan sehingga mampu melangsungkan kehidupan dalam persaingan masyarakat secara regional, nasional maupun global.

Dalam rangka mewujudkan Provinsi Sumatera Utara sehat, mandiri dan berdaya saing, maka ditetapkan misi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara sebagai berikut :

1. Menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan bermutu, merata dan terjangkau
2. Meningkatkan pengendalian dan penanggulangan masalah kesehatan
3. Meningkatkan mutu sumber daya kesehatan
4. Meningkatkan kemandirian masyarakat dalam pemeliharaan kesehatan

### **3.3. Visi dan Misi UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

Visi UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara Sebagai pusat Pelayanan Kesehatan Mata yang Maju dan Bermartabat.

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

- a. Mewujudkan pelayanan kesehatan mata yang prima, profesional dan berorientasi pada kepuasan masyarakat.
- b. Mewujudkan sumber daya manusia yang beriman, berkarakter, cerdas, kolaboratif, berdaya saing dan mandiri
- c. Mewujudkan masyarakat yang terdidik dan peduli tentang kesehatan mata.
- d. Mewujudkan sarana, prasarana dan alat kesehatan yang mutakhir.
- e. Mewujudkan lingkungan rumah sakit yang aman, ramah, bersih, asri dan indah.

Visi Gubernur Sumatera Utara  
**“Sumatera Utara yang Maju, Aman, dan Bermartabat”**

Visi Dinas Kesehatan Prov. Sumatera Utara  
**“Mewujudkan Provinsi Sumatera Utara Sehat, Mandiri dan berdaya saing”**

Visi UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Ptov. Sumatera Utara  
**“Mewujudkan Pusat Pelayanan Kesehatan Mata yang Maju dan Bermartabat”**

### 3.4. Tujuan dan Sasaran UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara

UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara mempunyai tugas membantu Kepala Dinas Kesehatan dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam urusan pelayanan, pengobatan, perawatan dan pemulihan kesehatan mata masyarakat sesuai standar yang ditentukan, pemenuhan standar mutu fasilitas penunjang medik dan keperawatan rumah sakit serta pembinaan, pengendalian, pencegahan dan promosi kesehatan mata masyarakat tingkat Provinsi. Disamping itu UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara diharapkan mampu mencapai tujuan dan sasaran RPJMD Provinsi Sumatera Utara tahun 2019-2023 dalam bidang kesehatan. Tujuan dan sasaran UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara dijelaskan pada tabel berikut ini:

**Tabel 3.1. Tujuan dan Sasaran UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

<b>Tujuan (RPJMD 2019-2023)</b>	<b>Sasaran (RPJMD 2019- 2023)</b>	<b>Tujuan (UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara)</b>	<b>Sasaran (UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara)</b>
Terwujudnya kesehatan masyarakat yang prima	Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	Tersedianya layanan kesehatan mata masyarakat yang prima dan bermartabat serta optimal di Provinsi Sumatera Utara	Meningkatnya kualitas pelayanan UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara dengan unit-unit pelayanan serta instalasi yang terpadu
			Pemenuhan standar Rumah Sakit sesuai dengan kelasnya

### 3.5. Strategi dan Arah Kebijakan

Strategi dan arah kebijakan urusan kesehatan yang tertuang dalam RPJMD Provinsi Sumatera Utara Tahun 2019-2023 menjadi dasar untuk penetapan pernyataan strategi dan arah kebijakan yang lebih khusus agar dapat menjawab semua permasalahan dan isu-isu strategis terkait urusan kesehatan di Provinsi Sumatera Utara. Berikut adalah strategi dan arah kebijakan UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara:

**Tabel 3.2 Strategi dan Arah Kebijakan UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

No	Strategi	Arah Kebijakan
1	Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan mata pada masyarakat	Penyelenggaraan pelayanan kesehatan mata yang bermutu dan terjangkau
		Peningkatan cakupan layanan kesehatan mata
		Penerapan sistem pelayanan minimal (SPM)
2	Meningkatkan pelayanan kesehatan mata promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang terjangkau dan responsif	Penyediaan, pengembangan dan pemeliharaan sarana dan prasarana kesehatan mata
		Peningkatan kuantitas dan kapasitas sarana prasarana pelayanan kesehatan mata dan pelayanan penunjang rumah sakit
		Peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan
3	Penguatan peran serta masyarakat dalam mengupayakan pemahaman tentang kesehatan mata	Pengembangan pemahaman masyarakat tentang kesehatan mata
		Penyelenggaraan integrasi dengan dinas kesehatan dan rumah sakit kabupaten/kota

No	Strategi	Arah Kebijakan
		Memfasilitasi komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan mata
4	Meningkatkan kuantitas dan kualitas medis dan non medis	Peningkatan kompetensi tenaga medis dan non medis
		Peningkatan jumlah tenaga medis dan non medis
		Penyelenggaraan pelayanan prima kesehatan mata
		Peningkatan kesejahteraan tenaga medis dan non medis
5	Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan administrasi rumah sakit berbasis web ( <i>online</i> ) oleh aparatur yang terampil	Penerapan manajemen rumah sakit yang profesional dan akuntabel
		Peningkatan kemampuan manajerial aparatur
		Pengembangan sistem administrasi komunikasi dan informatika yang mendukung pelayanan kesehatan mata
	Promosi Kesehatan/Promosi Rumah Sakit	Pengembangan program promosi kesehatan serta promosi Rumah Sakit

BAB IV  
RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN

**4.1. Rencana Program dan Kegiatan**

Program dan kegiatan yang dapat dilaksanakan di UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara terkait dengan rencana pengembangan layanan adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Program dan Kegiatan UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara Tahun 2023-2027

No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan													Penanggung Jawab		
					2023			2024			2025			2026			2027			
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target		Anggaran	Sumber Dana
<b>PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAH DAERAH</b>																				
1	Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Tersedianya Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Jumlah Dokumen Hasil Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Jumlah	Tambahan Penghasilan Berdasarkan Pertimbangan Objektif Lainnya ASN	62,500,000	APBD	Tambahan Penghasilan Berdasarkan Pertimbangan Objektif Lainnya ASN	72,470,000	APBD	Tambahan Penghasilan Berdasarkan Pertimbangan Objektif Lainnya ASN	72,470,000	APBD	Tambahan Penghasilan Berdasarkan Pertimbangan Objektif Lainnya ASN	72,470,000	APBD	Tambahan Penghasilan Berdasarkan Pertimbangan Objektif Lainnya ASN	72,470,000	APBD	Direktur UPTD
3	Rehabilitasi dan Pemeliharaan Rumah Sakit	Terlaksananya rehabilitasi dan pemeliharaan Rumah Sakit	Jumlah Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan yang Dilakukan	Jumlah	Belanja Pemeliharaan/Rehabilitasi UPTD RS Khusus Mata	490,000,000	APBD												Kepala Bagian Tata Usaha	
4																				Belanja Jasa Konstruksi

No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan											Penanggung Jawab				
					2023			2024			2025			2026			2027			
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran		Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana
5			Rehabilitasi dan Pemeliharaan oleh Rumah Sakit		Belanja Jasa Konsultasi Pengawasan Rekayasa – Jasa Pengawas Pekerjaan Konstruksi Bangunan Gedung	16,000,000	APBD				Spesialis Anak dan Penyakit Dalam serta pemenuhan sarana prasarana untuk ruangan spesialis tersebut	000		Spesialis Anak dan Penyakit Dalam serta pemenuhan sarana prasarana untuk ruangan spesialis tersebut	0		Direktur UPTD			
6					Pembuatan Bengkel kerja IPSRS	250,000,000	BLUD										Kepala Bagian Tata Usaha			
7					Belanja Pemeliharaan Bangunan Gedung Tempat Kerja – Bangunan Kesehatan	364,305,000	APBD										Kepala Bagian Tata Usaha			
8					Pengadaan ruangan standar radiologi yang memiliki penahan radiasi	300,000,000	BLUD	Pengadaan ruangan standar radiologi yang memiliki penahan radiasi	450,000,000	APBD	Maintenance ruangan radiologi	70,000,000	APBD			Direktur UPTD				





No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan											Penanggung Jawab									
					2023			2024			2025			2026			2027								
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran		Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana					
					kegiatan kantor – alat tulis kantor, kertas dan cover)			kantor – alat tulis kantor, kertas dan cover, bahan computer, alat tulis kantor lainnya				(untuk kegiatan kantor – alat tulis kantor, kertas dan cover, bahan computer, alat tulis kantor lainnya				kantor – alat tulis kantor, kertas dan cover, bahan computer, alat tulis kantor lainnya				kantor – alat tulis kantor, kertas dan cover, bahan computer, alat tulis kantor lainnya					
15					Belanja Barang Habis Pakai (Peralatan Rumah Tangga)	135,955,289	APBD	Belanja Barang Habis Pakai (Peralatan Rumah Tangga)	135,003,575	APBD	Belanja Barang Habis Pakai (Peralatan Rumah Tangga)	148,503,933	APBD	Belanja Barang Habis Pakai (Peralatan Rumah Tangga)	163,354,326	APBD	Belanja Barang Habis Pakai (Peralatan Rumah Tangga)	179,689,758	APBD						Kepala Bagian Tata Usaha
16					Belanja kebutuhan barang cetakan dan penggandaan	101,428,500	APBD				Belanja kebutuhan barang cetakan dan penggandaan	154,398,750	BLUD	Belanja kebutuhan barang cetakan dan penggandaan	169,838,625	BLUD	Belanja kebutuhan barang cetakan dan penggandaan	186,82,487	BLUD						Kepala Bagian Tata Usaha

No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan												Penanggung Jawab			
					2023			2024			2025			2026				2027		
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana		Target	Anggaran	Sumber Dana
17																				
17					Kebutuhan bahan bacaan dan peraturan perundangan-undangan	10,058,000	APBD		Kebutuhan bahan bacaan dan peraturan perundangan-undangan	9,108,000	BLUD		Kebutuhan bahan bacaan dan peraturan perundangan-undangan	11,020,680	BLUD		Kebutuhan bahan bacaan dan peraturan perundangan-undangan	12,122,748	BLUD	Kepala Bagian Tata Usaha
18	Penyediaan Komponen Instalasi Listrik/Penerangan Bangunan Kantor	Tersedianya Komponen Instalasi Listrik/Penerangan Bangunan Kantor	Jumlah Paket Komponen Instalasi Listrik/Penerangan Bangunan Kantor yang Disediakan	Jumlah	Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor-Alat Listrik	55,410,853	APBD		Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor-Alat Listrik	70,029,838	APBD		Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor-Alat Listrik	84,736,104	APBD		Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor-Alat Listrik	93,209,714	APBD	Kapala Bagian Tata Usaha
19	Penyediaan Jasa Surat-Menyurat	Terpenuhiya layanan administrasi terkait jasa surat-menyerurat	Jumlah pemenuhan layanan administrasi terkait jasa surat-menyerurat	Jumlah	Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor - Materai	5,000,000	APBD		Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor - Materai	3,000,000	BLUD		Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor - Materai	3,630,000	BLUD		Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor - Materai	3,993,000	BLUD	Kepala Bagian Tata Usaha
20					Belanja		APBD		Belanja		BLUD		Belanja		BLUD		Belanja		BLUD	Kepala

No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan												Penanggung Jawab			
					2023			2024			2025			2026				2027		
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana		Target	Anggaran	Sumber Dana
					Paket / Pengiriman	710,000		Paket / Pengiriman	800,000		Paket / Pengiriman	880,000		Paket / Pengiriman	968,000		Paket / Pengiriman	1,064,800		Bagian Tata Usaha
21	Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik	Terpenuhiya kebutuhan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik	Jumlah Laporan terkait terpenuhinya kebutuhan jasa komunikasi sumber daya air dan listrik	Jumlah	Belanja Tagihan Telepon	100,000,000	APBD	Belanja Tagihan Telepon	200,000,000	APBD	Belanja Tagihan Telepon	220,000,000	APBD	Belanja Tagihan Telepon	242,000,000	APBD	Belanja Tagihan Telepon	266,200,000	APBD	Kepala Bagian Tata Usaha
22					Belanja Tagihan Listrik	400,000,000	APBD	Belanja Tagihan Listrik	700,000,000	APBD	Belanja Tagihan Listrik	900,000,000	APBD	Belanja Tagihan Listrik	990,000,000	APBD	Belanja Tagihan Listrik	931,700,000	APBD	Kepala Bagian Tata Usaha
23	Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Terselenggaranya Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Jumlah Laporan Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Jumlah	Belanja Makanan dan Minuman Rapat	62,990,000	APBD	Belanja Makanan dan Minuman Rapat	31,800,000	BLUD	Belanja Makanan dan Minuman Rapat	34,980,000	BLUD	Belanja Makanan dan Minuman Rapat	38,478,000	BLUD	Belanja Makanan dan Minuman Rapat	42,325,800	BLUD	Kepala Bagian Tata Usaha
24					Biaya Perjalanan Dinas	3,000,000	APBD	Biaya Perjalanan Dinas	109,520,000	APBD	Biaya Perjalanan Dinas	120,472,000	APBD	Biaya Perjalanan Dinas	132,519,200	APBD	Biaya Perjalanan Dinas	132,519,309	APBD	Kepala Bagian Tata Usaha
25							Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor-Perabot Kantor	144,391,940	APBD						Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor-Perabot Kantor dan Alat Penyimpanan Lengkap	158,831,134	APBD			

No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan												Penanggung Jawab			
					2023			2024			2025			2026				2027		
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana		Target	Anggaran	Sumber Dana
26	Pengadaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Tersedianya peralatan dan mesin lainnya	Jumlah Unit Peralatan dan Mesin Lainnya yang Disediakan	Jumlah			Belanja Peralatan dan Mesin (Perabot Kantor Lainnya, Pengolahan Air Limbah, Belanja Modal Alat Besar, Belanja Modal Alat Ukur, Belanja Modal Alat Pendingin, Belanja Modal Alat Kedokteran, Belanja Modal Komputer)	265,863,832	APBD				Belanja Peralatan dan Mesin (Perabot Kantor Lainnya, Pengolahan Air Limbah, Belanja Modal Alat Besar, Belanja Modal Alat Ukur, Belanja Modal Alat Pendingin, Belanja Modal Alat Kedokteran, Belanja Modal Komputer)	282,550,215	APBD				Kepala Bagian Tata Usaha	
27	Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor	Terpenuhinya Layanan Umum Kantor	Jumlah Layanan Umum Kantor yang disediakan	Jumlah	Honorarium Rohaniawan	41,600,000	APBD	Honorarium Rohaniawan	41,600,000	APBD	Honorarium Rohaniawan	41,600,000	APBD	Honorarium Rohaniawan	41,600,000	APBD			Kepala Bagian Tata Usaha	
28					Honorarium Tenaga Kontrak Non ASN Administrasi	351,000,000	APBD	Honorarium Tenaga Kontrak Non ASN Administrasi	351,000,000	APBD	Honorarium Tenaga Kontrak Non ASN Administrasi	351,000,000	APBD	Honorarium Tenaga Kontrak Non ASN Administrasi	351,000,000	APBD			Kepala Bagian Tata Usaha	

No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan											Penanggung Jawab				
					2023			2024			2025			2026			2027			
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran		Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana
					asi															
29					Belanja Jasa Tenaga Operator Komputer	195,000,000	APBD	Belanja Jasa Tenaga Operator Komputer	195,000,000	APBD	Belanja Jasa Tenaga Operator Komputer	195,000,000	APBD	Belanja Jasa Tenaga Operator Komputer	195,000,000	APBD	Kepala Bagian Tata Usaha			
30					Belanja Jasa Tenaga Supir	78,000,000	APBD	Belanja Jasa Tenaga Supir	78,000,000	APBD	Belanja Jasa Tenaga Supir	78,000,000	APBD	Belanja Jasa Tenaga Supir	78,000,000	APBD	Kepala Bagian Tata Usaha			
31					Belanja Jasa Tenaga Kebersihan	25,000,000	APBD	Belanja Jasa Tenaga Kebersihan	30,000,000	APBD	Belanja Jasa Tenaga Kebersihan	33,000,000	APBD	Belanja Jasa Tenaga Kebersihan	36,300,000	APBD	Kepala Bagian Tata Usaha			
32	Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan, Pajak dan Perizinan Kendaraan Dinas	Terpenuhi kebutuhan jasa pemeliharaan kendaraan dinas operasional	Jumlah Kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan yang dipelihara dan dibayarkan Pajak dan Perizinannya	Jumlah	Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Dinas (Kendaraan Dinas Kepala UPT)	33,470,000	APBD	Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Dinas (Kendaraan Dinas Kepala UPT)	33,470,000	APBD	Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Dinas	36,817,000	APBD	Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Dinas (Kendaraan Dinas Kepala UPT)	40,498,700	APBD	Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Dinas (Kendaraan Dinas Kepala UPT)	44,548,570	APBD	Kepala Bagian Tata Usaha
33					Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Dinas	66,940,000	APBD	Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Dinas	100,410,000	APBD	Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Dinas	110,451,000	APBD	Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Dinas	121,496,100	APBD	Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Dinas	133,645,710	APBD	Kepala Bagian Tata Usaha

No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan											Penanggung Jawab				
					2023			2024			2025			2026			2027			
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran		Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana
34	Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	Terlaksananya administrasi kepegawaian	Jumlah pegawai berdasarkan tugas dan fungsi yang mengikuti Pendidikan dan Pelatihan	Jumlah				Dokter Spesialis Mata mengikuti Fellowship (1 orang - program Infeksi dan Imunologi Mata)	132,000,000	BLUD	150,000,000	BLUD	Dokter Spesialis Mata mengikuti fellowship (1 orang - program Kornea, Lensa dan Bedah Refraktif)	165,000,000	BLUD	Dokter Spesialis Mata mengikuti fellowship (2 orang - program Low Vision, Refraksi dan Lensa Kontak dan program Vitreoretina)	350,000,000	BLUD	Kepala Bagian Tata Usaha	
35					Penambahan dokter spesialis Mata (1 orang)		Penerimaan CPNS	Penambahan dokter spesialis mata sebanyak 3 orang dan Spesialis Penyakit Dalam sebanyak 1 orang		Penerimaan CPNS	Penambahan dokter spesialis radiologi (1 orang)		Penerimaan CPNS	Penambahan dokter spesialis mata sebanyak 3 orang		Penerimaan CPNS			Kepala Bagian Tata Usaha	

No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan												Penanggung Jawab				
					2023			2024			2025			2026				2027			
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana		Target	Anggaran	Sumber Dana	
36					Biaya Pelatihan	40,000,000	APBD	Pelatihan bagi Pemberi pelayanan gawat darurat ( BTLS/PPGD) 8 perawat	34,000,000	BLUD				Pelatihan tenaga medis terkait kegawatdaruratan (ATLS/ACLS /PPGD/GEL S) sebanyak 13 orang dokter	72,000,000	BLUD				Kepala Bagian Tata Usaha	
37							Pelatihan Tim PPI	75,000,000	BLUD	Pelatihan Tim PPI	100,000,000	BLUD	Pelatihan Tim PPI	110,000,000	BLUD					Kepala Bagian Tata Usaha	
38							Pelatihan Tim CSSD	30,000,000	BLUD	Pelatihan Tim CSSD	40,000,000	BLUD	Pelatihan Tim CSSD	50,000,000	BLUD					Kepala Bagian Tata Usaha	
39										Pelatihan Bantuan Hidup Dasar	132,000,000	BLUD			Pelatihan Bantuan Hidup Dasar	132,000,000	BLUD			Kepala Bagian Tata Usaha	
40							Pelatihan tim penanggulangan bencana (K3RS)	75,000,000	BLUD	Pelatihan tim penanggulangan bencana (K3RS)	85,000,000	BLUD	Pelatihan tim penanggulangan bencana (K3RS)	95,000,000	BLUD	Pelatihan tim penanggulangan bencana (K3RS)	210,000,000	BLUD			Kepala Bagian Tata Usaha
41	Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Terlaksananya penyediaan administrasi keuangan perangkat	Jumlah dokumen administrasi keuangan	Jumlah	Honorarium Penanggungjawaban Pengelola	62,880,000	APBD	Honorarium Penanggungjawaban Pengelola Keuangan	62,880,000	BLUD	Honorarium Penanggungjawaban	62,880,000	BLUD	Honorarium Penanggungjawaban Pengelola Keuangan	62,880,000	APBD	Honorarium Penanggungjawaban Pengelola Keuangan	62,880,000	APBD	Direktur UPTD	

No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan													Penanggung Jawab		
					2023			2024			2025			2026			2027			
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target		Anggaran	Sumber Dana									
		daerah	n perangkat daerah		Keuangan						Pengelola Keuangan									
42					Honorarium Pengadaan Barang/Jasa	13,800,000	APBD	Honorarium Pengadaan Barang/Jasa	13,800,000	BLUD	Honorarium Pengadaan Barang/Jasa	13,800,000	APBD	Honorarium Pengadaan Barang/Jasa	13,800,000	APBD	Honorarium Pengadaan Barang/Jasa	13,800,000	APBD	Direktur UPTD
43	Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Terlaksananya pemeliharaan barang milik daerah	Jumlah layanan pemeliharaan barang milik negara	Jumlah	Pemeliharaan Peralatan dan Mesin lainnya (Genset, Komputer, AC, Lampu, Sound System, Printer, Operasional IPAL)	73,246,598	APBD	Pemeliharaan Peralatan dan Mesin lainnya (Genset, Komputer, AC, Lampu, Sound System, Printer, Operasional IPAL)	33,470,000	APBD	Pemeliharaan Peralatan dan Mesin lainnya (Genset, Komputer, AC, Lampu, Sound System, Printer, Operasional IPAL)	36,817,000	APBD	Pemeliharaan Peralatan dan Mesin lainnya (Genset, Komputer, AC, Lampu, Sound System, Printer, Operasional IPAL)	40,498,700	APBD	Urusan	44,548,570	APBD	Kepala Bagian Tata Usaha
<b>PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT</b>																				

No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan													Penanggung Jawab			
					2023			2024			2025			2026			2027				
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target		Anggaran	Sumber Dana	
1	Penerbitan Izin Rumah Sakit Kelas B dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi	Peningkatan Mutu Pelayanan Fasilitas Kesehatan	Jumlah Fasilitas Kesehatan yang Dilakukan Pengukuran Indikator Mutu Nasional (INM) Pelayanan Kesehatan	Jumlah	Belanja Barang dan Jasa (Bahan Bangunan dan Konstruksi, Kebutuhan Perlengkapan Akreditasi, Belanja Suku Cadang Alat Laboratorium, Belanja ATK dan Bahan Cetak	316,064,093	APBD													Kepala Bagian Tata Usaha	
2								MoU terkait makanan pasien	800,000,000	APBD										Kepala Bidang Penunjang	
3	Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Terlaksananya operasional pelayanan Rumah Sakit yang memadai	Jumlah dokumen operasional pelayanan Rumah Sakit	Jumlah							Penambahan APD yang meliputi gown, tong sampah	759,140,481	APBD	Penambahan APD yang meliputi gown, tong sampah infeksius dan non infeksius	789,240,000	APBD					Kepala Bidang Penunjang

No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan												Penanggung Jawab			
					2023			2024			2025			2026				2027		
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana		Target	Anggaran	Sumber Dana
3					Kalibrasi Pemeliharaan Rutin Alat Kedokteran dan Kesehatan	120,000,000	APBD	Kalibrasi Pemeliharaan Rutin Alat Kedokteran dan Kesehatan	300,000,000	APBD	Kalibrasi Pemeliharaan Rutin Alat Kedokteran dan Kesehatan	330,000,000	BLUD	Kalibrasi Pemeliharaan Rutin Alat Kedokteran dan Kesehatan	363,000,000	APBD	Kalibrasi Pemeliharaan Rutin Alat Kedokteran dan Kesehatan	399,300,000	BLUD	Kepala Bagian Tata Usaha
4					Pembelian Phacofragmentation System	1,447,977,000	APBD													
5											Penambahan Linen	20,000,000	APBD	Penambahan Linen	40,000,000	BLUD				Kepala Bidang Pelayanan
6													Maintenance SIM-RS	70,000,000	APBD	Maintenance SIM-RS	85,000,000	APBD	Kepala Bagian Tata Usaha	
7					Belanja Jasa Audit/Surveillance	25,000,000	APBD	Survei Akreditasi dan Audit External	27,500,000	BLUD	Survei Akreditasi dan	30,250,000	BLUD	Pelaksanaan Re-Akreditasi	350,000,000	BLUD	Survei Akreditasi dan	80,000,000	BLUD	Direktur UPTD





No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan											Penanggung Jawab				
					2023			2024			2025			2026			2027			
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran		Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana
14																	Kepala Bagian Tata Usaha			
15																	Kepala Bidang Penunjang			

No	Kegiatan Strategis	Sasaran	Indikator Kinerja	Satuan	Capaian Kinerja dan Kerangka Pendanaan											Penanggung Jawab					
					2023			2024			2025			2026			2027				
					Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	Target	Anggaran		Sumber Dana	Target	Anggaran	Sumber Dana	
16					Pengembangan Pendekatan Pelayanan Kesehatan di DTPK ( Pelayanan Kesehatan Bergerak, Gugus Pulau, Pelayanan Kesehatan Berbasis Telemedicine, dll	480,695,287			Pengembangan Pendekatan Pelayanan Kesehatan di DTPK ( Pelayanan Kesehatan Bergerak, Gugus Pulau, Pelayanan Kesehatan Berbasis Telemedicine, dll	365,242,150	APBD				Pengembangan Pendekatan Pelayanan Kesehatan di DTPK ( Pelayanan Kesehatan Bergerak, Gugus Pulau, Pelayanan Kesehatan Berbasis Telemedicine, dll	401,766,3565	APBD				Kepala Bidang Pelayanan



#### 4.2. Indikator dan Target Kinerja Pelayanan UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara

Berikut ini adalah beberapa indikator dan target kinerja pelayanan yang dilaksanakan di UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera

Utara:

Tabel 4.2. Indikator dan Target Kinerja UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM		Standar	Pencapaian Awal tahun...	keterangan	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian					I	II	III	IV	V	
								Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027	
1	Gawat Darurat	Input	1	Kemampuan menangani life saving	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bidang Pelayanan
			2	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku (ATLS/ BTLS/ACLS/PPGD/GELS)	100%	62%/23%	Perawat 5/8 org, dokter 3/13	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bidang Pelayanan
			3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	akan dibentuk tim nya	1 tim	Kepala Bidang Pelayanan				
		Proses	4	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 jam	24 jam		24 jam	Kepala Bidang Pelayanan				
			5	Waktu tanggap pelayanan pasien	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang	100%		≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang	Kepala Bidang Pelayanan				
			6	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bidang Pelayanan

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM		Standar	Pencapaian Awal tahun...	keterangan	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab	
		Jenis	Uraian					I	II	III	IV	V		
		Output			Tahun 2023			Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027			
		Output	7	Kematian pasien di IGD ( $\leq 8$ jam)	$\leq$ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bidang Pelayanan
		Outcome	8	Kepuasan Pelanggan	$\geq 70\%$	70%		88,3%	90%	91%	92%	93%	Kepala Bidang Pelayanan	
2	Rawat jalan	Input	1	Ketersediaan Pelayanan	Minimal sesuai dgn jenis dan klasifikasi RS	tersedia		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala Bidang Pelayanan
			2	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	100%	1 dokter positif covid di bln 2	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bidang Pelayanan

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM		Standar	Pencapaian Awal tahun...	keterangan	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian					I	II	III	IV	V	
					Tahun 2023	Tahun 2024		Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027			
		Proses	3	Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	100%		100%	09.00 s/d 12.00 13.30 s/d 16.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 12.00 , 13.30 s/d 16.30	09.00 s/d 12.00 13.30 s/d 16.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 12.00 , 13.30 s/d 16.30	100%	100%	Kepala Bidang Pelayanan
			4	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	100%	56 menit	<60 menit	<60 menit	<60 menit	<60 menit	<60 menit	Kepala Bidang Pelayanan
		Output	5	Peresepan obat sesuai formularium	100%	88%		100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bidang Penunjang
		Outcome	6	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	70%		88.3%	90%	91%	92%	93%	Kepala Bidang Pelayanan
3	Rawat Inap	Input	1	Ketersediaan pelayanan	sesuai jenis dan kelas RS	tersedia		tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	Kepala Bidang Pelayanan
			2	Pemberi pelayanan di rawat inap	sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3 Keperawatan	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3 Keperawatan	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3 Keperawatan	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3 Keperawatan	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3 Keperawatan	Kepala Bidang Pelayanan

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM	Standar	Pencapaian Awal tahun...	keterangan	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab	
		Jenis	Uraian				I	II	III	IV	V		
				Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027					
					Keperawatan	Keperawatan							
		3	Tempat tidur dengan pengaman	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%		
		4	Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	0%		0%	0%	100%	100%	100%		
		5	Dokter penanggungjawab pasien rawat inap	100%	-		0%	0%	100%	100%	100%		
		6	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 12.00 setiap hari kerja	-	-	Belum Ada	Belum Ada	Ada	Ada	Ada		
		7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 0,3 %	-	-	≤ 0,3 %	≤ 0,3 %	≤ 0,3 %	≤ 0,3 %	≤ 0,3 %		
		8	Kejadian Infeksi Nosokomial	< 9 %	-	-	< 9 %	< 9 %	< 9 %	< 9 %	< 9 %		
		9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%		
		10	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5 %	-	-	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%		
		<b>Output</b>	11	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0.24 %	-	-	<0,24%	<0,24%	<0,24%	<0,24%	<0,24%	
		<b>Outcome</b>	12	Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	-	-	90%	90%	90%	90%	90%	
4	<b>Bedah</b>		1	Penundaan operasi elektif	≤ 1 hari	Keterbatasan Obat dan BMHP		≥ 1 hari	≥ 1 hari	< 1 hari	< 1 hari	< 1 hari	Kepala Bidang Pelayanan

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM		Standar	Pencapaian Awal tahun...	keterangan	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian					I	II	III	IV	V	
						Tahun 2023		Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027		
		<b>Proses</b>	2	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			3	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			4	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			5	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
		<b>Output</b>	6	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6 %	0%		< 6 %	< 6 %	< 6 %	< 6 %	< 6 %	
			7	Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%		0%	0%	0%	0%	0%	
		<b>Outcome</b>	8	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %			>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	
5	<b>Radiologi</b>	<b>Input</b>	1	Pemberi pelayanan radiologi	dokter spesialis, radiologi, radiografer	dokter radiologi 0, radiografer 2	-	dokter radiologi 0, radiografer 2	dokter radiologi 0, radiografer 2	dokter radiologi 1, radiografer 2	dokter radiologi 1, radiografer 2	dokter radiologi 1, radiografer 2	Kepala Bidang Penunjang
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi	sesuai kelas RS dan standar ICU	0%	-	0%	rencana pembangunan gedung dan penyediaan fasilitas	rencana pembangunan gedung dan penyediaan fasilitas	100%	100%	Kepala Bidang Penunjang



No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM		Standar	Pencapaian Awal tahun...	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab		
		Jenis	Uraian				keterangan	I	II	III	IV		V	
						Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027				
					klirik									
		<b>Output</b>	6	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%		
			7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	70%		80%	80%	80%	80%	80%		
7	<b>Farmasi</b>	<b>Input</b>	1	Pemberi pelayanan farmasi	sesuai kelas RS	tersedia	2 apoteker,	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	Kepala Bidang Penunjang	
			2	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	sesuai kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
			3	Ketersediaan formularium	tersedia dan update paling lama 3 thn	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia		
			4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	<30 menit	16 mnt	<30 menit						
			5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	< 60 menit	-	< 60 menit						
			<b>Proses</b>	6	Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			<b>Outcome</b>	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	70%		90%	90%	90%	90%	90%	
			8	<b>Gizi</b>	<b>Input</b>	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	-	-	-	-	> 90%	> 90%
<b>Output</b>	2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet			100%	-	-	-	-	100%	100%	100%		

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM		Standar	Pencapaian Awal tahun...	keterangan	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian					I	II	III	IV	V	
		Outcome				Tahun 2023		Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027		
9	Pelayanan pasien keluarga miskin	Input	3	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	-	-	-	-	< 20%	< 20%	< 20%	Kepala Bidang Pelayanan
			4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	-	-	-	80%	80%	80%		
			1	Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia		
		2	Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	ada	Belum ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada			
		3	Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit			
		Output	4	Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
Outcome	5	Semua pasien keluarga miskin terlayani	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%				
	6	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80%	80%	80%	80%	80%	80%				
10	Pelayanan Rekam Medik	Input	1	Pemberi pelayanan rekam medik	Sesuai persyaratan	Sesuai		Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Kepala Bidang Penunjang
			2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	< 10 menit		< 10 menit	< 10 menit	< 10 menit	< 10 menit	< 10 menit	
			3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	< 15 menit	-	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	
		Output	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam	100%	12.50%		100%	100%	100%	100%	100%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM	Standar	Pencapaian Awal tahun...	keterangan	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian				I	II	III	IV	V	
							Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027	
			setelah selesai pelayanan									
		<b>Outcome</b>	5 Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	12.50%		100%	100%	100%	100%	100%	
			6 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %			80%	80%	80%	80%	80%	
11	<b>Pengelolaan Limbah</b>	<b>Input</b>	1 Adanya penanggungjawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK direktur sesuai kelas RS	Ada		ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Bidang Penunjang
		<b>Proses</b>	2 Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah RS : padat, cair	Sesuai peraturan	Ada		100%	100%	100%	100%	100%	
		<b>Output</b>	3 Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan	Ada		100%	100%	100%	100%	100%	
		<b>Outcome</b>	4 Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan	Ada		100%	100%	100%	100%	100%	
			5 Baku mutu limbah cair	BOD (< 30 mg/l), COD (<80 mg/l), TSS (< 30 mg/l), PH (6-9)	Ada		100%	100%	100%	100%	100%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM		Standar	Pencapaian Awal tahun...	keterangan	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian	I				II	III	IV	V		
												Tahun 2023	
12	Administrasi dan manajemen	Input	1	Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90 %	>90%		>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	Kepala Bagian Tata Usaha
			2	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
			3	Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
			4	Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
			5	Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
			6	Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
		Proses	7	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	80%		100%	100%	100%	100%	100%	
			8	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			9	Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			10	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %	≥ 90 %		90%	90%	95%	95%	95%	
			11	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
		Output	12	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien	≤ 2 jam	< 2 jam		< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM		Standar	Pencapaian Awal tahun...	keterangan	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian					I	II	III	IV	V	
					Tahun 2023	Tahun 2024		Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027			
				rawat inap									
		13		Cost recovery	≥ 60 %	< 60 %		60%	> 60 %	> 60 %	> 60 %	> 60 %	
		14		Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
		<b>Outcome</b>	15	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	≥ 60 %		100 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	
			16	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%			100%	100%	100%	100%	100%	
13	<b>Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit</b>	<b>Input</b>	1	Adanya penanggungjawab IPSRS	SK direktur	tidak ada		ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Bidang Penunjang
			2	Ketersediaan bengkel kerja	tersedia	tidak tersedia		tidak tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	
			3	Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit		≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	
			4	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			5	Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
		<b>Outcome</b>	6	Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%	70%		100%	100%	100%	100%	100%	
14	<b>Pelayanan Laundry</b>	<b>Input</b>	1	Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Tersedia		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala Bidang Penunjang

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM	Standar	Pencapaian Awal tahun...	keterangan	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab	
		Jenis	Uraian				I	II	III	IV	V		
							Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027		
15		2	Adanya penanggungjawab pelayanan laundry	Ada SK direktur	CSSD		ada	ada	ada	ada	ada		
		3	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia	Tersedia		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia		
		Proses	4	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	0%		0%	0%	100%	100%	100%	
			5	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
		Output	6	Ketersediaan linen	2,5 - 3 set x jlh tempat tidur	2set /tempat tidur		2set /tempat tidur					
		Outcome	7	Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
		Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 50 %		50%	60%	80%	100%	100%	TIM PPI
	2		Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	≥ 60%	60%	Kamar Bedah, Poli, Pre Post OP, UGD	70%	80%	100%	100%	100%		
	3		Rencana program PPI	Ada	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
	Input		4	Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	0		100%	100%	100%	100%	100%	



### **4.3. Rencana Pengembangan Layanan**

Rencana pengembangan layanan di UPTD Rumah Sakit Khusus Mata dilakukan dengan menambahkan produk dan jasa dimana terdapat penambahan poli sub spesialis mata yang diharapkan dapat lebih menjangkau kebutuhan masyarakat. Penambahan poli sub spesialis mata ini didasarkan pada penyakit mata terbanyak yang ditangani di UPTD Rumah Sakit Khusus Mata.

Selain penambahan pelayanan pada poli spesialis mata, pengembangan layanan juga akan dilakukan dengan penambahan Poli diluar kekhususan yaitu Poli Spesialis Penyakit Dalam dan Poli Spesialis Anak. Serta meningkatkan pelayanan rawat inap pada kondisi pasien yang memang membutuhkan penanganan khusus sebelum dan sesudah dilaksanakannya operasi.

Penambahan layanan pada bidang Radiologi dan penguatan pada layanan Laboratorium juga menjadi rencana pengembangan layanan yang diharapkan dapat semakin memberikan pelayanan beragam yang dibutuhkan oleh masyarakat Sumatera Utara.

Selain itu untuk semakin meningkatkan kualitas pelayanan pada pasien, UPTD Rumah Sakit Khusus Mata juga mengembangkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) dimana dengan menggunakan SIM-RS diharapkan dapat memberikan pelayanan yang terintegrasi dan lebih cepat yang dimulai dari pendaftaran hingga pengambilan obat di Farmasi.

Untuk mendukung pengembangan layanan tersebut dibutuhkan dukungan sarana dan prasarana yang memadai untuk terwujudnya kualitas pelayanan yang baik terhadap masyarakat.

#### **4.4. Prosedur Pelaksanaan Program**

Dalam pelaksanaan program dan kegiatan diperlukan adanya suatu prosedur yang dapat menjadi acuan dalam melaksanakan dan menjalankan program tersebut. Berikut merupakan Prosedur Pelaksanaan Program di UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara.

 <p><b>UPTD RUMAH SAKIT KHUSUS MATA PROVINSI SUMATERA UTARA</b></p>	<b>PROSEDUR PELAKSANAAN PROGRAM</b>		
	<b>No. Dokumen</b>	<b>No. Revisi</b>	<b>Halaman 1 / 2</b>
<b>SPO</b>	<b>Tanggal Terbit</b>	Ditetapkan Oleh : Direktur UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara  <b>dr. Dewi Chailaty, M.Kes</b> NIP. 19700129 200212 2 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Program adalah instrumen kebijakan yang berisi satu atau lebih kegiatan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah/Lembaga untuk mencapai sasaran dan tujuan serta memperoleh alokasi anggaran.		
<b>TUJUAN</b>	Sebagai acuan untuk mengatur mekanisme pelaksanaan program kegiatan dan menetapkan tanggung jawab masing-masing pihak.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Peraturan Gubernur Sumatera Utara No. 28 Tahun 2023 Tentang Tugas, Fungsi, Uraian Tugas dan Tata Kerja Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Utara, dimana UPTD Rumah Sakit Khusus Mata dipimpin oleh Direktur Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Khusus Mata.		
<b>PROSEDUR</b>	A. Prosedur Pelaksanaan Program terdiri atas : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tahap Pelaksanaan Tahap pelaksanaan program di UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara dilakukan secara langsung oleh Bagian dan Bidang yang bersangkutan.</li> <li>2. Tahap Kegiatan Terdiri dari :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tahap Persiapan</li> <li>b. Tahap Perencanaan Teknis</li> <li>c. Tahap Pelaksanaan Konstruksi</li> </ol> </li> </ol>		

 <p><b>UPTD RUMAH SAKIT KHUSUS MATA PROVINSI SUMATERA UTARA</b></p>	<b>PROSEDUR PELAKSANAAN PROGRAM</b>		
	<b>No. Dokumen</b>	<b>No. Revisi</b>	<b>Halaman 2 / 2</b>
	<p>d. Pembuatan Jadwal e. Pembuatan Laporan</p> <p><b>B. Pelaksana dan Penanggung Jawab Kegiatan</b> Pelaksana kegiatan adalah Kepala Bagian Tata Usaha / Kepala Bidang Penunjang / Kepala Bidang Pelayanan sesuai dengan program dan tugas/fungsi yang ada, dimana penanggung jawab kegiatan adalah Direktur UPTD Rumah Sakit Khusus Mata.</p>		
	<p><b>C. Peserta / Penerima Manfaat</b> Seluruh pegawai dan pengelola kegiatan UPTD Rumah Sakit Khusus Mata serta pasien di UPTD Rumah Sakit Khusus Mata.</p> <p><b>D. Pelaksanaan Kegiatan</b></p> <p>1. Waktu Program dilaksanakan pada bulan Bulan Januari s/d Desember</p> <p>2. Tempat Pelaksanaan Kegiatan UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara yang beralamat di Jl. Kapten Sumarsono No. 1 Medan</p> <p><b>E. Biaya</b> APBD Provinsi Sumatera Utara sesuai tahun anggaran dan Dana BLUD</p>		
<b>UNIT TERKAIT</b>	Seluruh Unit Pelayanan yang ada di UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara.		

BAB V  
PROYEKSI KEUANGAN

5.1. Estimasi Pendapatan

Estimasi pendapatan disusun selama periode 2022-2027 berdasarkan sumber-sumber pendapatan.

Tabel proyeksi pendapatan ini bersumber

**Tabel 5.1**  
**Proyeksi Rincian Sumber Pendapatan Tahun 2022 s.d 2027 dari Jasa Layanan**

A. Pelayanan Pasien Umum		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Tahun 2025		Tahun 2026		Tahun 2027	
NO	Tindakan	Pasien	Total (Rp)	Pasien	Total (Rp)	Pasien	Total (Rp)	Pasien	Total (Rp)	Pasien	Total (Rp)	Pasien	Total (Rp)
1	Administrasi	1228	12.280.000	1062	10.620.000								
2	Refraksi	1228	7.368.000	1062	6.720.000	1210	12.100.000	1	17.950.000	2334	23.340.000	3034	30.340.000
3	Spesialistik	1228	18.420.000	1062	15.930.000	1210	121.000.000	1795	188.297.000	2324	232.744.000	3034	303.849.350
4	istihara/ kier kesehatan mata	69	2.070.000	30	900.000	39	1.560.000	51	2.040.000	66	2.640.000	86	3.440.000
5	congjungtiva	105	7.325.500	75	5.250.000	98	9.800.000	127	12.700.000	165	16.500.000	215	21.500.000
6	USG	17	1.725.000	2	200.000	3	900.000	4	1.200.000	8	2.400.000	10	3.000.000
7	Tonometer non kontak	192	5.760.000	890	26.700.000	1210	42.350.000	1504	36.890.000	1370	47.950.000	1781	62.335.000
8	Foto Fundus	49	3.708.000	28	2.100.000	27	3.240.000	47	5.640.000	61	7.320.000	79	9.480.000
9	Biometri	13	375.000	5	150.000	7	210.000	9	675.000	14	1.050.000	16	1.200.000
10	OCT (Ocular Computeraise Tomografi)	3	862.500	2	200.000	3	900.000	4	1.200.000	8	2.400.000	10	3.000.000
11	Sics (small incisi-cataray Surgery-IOL)	7	15.050.000	7	15.050.000	5	17.500.000	11	37.785.000	15	51.525.000	17	58.395.000
12	Yag laser	2	575.000	0	0	3	10.500.000	4	14.000.000	6	21.000.000	8	28.000.000
13	Kalazion	1	97.000	1	85.000	2	240.000	4	480.000	6	720.000	8	960.000

14	KGD	13	189.000	47	705.000	54	1.080.000	79	1.580.000	102	2.040.000	133	2.660.000
15	Penyakit Dalam	24	603.000	59	1.475.000	62	6.200.000	100	10.000.000	130	13.000.000	169	16.900.000
16	Keratomein	9	241.500	3	90.000	4	280.000	8	560.000	10	700.000	12	840.000
17	Intubasi Ductus Mata	1	80.500	0	0	1	750.000	2	1.500.000	3	2.250.000	4	3.000.000
18	Irigasi Bola Mata	3	241.500	4	289.800	6	510.000	8	680.000	10	850.000	12	1.020.000
19	Hecting Cornea	0	0	1	3.862.200	2	2.000.000	3	3.000.000	4	4.000.000	10	10.000.000
20	Phaco	3	15.000.000	1	5.000.000	4	22.400.000	6	33.600.000	8	44.800.000	10	56.000.000
<b>TOTAL PASIEN UMUM</b>			95.684.000		95.327.000		251.520.000		369.777.000		477.229.000		610.919.350
<b>B. Pelayanan Pasien BPJS</b>			2.312.774.285		3.798.207.520		3.866.680.520		4.160.243.572		4.596.394.041		5.223.747.147
<b>TOTAL PASIEN UMUM DAN BPJS</b>			<b>2.408.458.285</b>		<b>3.893.534.520</b>		<b>4.118.200.520</b>		<b>4.530.020.572</b>		<b>5.073.623.041</b>		<b>5.834.666.497</b>

**Tabel 5.2 Proyeksi Rincian Sumber Pendapatan Tahun 2022 s.d 2027**

No	Uraian	Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Tahun 2025		Target 2026		Target 2027	
		Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
1.	Pendapatan Pelayanan Kesehatan	2.363.297.472	2.408.458.285	5.440.000.000 (P-APBD)	3.893.534.520	4.118.200.520		4.530.020.572		5.073.623.041		5.834.666.497	

## 5.2. Rencana Kebutuhan Anggaran

### 5.2.1. Anggaran Kelangsungan Operasional

**Tabel 5.3 Proyeksi Laporan Operasional (LO) Tahun 2022 s.d 2027**

No.	Uraian	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027
	<b>KEGIATAN OPERASIONAL</b>						
<b>8</b>	<b>PENDAPATAN - LO</b>	2.408.458.285	<b>3.893.534.520</b>	4.118.200.520	4.530.020.572	5.073.623.041	5.834.666.497
<b>8.1</b>	<b>PENDAPATAN ASLI DAERAH (PAD) - LO</b>						
8.1.1	Pendapatan Pajak Daerah - LO						
8.1.2	Pendapatan Retribusi Daerah - LO	2.408.458.285	3.893.534.520	4.118.200.520			
8.1.3	Pendapatan Hasil Pengelolaan Kekayaan Daerah yang Dipisahkan - LO	-	-				
8.1.4	Lain-lain PAD Yang Sah - LO	-	-				
<b>8.2</b>	<b>PENDAPATAN TRANSFER - LO</b>	-	-				
8.2.1	Pendapatan Transfer Pemerintah Pusat -LO	-	-				
8.2.2	Pendapatan Transfer Pemerintah Pusat - Lainnya - LO	-	-				
8.2.3	Pendapatan Transfer Pemerintah Daerah Lainnya - LO	-	-				
8.2.4	Bantuan Keuangan - LO	-	-				
<b>8.3</b>	<b>LAIN-LAIN PENDAPATAN DAERAH YANG SAH - LO</b>	-	-				
8.3.1	Pendapatan Hibah - LO	-	-				
8.3.2	Dana Darurat - LO	-	-				
8.3.3	Pendapatan Lainnya - LO	-	-				
8.3.4	Bantuan Keuangan dari Provinsi atau Pemerintah Daerah Lainnya - LO	-	-				
8.3.6	Dana Insentif Daerah	-	-				

No.	Uraian	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027
<b>9</b>	<b>BEBAN</b>						
9.1.1	Beban Pegawai - LO	107.088.000	137.088.000	152.853.120	170.431.229	190.030.820	211.884.364
9.1.2	Beban Barang dan Jasa	6.844.392.505	6.947.058.393	7.051.264.269	7.157.033.233	7.264.388.731	7.373.354.562
9.1.3	Beban Bunga	-	-				
9.1.4	Beban Bahan Bakar Minyak/Gas dan Pelumas	19.960.000	23.952.000	26.826.240	30.045.389	33.650.836	37.688.936
9.1.5	Beban Langganan Jurnal/Surat Kabar/Majalah	4.321.700	4.818.696	5.372.846	5.990.723	6.679.656	7.447.816
9.1.6	Beban Makanan dan Minuman Rapat	40.710.000	17.820.000	19.267.200	21.482.928	23.953.465	26.708.113
9.1.7	Beban Makanan dan Minuman Rapat (Vaksinasi)	238.826.250	238.826.250	238.826.250	238.826.250	238.826.250	238.826.250
9.1.8	Beban Perjalanan Dinas Dalam Daerah	12.075.000	7.020.000	7.827.300	8.727.440	9.731.096	10.850.172
9.1.9	Beban Perjalanan Dinas Dalam Daerah (Transport Tim Vaksin)	33.810.000	33.810.000	33.810.000	33.810.000	33.810.000	33.810.000
9.2.1	Beban Perjalanan Dinas Luar Daerah	20.792.800	24.951.360	27.945.523	31.298.986	35.054.864	39.261.448
9.2.2	Beban Alat/Bahan Kegiatan Kantor – Benda Pos	2.070.000	720.000	2.308.050	2.573.476	2.869.426	3.199.410
9.2.3	Beban Paket Pengiriman	550.000	660.000	739.200	827.904	927.252	927.381
9.2.4	Beban Tagihan Telepon	92.158.707	96.037.720	107.082.058	119.396.495	133.127.092	148.436.708
9.2.5	Beban Tagihan Listrik	364.636.628	433.928.314	483.830.070	539.470.528	601.509.639	670.683.247
9.2.6	Beban Penambahan Daya Listrik	104.995.000	104.955.000	104.955.000	104.955.000	104.955.000	104.955.000
9.2.7	Beban Pemeliharaan Aset	607.358.072	329.935.800	367.878.417	410.184.435	457.355.645	509.951.544
	<b>SURPLUS/DEFISIT DARI OPERASI</b>						
<b>KEGIATAN NON OPERASIONAL</b>							
8.4.1	Surplus Penjualan Aset Non Lancar - LO						
8.4.2	Surplus Penyelesaian Kewajiban Jangka Panjang - LO						
8.4.3	Surplus dari Kegiatan Non Operasional Lainnya - LO						
9.3.1	Defisit Penjualan Aset Non Lancar - LO						

No.	Uraian	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027
9.3.2	Defisit Penyelesaian Kewajiban Jangka Panjang - LO						
9.3.3	Defisit dari Kegiatan Non Operasional Lainnya - LO						
	<b>SURPLUS/DEFISIT DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL</b>	-	-				
	<b>SURPLUS/DEFISIT SEBELUM POS LUAR BIASA</b>						
8.5.1	Pendapatan Luar Biasa - LO	-	-				
9.4.1	Beban Luar Biasa	-	-				
	<b>SURPLUS/DEFISIT DARI POS LUAR BIASA</b>	-	-				
	<b>SURPLUS/DEFISIT-LO</b>	<b>5.082.671.050</b>	<b>4.841.575.047</b>	<b>4.512.585.023</b>	<b>4.313.734.458</b>	<b>4.063.246.731</b>	<b>3.583.318.454</b>

BAB VI  
PENUTUP

Dengan tersusunnya Rencana Strategis UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara diharapkan dapat diwujudkan tugas pokok dan fungsi serta optimalisasi pengelolaan sumber daya dengan memperhatikan arah dan prioritas strategis sesuai dengan hasil analisa SWOT UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara. Masukan, saran, dan kritik yang bersifat membangun kiranya dapat menjadi bahan evaluasi bagi penyempurnaan Rencana Strategis UPTD Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara ini.

Pj. GUBERNUR SUMATERA UTARA,

ttd

A. FATONI



LAMPIRAN II PERATURAN GUBERNUR SUMATERA UTARA  
NOMOR 33 TAHUN 2024  
TANGGAL 25 NOVEMBER 2024

BAB I  
PENDAHULUAN

**A. Latar Belakang**

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

Keadaan ini merupakan tantangan yang sekaligus merupakan beban yang tidak ringan bagi pemerintah saat ini, baik bagi pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Sehingga relevan dan tepat jika pemerintah menerbitkan Undang - Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, yang kemudian ditindak-lanjuti dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.

Intinya adalah bagaimana pemerintah mencari solusi agar institusi pelayanan publik bisa berkinerja tinggi sesuai dengan tuntutan masyarakat saat ini. Pengelolaan keuangan yang kaku dan tatacara birokratis sudah dirasakan menjadi penghambat dalam proses pelayanan publik yang dilakukan oleh pemerintah. Tidak tepat waktu, tidak tepat sasaran dan tidak strategis, tidak disiplin, berkinerja buruk bahkan memperlihatkan pendapatan yang buruk pula, merupakan inti permasalahan yang mulai dicarikan solusinya.

Berkaitan dengan keleluasaan dalam menggunakan pendapatannya, Badan pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara merupakan salah satu institusi pemerintah yang memiliki tanggung jawab untuk meningkatkan kinerja pelayanan, kinerja keuangan dan kinerja manfaat bagi masyarakat. Dan kinerja sangat erat kaitannya dengan standar kinerja yang harus ditetapkan secara tepat, yang lambat laun ditargetkan mendekati standar yang dibutuhkan atau yang diinginkan masyarakat pada umumnya secara minimal. Karenanya Standar Pelayanan

Minimal (SPM), merupakan perangkat penting agar kinerja tersebut dapat diukur secara baik dan dapat dipertanggung gugatkan kepada masyarakat pengguna secara transparan.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Standar Pelayanan Minimal, bahwa SPM adalah ketentuan minimal tentang jenis dan mutu pelayanan dasar, yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Sedangkan pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.

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

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

Disinilah inti permasalahan yang seharusnya dipahami oleh semua pihak, bahwa berhasil atau tidaknya institusi pelayanan bukanlah hanya diukur dengan keberhasilannya dalam meningkatkan pendapatan, akan tetapi harus pula diukur dengan manfaatnya bagi masyarakat.

## **B. Tujuan Penyusunan SPM**

Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit. Standar pelayanan minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target nasional, cara perhitungan / rumus / pembilangan penyebut / standar / satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

### **C. Pengertian**

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.

### **D. Landasan Hukum**

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431) ;
2. Undang - Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) ;
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679) ;
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887) ;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585) ;
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal ;
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal RS.

9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. Nomor 47 tahun 2021. Tentang Penyelenggaraan bidang Perumahan;
10. Peraturan Gubernur Nomor 9 Tahun 2023 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah (Berita Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2023 Nomor 9) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Gubernur Nomor 38 Tahun 2023 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 9 Tahun 2023 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah (Berita Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2023 Nomor 39);
11. Peraturan Gubernur Nomor 28 Tahun 2023 tentang Tugas, Fungsi, Uraian Tugas dan Tata Kerja Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Utara (Berita Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2023 Nomor 29).

BAB II  
SISTEMATIKA DOKUMEN  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Sistematika Penyusunan dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit meliputi :

1. Pendahuluan
2. Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal
3. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
  - a. Jenis Pelayanan Rumah Sakit
  - b. Standar Pelayanan Minimal Tiap Pelayanan.
4. Penutup
5. Lampiran

BAB III  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

**A. Jenis-jenis pelayanan di Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara**

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Bedah
5. Pelayanan Radiologi (MOU)
6. Pelayanan Laboratorium dan Patologi Klinik
7. Pelayanan Farmasi
8. Pelayanan Gizi (MOU)
9. Pelayanan Keluarga Miskin
10. Pelayanan Rekam Medis
11. Pelayanan Pengelolaan Limbah
12. Pelayanan Administrasi Manajemen
13. Pelayanan Laundry
14. Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS
15. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
16. Pelayanan Keamanan
17. Pelayanan ambulance
18. Pelayanan darah (MOU)

**B. Pelayanan Yang Tidak Dilakukan di Rumah Sakit Khusus Mata Provsu**

1. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
2. Pelayanan Intensif
3. Pelayanan Rehabilitasi Medik
4. Pelayanan Pemulasaran Jenazah



No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM		Standar	Pencapaian Awal tahun...	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab				
		Jenis	Uraian	keterangan			I	II	III	IV	V					
					Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027							
		<b>Output</b>	5	Peresepan obat sesuai formularium	100%	88%		100%	100%	100%	100%	100%				
		<b>Outcome</b>	6	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	70%		88.3%	90%	91%	92%	93%				
3	<b>Rawat Inap</b>	<b>Input</b>	1	Ketersediaan pelayanan	sesuai jenis dan kelas RS	tersedia		tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	Kepala Bidang Pelayanan			
			2	Pemberi pelayanan di rawat inap	sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3 Keperawatan	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3 Keperawatan	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3 Keperawatan	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3 Keperawatan	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3 Keperawatan	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3 Keperawatan	1. dr. Spesialis 2. dr. Umum 3. S1 Keperawatan 4. D3 Keperawatan				
			3	Tempat tidur dengan pengaman	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%			
			4	Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	0%		0%	0%	100%	100%	100%	100%			
			5	Dokter penanggungjawab pasien rawat inap	100%	-		0%	0%	100%	100%	100%	100%			
			6	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 12.00 setiap hari kerja	-	-	Belum Ada	Belum Ada	Ada	Ada	Ada	Ada			
			7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	-	-	-	-	0%	0%	0%	0%			
			8	Kejadian Infeksi Nosokomial	< 9 %	-	-	-	-	0%	0%	0%	0%			
			9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%			
			10	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5 %	-	-	-	-	0%	0%	0%	0%			
					<b>Output</b>	11	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0.24 %	-	-	-	-	0%	0%	0%	
					<b>Outcome</b>	12	Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	-	-	90%	90%	90%	90%	90%	
4	<b>Kamar Bedah</b>	<b>Input</b>	1	Penundaan operasi elektif	≤ 1 hari	0%	Keterbatasan obat dan BMHP	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Bidang Pelayanan			
			<b>Proses</b>	2	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%			
				3	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%			
				4	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%			
				5	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%			
			<b>Output</b>	6	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6 %	0%		0%	0%	0%	0%	0%	0%		
				7	Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%		0%	0%	0%	0%	0%	0%		
					<b>Outcome</b>	8	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %			>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM		Standar	Pencapaian Awal tahun...	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab		
			Uraian	keterangan			I	II	III	IV	V			
		Tahun 2023			Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027						
5	Radiologi	Input	1	Pemberi pelayanan radiologi	dokter spesialis, radiologi, radiografer	dokter radiologi 0, radiografer 2	-	dokter radiologi 0, radiografer 2	dokter radiologi 0, radiografer 2	dokter radiologi 1, radiografer 2	dokter radiologi 1, radiografer 2	dokter radiologi 1, radiografer 2	Kepala Bidang Penunjang	
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi	sesuai kelas RS dan standar ICU	0%	-	0%	rencana pembangunan gedung dan penyediaan fasilitas radiologi	rencana pembangunan gedung dan penyediaan fasilitas radiologi	100%	100%		
		Proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	-	-	-	< 3 jam	< 3 jam	< 3 jam	-		
			4	Kerusakan foto	≤ 2 %	-	-	-	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	-		
			5	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	-	-	-	100%	100%	100%	-		
		Output	6	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter spesialis radiologi	-	-	-	100%	100%	100%	-		
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	-	-	-	80%	80%	80%	-		
6	Lab. Patologi Klinik	Input	1	Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	Sesuai kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Kepala Bidang Penunjang		
			2	Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai			
			3	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 120 menit	< 120 menit	< 120 menit	< 120 menit	< 120 menit	< 120 menit	< 120 menit			
		Proses	4	Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%	
			5	Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter spesialis patologi klinik	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%	
		Output	6	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%	
			7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	70%	80%	80%	80%	80%	80%		80%	
7	Farmasi	Input	1	Pemberi pelayanan farmasi	sesuai kelas RS	tersedia	2 apoteker,	Tersedia 2 apoteker,	Tersedia 2 apoteker,	Tersedia 3 apoteker,	Tersedia 3 apoteker,	Tersedia 3 apoteker,	Kepala Bidang Penunjang	
			2	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	sesuai kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
			3	Ketersediaan formularium	tersedia dan update paling lama 3 thn	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia		
			4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	<30 menit	<30 menit	<30 menit	<30 menit	<30 menit	<30 menit	<30 menit		
			5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	< 60 menit	-	< 60 menit	< 60 menit	< 60 menit	< 60 menit	< 60 menit		
		Proses	6	Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	70%	90%	90%	90%	90%	90%	90%		
8	Gizi	Input	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	-	-	-	-	> 90%	> 90%	> 90%	Kepala Bidang Penunjang	
		Output	2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	-	-	-	-	100%	100%	100%		

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM		Standar	Pencapaian Awal tahun...	keterangan	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab
			Uraian					I	II	III	IV	V	
		Tahun 2023			Tahun 2024	Tahun 2025		Tahun 2026	Tahun 2027				
		<b>Outcome</b>	3	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	-	-	-	< 20%	< 20%	< 20%		
			4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	-	-	-	80%	80%	80%		
9	Pelayanan pasien keluarga miskin	<b>Input</b>	1	Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	tersedia	tersedia		tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	Kepala Bidang Pelayanan	
			2	Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	ada	ada		Ada	Ada	Ada	Ada		
			3	Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit	< 15 menit		< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	
		<b>Output</b>	4	Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
		<b>Outcome</b>	5	Semua pasien keluarga miskin terlayani	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			6	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80%		80%	80%	80%	80%	80%	
10	Pelayanan Rekam Medik	<b>Input</b>	1	Pemberi pelayanan rekam medik	Sesuai persyaratan	Sesuai		Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Kepala Bidang Penunjang	
			2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	< 10 menit		< 10 menit	< 10 menit	< 10 menit	< 10 menit	< 10 menit	
			3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	< 15 menit		< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit	
		<b>Output</b>	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	750%		85%	90%	100%	100%	100%	
		<b>Outcome</b>	5	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			6	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %			80%	80%	80%	80%	80%	
11	Pengelolaan Limbah	<b>Input</b>	1	Adanya penanggungjawab pengelolalimbah rumah sakit	Adanya SK direktur sesuai kelas RS	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Kepala Bidang Penunjang	
			<b>Proses</b>	2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah RS : padat, cair	Sesuai peraturan	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	
		<b>Output</b>	3	Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada		
		<b>Outcome</b>	4	Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
			5	Baku mutu limbah cair	BOD (< 30 mg/l), COD (< 80 mg/l), TSS (< 30 mg/l), PH (6-9)	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
12	Administrasi dan manajemen	<b>Input</b>	1	Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90 %	>90%		>90%	>90%	>90%	>90%	Kepala Bagian Tata Usaha	
			2	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada		
			3	Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada		
			4	Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
			5	Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM		Standar	Pencapaian Awal tahun...	keterangan	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab
			Jenis	Uraian				I	II	III	IV	V	
								Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027	
		Proses	6	Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
			7	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	80%		100%	100%	100%	100%	100%	
			8	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			9	Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			10	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %	≥ 90 %		90%	90%	95%	95%	95%	
		Output	11	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			12	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	< 2 jam		< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	
			13	Cost recovery	≥ 60 %	< 60 %		60%	> 60 %	> 60 %	> 60 %	> 60 %	
		Outcome	14	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			15	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	≥ 60 %		≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	
			16	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%			100%	100%	100%	100%		
13	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	Input	1	Adanya penanggungjawab UPSRS	SK direktur	tidak ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Kepala Bidang Penunjang
			2	Ketersediaan bengkel kerja	tersedia	tidak tersedia		tidak tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	
			3	Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit		≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	
			4	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			5	Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	6	Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%	70%		70%	100%	100%	100%	100%	
14	Pelayanan Laundry	Input	1	Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Tersedia		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala Bidang Penunjang
			2	Adanya penanggungjawab pelayanan Laundry	Ada SK direktur	CSSD		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
			3	Ketersediaan fasilitas dan peralatan Laundry	Tersedia	Tersedia		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
		Proses	4	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	0%		0%	0%	100%	100%	100%	
			5	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
		Output	6	Ketersediaan linen	2,5 - 3 set x jlhtempat tidur	2set /tempat tidur		2set /tempat tidur	2set /tempat tidur	3set /tempat tidur	3set /tempat tidur	3set /tempat tidur	
		Outcome	7	Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Sasaran Indikator SPM	Standar	Pencapaian Awal tahun...	keterangan	Rencana Pencapaian tahun ke I					Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian				I	II	III	IV	V	
							Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027	
15	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)		1 Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 50 %		50%	60%	80%	100%	100%	Ketua Tim PPI
			2 Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	≥ 60%	60%	Kamar Bedah, Poli, Pre Post OP, UGD	70%	80%	100%	100%	100%	
			3 Rencana program PPI	Ada	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
		Input	4 Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			5 Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	70%		70%	90%	100%	100%	100%	
			6 Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ <i>helath care associated infection</i> (HAI) di rumah sakit	≥ 75 %	0		70%	75%	80%	90%	100%	
16	Pelayanan Keamanan	Input	1 Petugas keamanan bersertifikat keamanan	100%	0		0%	25%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
			2 Sistem pengamanan	Ada	ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
		Proses	3 Petugas keamanan melakukan keliling RS	Setiap jam	Setiap jam		Setiap jam	Setiap jam	Setiap jam	Setiap jam	Setiap jam	
			4 Evaluasi terhadap sistem pengamanan	Setiap 3 bulan	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
		Outcome	5 Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
			6 Kepuasan pasien	≥ 90 %	90%		90%	90%	90%	90%	90%	

BAB IV  
PENUTUP

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunianya yang telah diberikan sehingga Tim Penyusun SPM dapat menyelesaikan Pedoman Standar Pelayanan Minimal Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara.

Dokumen SPM ini disusun sebagai syarat institusi pemerintah yang akan menjadi BLU (Badan Layanan Umum), yang berarti bahwa pemerintah memberikan kelonggaran dan jalan keluar bagi institusi pelayanan publik pemerintah agar bisa melakukan bisnis secara sehat dan berdampak pada meningkatnya mutu pelayanan.

Badan Layanan Umum Daerah RS Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara merupakan pelayanan publik pemerintah yang mempunyai tanggung jawab dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Provinsi Sumatera Utara. Pelaksanaan tanggungjawab pelayanan terhadap masyarakat tertuang dalam pedoman Standar Pelayanan Minimal RS Khusus Mata Provinsi Sumatera Utara.

SPM ini tersusun atas bantuan dan dukungan dari berbagai pihak untuk itu dalam kesempatan ini tim penyusun mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tinggi kepada semua pihak yang telah membantu terselesainya penyusunan Pedoman SPM ini.

Tim Penyusun menyadari bahwa dalam penyusunan Pedoman Standar Pelayanan Minimal ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran dari para pembaca sangat kami harapkan.

Pj. GUBERNUR SUMATERA UTARA,

ttd

A. FATONI

Salinan Sesuai Dengan Aslinya  
Dit. KEPALA BIRO HUKUM,  
  
APRILIA H. SIREGAR  
Pembina Utama Muda (IV/c)  
NIP. 19690421 199003 2 003

BAB V  
LAMPIRAN

**a. Pelayanan gawat Darurat**

**1. Kemampuan Menangani Life Saving**

Judul	<b>Kemampuan menangani life saving</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Circulation, Airway dan Breath
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah alat yang dimiliki di UGD dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan kelas RS
Sumber data	Daftar inventaris alat di UGD
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Gawat Darurat

**2. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat**

Judul	<b>Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku. Dokter internship diakui telah bersertifikat karena

	baru lulus UKDI
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

### 3. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	<b>Ketersediaan tim penanggulangan bencana</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumahsakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumahsakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumahsakit dan telah mendapat pelatihan SPGDT S dan SPGDT B
Denominator	1
Sumber data	Unit gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Gawat Darurat

### 4. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	<b>Jam buka pelayanan Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan	Setiap bulan

Data	
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari buka IGD 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Gawat Darurat

### **5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat**

Judul	<b>Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Sample
Standar	$\leq 5$ menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Gawat Darurat / Komite mutu

### **6. Tidak Adanya Keharusan Membayar Uang Muka**

Judul	<b>Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka</b>
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 rumahsakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Gawat Darurat

### 7. Kematian Pasien Di IGD

Judul	<b>Kematian Pasien <math>\leq</math> 8 jam di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian $\leq$ 8 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 8 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 8 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	$\leq$ 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Gawat Darurat

### 8. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat</b>
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 oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Gawat Darurat / Komite mutu

## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. Ketersediaan Pelayanan

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jenis-jenis pelayanan yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Jenis pelayanan yang seharusnya tersedia di RS sesuai dengan kelas RS
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100% (Sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes No 340/2010)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala unit rawat jalan

## 2. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	<b>Pemberi pelayanan di klinik spesialis</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumahsakit yang dilayani oleh dokter spesialis. (untuk rumahsakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan clinical privilege yang diberikan).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hari buka semua klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah hari kerja dalam satu bulan dikalikan jumlah klinik spesialis
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul	Kepala unit rawat jalan

data	
------	--

### 3. Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan

Judul	<b>Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan</b>
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 antara pukul 08.00 s.d. 14.00 setiap hari kerja.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 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 unit rawat jalan

### 4. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu Tunggu Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala unit rawat jalan/komite mutu

### 5. Pereseapan Obat Sesuai Formularium

Judul	<b>Pereseapan Obat Sesuai Formularium</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium adalah daftar obat-obatan yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (minmal 50 sampel)
Sumber data	Unit Farmasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit rawat jalan

### 6. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan</b>
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 oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Survey
Standar	≥90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit rawat jalan / Komite Mutu

### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat inap oleh dokter spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit.
Frekuensi	1 bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan dokter spesialis di rawat inap yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Semua jenis pelayanan oleh dokter spesialis yang seharusnya ada sesuai kelas rumah sakit
Sumber data	Register rawat inap
Standar	100% (Sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes No 340/2010)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala unit rawat inap

## 2. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap</b>
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 seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian

Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala unit rawat inap

### 3. Tempat Tidur Dengan Pengaman

Judul	<b>Tempat tidur dengan pengaman</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur
Definisi Operasional	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di ruang rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber data	Catatan Unit rawat inap
Standar	.100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala unit rawat inap

### 4. Kamar Mandi Dengan Pengaman

Judul	<b>Kamar Mandi Dengan Pengaman</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh di dalam kamar mandi
Definisi Operasional	Pengaman adalah pegangan tangan yang dipasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak jatuh di dalam kamar mandi

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kamar mandi di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh kamar mandi yang ada di ruang rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber data	Catatan Unit rawat inap
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala unit rawat inap

### **5. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap**

Judul	<b>Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medic
\Standar	100 %
Penanggung	Kepala unit rawat inap

jawab pengumpul data	
-------------------------	--

### 6. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	<b>Jam Visite Dokter Spesialis</b>
Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tegambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu

### 7. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	<b>Kejadian Infeksi Pasca Operasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tegambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar

Definisi operasional	infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan <i>operasi bersih</i> 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	tiap bulan
Periode analisis	tiap 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	Ketua komite mutu

### 8. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	<b>Angka Kejadian Infeksi Nosokomial</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumahsakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumahsakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan

Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosocomial
Standar	$\leq 9 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

### 9. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala unit rawat inap

### 10. Kejadian Pulang sebelum dinyatakan sembuh

Judul	<b>Kejadian Pulang sebelum dinyatakan sembuh</b>
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit

Definisi operasional	pulang sebelum sembuh adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	≤5 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu

### 11. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	<b>Kematian Pasien &gt; 48 Jam</b>
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 0,24 % ≤ 2,4/1000 (internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)

Penanggung jawab	Ketua komite mutu
------------------	-------------------

## 12. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Rawat Inap</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap oleh dokter, perawat, dan kondisi ruangan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu

## IV. BEDAH

### 1. Ketersediaan Tim Operator

Judul	<b>Ketersediaan Tim Operator</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Tim operator adalah tim yang siap untuk melaksanakan pelayanan bedah sesuai kebutuhan dan sesuai kelas rumah sakit baik cito maupun elektif, yang terdiri dari dokter spesialis, perawat, dan petugas

	instrument sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber data	Unit bedah Sentral
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan (Beban kerja)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit bedah Sentral

## **2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang Operasi**

Judul	<b>Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bedah sentral baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan bedah sentral
Denominator	Fasilitas dan peralatan yang seharusnya ada sesuai kelas rumah sakit

Sumber data	Inventaris Unit bedah sentral
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit bedah Sentral

### 3. Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif

Judul	<b>Kemampuan melakukan tindakan operatif</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Rumah sakit mampu menyediakan pelayanan operatif sesuai dengan kelas dan unggulan rumah sakit
Definisi Operasional	Tindakan operatif adalah tindakan pembedahan mayor yang dilaksanakan di Unit bedah sentral
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis tindakan operatif yang dapat dikerjakan
Denominator	Jenis tindakan operatif yang seharusnya dapat dilakukan sesuai kelas RS
Sumber data	Unit bedah Sentral
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit bedah Sentral

### 4. Penundaan Operasi Elektif

Judul	<b>Penundaan Operasi Elektif</b>
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah

Definisi operasional	Penundaan operasi elektif adalah Penundaan operasi yang sudah direncanakan tidak lebih dari 1 hari. Kecuali karena kondisi pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif pasien yang dioperasi yang tidak sesuai rencana
Denominator	Jumlah kumulatif pasien yang terencana operasi dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 1$ hari
Penanggung jawab	Kepala Unit bedah sentral

#### 5. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian Unit bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien

Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit bedah sentral/komite medik

### 6. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian Unit bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit bedah sentral/komite medik

### 7. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

<b>Judul</b>	<b>Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya 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	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 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	kepala Unit bedah sentral/komite medik

#### **8. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi**

<b>Judul</b>	<b>Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi</b>
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	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 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	kepala Unit bedah sentral/komite medik
------------------	--

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

<b>Judul</b>	<b>Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube</b>
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	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 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	Kepala Unit bedah sentral/komite medik

### 10. Kejadian Kematian Di Meja Operasi

<b>Judul</b>	<b>Kejadian Kematian Di Meja Operasi</b>
Dimensi mutu	keselamatan, efektifitas
Tujuan	tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien

Definisi operasional	kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	tiap bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab	kepala Unit bedah sentral/komite medik

### 11. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan Unit bedah sentral
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Unit bedah sentral yang diberikan oleh dokter, perawat
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90 \%$

Penanggung jawab	Ketua komite mutu
------------------	-------------------

## VII. RADIOLOGI

### 1. Pemberi Pelayanan Radiologi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Radiologi</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Radiologi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan Radiologi adalah dokter spesialis radiologi dan radiographer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis tenaga yang memberikan pelayanan radiologi
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Unit Radiologi
Standar	Dokter spesialis radiologi dan radiografer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Unit Radiologi

### 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan radiografi
Definisi	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang,

Operasional	mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan radiografi baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan radiografi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Unit Radiologi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Radiologi

### 3. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax

Judul	<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax</b>
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil foto thorax adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 3$ jam

Penanggung jawab	Kepala Unit Radiologi
------------------	-----------------------

#### 4. Kerusakan Foto

Judul	<b>Kerusakan Foto</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kerusakan foto adalah foto hasil pemeriksaan yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab	Kepala Unit Radiologi

#### 5. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label

<b>Judul</b>	<b>Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pelabelan foto
Definisi operasional	Kejadian kesalahan pemberian label meliputi kesalahan identitas dan/atau kesalahan penandaan kanan/kiri.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event

Numerator	jumlah pasien di Unit Radiologi yang difoto dengan pelabelan benar
Denominator	jumlah pasien yang difoto dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala Unit Radiologi

## 6. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen

Judul	<b>Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi roentgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto roentgen/hasil pemeriksaan radiology . Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkanannya tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto roentgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto roentgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di Unit radiology
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit Radiologi

## 7. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu

## VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

### 1. Pemberi Pelayanan Patologi Klinik

Judul	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Patologi Klinik oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik adalah dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jenis dan jumlah tenaga yang memberikan pelayanan patologi klinik
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Unit laboratorium
Standar	Dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Unit laboratorium

## 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan patologi klinik
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laboratorium patologi klinik baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan laboratorium patologi klinik
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Unit laboratorium
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit laboratorium

### 3. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium</b>
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 laboratoium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 120 menit
Penanggung jawab	Kepala Unit laboratorium

### 4. Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium

<b>Judul</b>	<b>Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pengelolaan specimen laboratorium
Definisi operasional	Kejadian tertukar specimen pemeriksaan laboratorium adalah tertukarnya specimen milik orang yang satu dengan orang lain

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah seluruh specimen laboratorium yang diperiksa dikurangi jumlah specimen yang tertukar
Denominator	jumlah seluruh spesimen laboratorium yang diperiksa
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala Unit laboratorium

### 5. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

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

Penanggung jawab	Kepala Unit laboratorium
------------------	--------------------------

### 6. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	<b>Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan administrasi dalam pelayanan laboratorium meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan pelabelan sampel, dan kesalahan penyerahan hasil laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit laboratorium

### 7. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal

Judul	<b>Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal</b>
Dimensi mutu	Keselamatan, efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kualitas pemeriksaan laboratorium patologi klinik
Definisi operasional	Baku mutu eksternal adalah pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium patologi klinik oleh pihak di luar rumah sakit yang kompeten

Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah parameter diperiksa yang sesuai
Denominator	jumlah seluruh parameter yang diperiksa
Sumber data	Hasil pemeriksaan baku mutu eksternal
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit laboratorium

### 8. Kepuasan Pelanggan

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

## X. FARMASI

### 1. Pemberi Pelayanan Farmasi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Farmasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan farmasi adalah Apoteker dan Asisten Apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga farmasi yang ada di Unit Farmasi
Denominator	1
Sumber data	Unit Farmasi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Farmasi

### 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Farmasi

Judul	<b>Ketersediaan</b> Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Farmasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan farmasi
Definisi	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi adalah

Operasional	ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan farmasi sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Unit Farmasi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Farmasi

### 3. Ketersediaan Formularium

Judul	<b>Ketersediaan formularium</b>
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumahsakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Dokumen Formularium
Denominator	1
Sumber data	Survei
Standar	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun
Penanggung jawab	Kepala Unit Farmasi

#### 4. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	<b>Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi</b>
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤30 menit
Penanggung jawab	Kepala Unit Farmasi

#### 5. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	<b>Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan</b>
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey

Standar	≤60 menit
Penanggung jawab	Kepala Unit Farmasi

### 6. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salah dalam memberikan jenis obat</li> <li>2. Salah dalam memberikan dosis</li> <li>3. Salah orang</li> <li>4. Salah jumlah</li> </ol>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien Unit Farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien Unit Farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit Farmasi

### 7. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala Unit Farmasi

## XI. GIZI

### 1. Pemberi Pelayanan Gizi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Gizi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan gizi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah tenaga ahli gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga ahli gizi yang bekerja di Unit gizi
Denominator	1
Sumber data	Unit gizi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul	Kepala Unit gizi

data	
------	--

## 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan gizi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan gizi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan gizi sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan gizi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Unit gizi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit gizi

## 3. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan Unit gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Kepala Unit gizi/kepala unit rawat inap

#### 4. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	<b>Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet</b>
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan Unit gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit gizi/kepala unit rawat inap

### 5. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	<b>Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan Unit gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumahsakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah porsi makanan pasien pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤20 %
Penanggung jawab	Kepala Unit gizi/kepala unit rawat inap

### 6. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei

Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala Unit gizi

### XIII. PELAYANAN PASIEN KELUARGA MISKIN

#### 1. Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di rumah sakit
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan rawat jalan dan rawat inap untuk pasien keluarga miskin
Denominator	1
Sumber data	Pelayanan keluarga Miskin
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur UPTD

## 2. Kebijakan RS untuk Pelayanan Pasien Keluarga Miskin

Judul	<b>Kebijakan RS untuk Pelayanan Keluarga Miskin</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di rumah sakit
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Kebijakan Pelayanan Keluarga Miskin
Denominator	1
Sumber data	Arsip SK
Standar	Ada
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur UPTD

## 3. Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan

Judul	<b>Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Kecepatan pelayanan administrasi kepesertaan pasien dari keluarga miskin
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai verifikasi kepesertaan selesai

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 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	Survey Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala unit rawat jalan

#### **4. Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan Pada Keluarga Miskin**

Judul	<b>Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan pada Keluarga Miskin</b>
Dimensi Mutu	Akses dan efisiensi
Tujuan	Jaminan tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan kepada pasien dari keluarga miskin
Definisi Operasional	Biaya tambahan adalah biaya yang ditagihkan kepada pasien keluarga miskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang tidak dikenakan biaya tambahan dikurangi jumlah pasien keluarga miskin yang dikenakan biaya tambahan
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin

Sumber data	Survey Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala unit rawat jalan

### 5. Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani

Judul	<b>Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu jemkesmas atau jamkesda yang bekerjasama dengan RS Ken Saras
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala unit rawat jalan

### 6. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin

Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala unit rawat jalan / Komite Mutu

#### **XIV. REKAM MEDIK**

##### **1. Pemberi Pelayanan Rekam Medis**

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Rekam Medis</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kestinambungan Pelayanan
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan rekam medis
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rekam medis adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan rekam medis
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di Unit rekam medis rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Unit rekam medis Rumah Sakit

Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit rekam medis

## 2. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan</b>
Dimensi mutu	efektivitas, 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 medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	$\leq 10$ menit
Penanggung jawab	Kepala Unit rekam medis

## 3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	<b>Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, 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 data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survey
Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab	Kepala Unit rekam medis

#### 4. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	<b>Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan</b>
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medic
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit rekam medis

### 5. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

<b>Judul</b>	<b>Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas</b>
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 Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit rekam medis

## 1. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rekam medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rekam medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab/	Komite Mutu

## XV. Pengolahan limbah

### 1. Adanya Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Judul	<b>Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektifitas
Tujuan	Terkelolanya limbah rumah sakit sesuai peraturan perundangan
Definisi Operasional	Penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan	Tiga bulan sekali

Data	
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

### 1. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit adalah ruang, mesin, perlengkapan, dan peralatan yang harus tersedia untuk pengelolaan limbah rumah sakit sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah

	Sakit
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

## 2. Pengelolaan Limbah Cair

Judul	<b>Pengelolaan Limbah Cair</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah Cair adalah limbah cair yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitair di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap minggu sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Proses pengelolaan limbah cair sesuai peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

### 3. Pengelolaan Limbah Padat

Judul	<b>Pengelolaan Limbah Padat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah Padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang maupun yang dihasilkan dari pengunjung rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap minggu sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Proses pengelolaan limbah padat sesuai dengan peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

### 4. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	<b>Baku Mutu Limbah Cair</b>
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 ditolelir 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, ammonia < 0.1 mg/l, phasphat < 2 mg/l
frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

## **XVI. ADMINISTRASI MANAJEMEN**

### **1. Kelengkapan Pengisian Jabatan**

Judul	<b>Kelengkapan Pengisian Jabatan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit
Definisi operasional	Jabatan adalah jabatan structural dan fungsional sebagaimana tersurat dalam struktur organisasi rumah sakit
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jabatan structural dan fungsional yang telah diisi sesuai dengan kompetensinya
Denominator	Jumlah posisi jabatan structural dan fungsional yang ada dalam struktur
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 90 %

Penanggung jawab	Kepala Unit Kepegawaian dan Kepangkatan
------------------	---

## 2. Peraturan Internal Rumah Sakit

Judul	<b>Peraturan Internal Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit, adanya kejelasan hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis
Definisi operasional	Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan yang disusun oleh pemilik yang mengatur tata hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis di rumah sakit
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Peraturan Internal Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh pemilik
Penanggung jawab	Kepala Unit Kepegawaian dan Kepangkatan

## 3. Peraturan Karyawan Rumah Sakit

Judul	<b>Peraturan Karyawan Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen SDM rumah sakit dan keseimbangan kesejahteraan karyawan dan kinerja pelayanan
Definisi operasional	Peraturan Karyawan Rumah Sakit adalah seperangkat peraturan yang ditetapkan oleh rumah sakit, berlaku dan mengikat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban, dan hak-hak karyawan rumah sakit, sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin keseimbangan antara kesejahteraan dan kinerja pelayanan.

frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh direktur rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Unit Kepegawaian dan Kepangkatan

#### 4. Daftar Urutan Kepangkatan

Judul	<b>Daftar Urutan Kepangkatan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi kepegawaian di rumah sakit
Definisi operasional	Daftar Urutan Kepangkatan adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaan karir karyawan berdasarkan system karir dan prestasi kerja.
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Daftar Urutan Kepangkatan
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dan di update tiap 6 bulan
Penanggung jawab	Kepala Unit Kepegawaian dan Kepangkatan

#### 5. Perencanaan Strategis Rumah Sakit

Judul	<b>Perencanaan Strategis Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tercapainya tujuan strategis rumah sakit dalam mengemban visi dan misi

Definisi operasional	Perencanaan strategis adalah perencanaan jangka panjang rumah sakit untuk menentukan strategi serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber daya untuk mencapai tujuan strategi
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Perencanaan Strategi
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana strategis
Penanggung jawab	Kepala Unit Kepegawaian dan Kepangkatan

## 6. Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit

Judul	<b>Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya SDM yang kompeten dan pengembangan karir karyawan
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM
frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Perencanaan Pengembangan SDM
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana pengembangan SDM
Penanggung jawab	Kepala Unit Kepegawaian dan Kepangkatan

### 7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

### 8. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat</b>
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun

Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit Kepegawaian dan Kepangkatan

### 9. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala</b>
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala hādala kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang 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	Kepala Unit Kepegawaian dan Kepangkatan

### 10. Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM

Judul	<b>Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM</b>
Dimensi mutu	Kompetensi Tehnis
Tujuan	Meningkatnya kompetensi tehnis dan tercapainya pengembangan karir SDM

Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Pelaksanaan program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Denominator	Rencana program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Sumber data	Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
Standar	$\geq 90$ %
Penanggung jawab	Kepala Unit Kepegawaian dan Kepangkatan

### 11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	<b>Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumahsakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	tiga bulan
Periode analisis	tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Bagian Keuangan
Standar	$\geq 90$ %
Penanggung jawab	Kepala Unit Anggaran

## 12. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	<b>Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	$\leq 2$ jam
Penanggung jawab	Kepala Unit Anggaran

## 13. Cost Recovery

Judul	<b>Cost Recovery</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan

Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≥ 60 %
Penanggung jawab	Kepala Unit Anggaran

#### 14. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

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

### 15. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	<b>Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun</b>
Dimensi mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumahsakit ataupun di luar rumahsakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumahsakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≥60 %
Penanggung jawab	Unit Program dan Perencanaan

### 16. Ketepatan Waktu Pemberian Insentif

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pemberian Insentif</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/peraturan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode tiga bulan

Denominator	3
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Unit Program dan Perencanaan

## **XIX. Pelayanan Laundry**

### **1. Ketersediaan Pelayanan Laundry**

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Laundry</b>
Dimensi Mutu	Akses, kenyamanan
Tujuan	Tersedianya linen bersih untuk pelayanan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan laundry adalah pelayanan pencucian, penyiapan, dan penyediaan linen bersih di rumah sakit baik dilakukan oleh rumah sakit atau dipihak ketigakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan laundry di rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Unit Laundry
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Laundry

### **2. Adanya Penanggung Jawab Pelayanan Laundry**

Judul	<b>Penanggung Jawab Pemeliharaan Laundry</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektifitas
Tujuan	Adanya kejelasan penanggung jawab penyediaan

	linen di rumah sakit
Definisi Operasional	Penanggung jawab Pelayanan Laundry adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan dan penyediaan linen di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pelayanan Laundry
Denominator	1
Sumber data	Unit Laundry
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Laundry

### 3. tersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan Laundry
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan laundry adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laundry sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan laundry

Denominator	1
Sumber data	Inventaris Unit Laundry
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Laundry

#### **4. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan**

Judul	<b>Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan</b>
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit Laundry

#### **5. Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius**

Judul	<b>Ketepatan pengelolaan linen infeksius</b>
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Terkendalnya infeksi di rumah sakit akibat linen infeksius

Definisi operasional	Linen infeksius adalah linen yang dicurigai terkontaminasi cairan tubuh dan berpotensi menularkan penyakit menular
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah Pengamatan proses pengelolaan linen infeksius yang dilakukan benar
Denominator	Jumlah seluruh pengamatan proses pengelolaan linen infeksius
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit Laundry

## 6. Ketersediaan Linen

Judul	<b>Ketersediaan Linen</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Unit Laundry dalam mencukupi kebutuhan linen di rumah sakit
Definisi operasional	Ketersediaan Linen adalah tersedianya linen yang terdiri dari sprei, sarung bantal, selimut, sticklaken dan perlak dalam jumlah cukup
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang tersedia
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur yang ada di rumah sakit
Sumber data	Inventaris Unit Laundry
Standar	2,5 – 3 set untuk tiap tempat tidur
Penanggung jawab	Kepala Unit Laundry

### 7. Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi

Judul	<b>Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Unit Laundry dalam mencukupi kebutuhan linen steril di rumah sakit
Definisi operasional	Linen steril adalah linen yang bebas kuman yang disediakan untuk keperluan tindakan operatif
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen steril yang dapat disediakan untuk kamar operasi
Denominator	Jumlah permintaan atau kebutuhan linen steril untuk kamar operasi
Sumber data	Unit Laundry
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit Laundry

## XX. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

### 1. Adanya Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Judul	<b>Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektifitas
Tujuan	Terpeliharanya sarana dan prasaran rumah sakit
Definisi Operasional	Penanggung jawab Pemeliharaan Sarana adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali

Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Prasarana dan Sarana

## 2. Ketersediaan Bengkel Kerja

Judul	<b>Ketersediaan Bengkel Kerja</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, Efisiensi
Tujuan	Terpeliharanya sarana, prasarana, mesin dan peralatan di rumah sakit
Definisi Operasional	Bengkel Kerja adalah Tempat untuk melakukan pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana, mesin, dan peralatan yang ada di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Adanya bengkel kerja
Denominator	1
Sumber data	Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	Tersedia sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Prasarana dan Sarana

### 3. Waktu Tanggap Kerusakan Alat

Judul	<b>Waktu Tanggap Kerusakan Alat</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, 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	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

### 4. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat</b>
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

### 5. Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat

Judul	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat
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 analisis	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	Kepala IPSRS

### 6. Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu

Judul	<b>Alat Ukur dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu</b>
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 analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat ukur dan alat lab yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	jumlah alat ukur dan alat lab yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

## **XXI. Pencegahan pengendalian infeksi**

### **1. Tersedianya Anggota Tim PPI Yang Terlatih**

Judul	<b>Tersedianya Anggota Tim PPI Terlatih</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi operasional	Tim PPI adalah tim Pencegahan pengendalian infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tiga bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah dilatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 75 %

Penanggung jawab	Ketua tim PPI
------------------	---------------

## 2. Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) Di Setiap Instalasi/Departemen

Judul	<b>Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindunginya pasien, pengunjung dan petugas dari infeksi
Definisi operasional	APD (Alat pelindung diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumahsakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap minggu
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah seluruh unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 75 \%$
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

## 3. Rencana Program PPI

Judul	<b>Rencana Program PPI</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di rumah sakit

Definisi operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tahun
Periode analisis	Tiap tahun
Numerator	Rencana program PPI
Denominator	1
Sumber data	Tim PPI
Standar	Ada
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

#### 4. Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana

Judul	<b>Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di rumah sakit
Definisi operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah kegiatan PPI yang dilaksanakan selama enam bulan sesuai rencana
Denominator	Seluruh kegiatan PPI yang direncanakan selama kurun waktu enam bulan
Sumber data	Tim PPI
Standar	100%
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

### 5. Penggunaan APD Saat Melaksanakan Tugas

Judul	<b>Penggunaan APD saat melaksanakan tugas</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindungnya pasien dan petugas dari penularan penyakit infeksi maupun bahan berbahaya
Definisi operasional	Alat Pelindung Diri alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumahsakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 1 bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah karyawan yang diamati yang tertib menggunakan APD sebagaimana dipersyaratkan
Denominator	Seluruh karyawan yang diamati
Sumber data	Survey observasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

### 6. Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumahsakit

Judul	<b>Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumahsakit</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlaksananya pemantauan infeksi nosokomial di rumahsakit
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan factor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (check list) pada instalasi yang ada di rumahsakit, minimal satu parameter dari ILO< ILI< VAP< ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Tiap hari

Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatan dan pelaporan infeksi nosocomial
Denominator	Jumlah instalasi yang ada
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 75 \%$
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

## XXII. Pelayanan Keamanan

### 1. Petugas Keamanan bersertifikat Pengamanan

Judul	<b>Petugas Kemanan bersertifikat Pengamanan</b>
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	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat pengamanan
Denominator	Jumlah seluruh petugas keamanan
Sumber data	Personalia
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

### 2. Sistem Pengamanan

Judul	<b>Sistem pengamanan</b>
Dimensi mutu	Ke-efektifan, kesinambungan pelayanan keamanan

Tujuan	Terciptanya sistem pengamanan di rumah sakit khususnya 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 di-identifikasi rawan keamanan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Adanya kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang di-identifikasi rawan keamanan
Denominator	1
Sumber data	Bagian Umum
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

### 3. Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling RS

Judul	<b>Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling RS</b>
Dimensi mutu	Keamanan, kesinambungan pelayanan keamanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman bagi pasien dan keluarganya serta pengunjung dan petugas rumah sakit
Definisi operasional	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS adalah kegiatan mengelilingi fasilitas RS <u>setiap jam</u> dalam rangka kewaspadaan terhadap kondisi keamanan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	2 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	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

#### 4. Evaluasi terhadap sistem pengamanan

Judul	<b>Evaluasi terhadap sistem pengamanan</b>
Dimensi mutu	Ke-efektifan, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya sistem pengamanan yang efektif dan berkesinambungan
Definisi operasional	Evaluasi terhadap system pengamanan adalah proses penilaian yang dilakukan terhadap system pengamanan yang telah ditetapkan dan dilakukan perbaikan apabila ditemukan kekurangan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah bulan yang diadakan evaluasi dan tindak lanjut
Denominator	3 bulan
Sumber data	Pencatatan di Bagian umum
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

#### 5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang

Judul	<b>Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang</b>
Dimensi mutu	Keamanan dan kenyamanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman dan rasa nyaman bagi pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit

Definisi operasional	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit yang hilang adalah semua barang milik pasien, pengunjung dan karyawan tetap terjaga dan tidak hilang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah hari yang disurvei dikurang dengan jumlah hari adanya kehilangan barang milik pasien/pengunjung/karyawan
Denominator	Jumlah hari yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

## 6. Kepuasan Pasien terhadap pelayanan keamanan

Judul	<b>Kepuasan pasien terhadap pelayanan keamanan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien/ keluarga yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian