

**KERANGKA ACUAN KEGIATAN (TERM OF REFERENCE)  
DINAS KESEHATAN PROVINSI SUMATERA UTARA  
BIDANG PELAYANAN KESEHATAN  
SEKSI AKREDITASI FASYANKES DAN JAMINAN KESEHATAN  
TAHUN...**

Program	:	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat
Kegiatan	:	Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi
Sub Kegiatan	:	Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat
Indikator Keluaran	:	
Volume Keluaran (Output)	:	
Satuan Ukur Keluaran (Output)	:	

**A. Latar Belakang**

**a. Dasar Hukum**

**b. Gambaran Umum**

**B. Maksud dan Tujuan**

**C. Aktivitas Dalam Mencapai Keluaran**

1. Aktivitas 1

2. Aktivitas 2

3. Aktivitas 3

dst



**G. Biaya Yang Diperlukan**  
Besaran biaya Aktivitas 1

Besaran biaya Aktivitas 2

Besaran biaya Aktivitas 3

**\* Total biaya keseluruhan**

Medan,      Bulan Tahun  
Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan  
Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara

**Nama**  
**NIP. xxxxxx xxxxxx x xxx**

**KERANGKA ACUAN KEGIATAN (TERM OF REFERENCE)  
DINAS KESEHATAN PROVINSI SUMATERA UTARA  
BIDANG PELAYANAN KESEHATAN  
SEKSI AKREDITASI FASYANKES DAN JAMINAN KESEHATAN  
TAHUN...**

Program	:	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat
Kegiatan	:	Penerbitan Izin Rumah Sakit Kelas B dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi
Sub Kegiatan	:	Pengendalian dan Pengawasan serta Tindak Lanjut Perizinan Rumah Sakit Kelas B dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Indikator Keluaran	:	
Volume Keluaran (Output)	:	
Satuan Ukur Keluaran (Output)	:	

**A. Latar Belakang**

**a. Dasar Hukum**

**b. Gambaran Umum**

**B. Maksud dan Tujuan**

**C. Aktivitas Dalam Mencapai Keluaran**

1. Aktivitas 1

2. Aktivitas 2

3. Aktivitas 3

dst



**G. Biaya Yang Diperlukan**

Besaran biaya Aktivitas 1

Besaran biaya Aktivitas 2

Besaran biaya Aktivitas 3

**\* Total biaya keseluruhan**

Medan,      Bulan Tahun  
Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan  
Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara

**Nama**  
**NIP. xxxxxxx xxxxxxx x xxx**

**KERANGKA ACUAN KEGIATAN (TERM OF REFERENCE)  
DINAS KESEHATAN PROVINSI SUMATERA UTARA  
BIDANG PELAYANAN KESEHATAN  
SEKSI AKREDITASI FASYANKES DAN JAMINAN KESEHATAN  
TAHUN...**

Program	:	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat
Kegiatan	:	Penerbitan Izin Rumah Sakit Kelas B dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi
Sub Kegiatan	:	Peningkatan Mutu Pelayanan Fasilitas Kesehatan
Indikator Keluaran	:	
Volume Keluaran (Output)	:	
Satuan Ukur Keluaran (Output)	:	

**A. Latar Belakang**

**a. Dasar Hukum**

**b. Gambaran Umum**

**B. Maksud dan Tujuan**

**C. Aktivitas Dalam Mencapai Keluaran**

1. Aktivitas 1

2. Aktivitas 2

3. Aktivitas 3

dst



**G. Biaya Yang Diperlukan**

Besaran biaya Aktivitas 1

Besaran biaya Aktivitas 2

Besaran biaya Aktivitas 3

**\* Total biaya keseluruhan**

Medan,      Bulan Tahun  
Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan  
Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara

**Nama**  
**NIP. xxxxxx xxxxxx x xxx**

**RINCIAN ANGGARAN BELANJA  
DINAS KESEHATAN PROVINSI SUMATERA UTARA  
BIDANG/UPT  
SEKSI/SUB BAGIAN  
TAHUN ANGGARAN**

PROGRAM :  
KEGIATAN :  
SUB KEGIATAN :  
VOLUME KELUARAN (OUTPUT) :  
SATUAN UKUR KELUARAN (OUTPUT) :  
ALOKASI DANA :

Kode Rekening	Uraian	Rincian Perhitungan			Jumlah	
		Volume	Satuan	Harga Satuan		
1	2	3	4	5	6 = 3 x 5	
Kode Rekening	Akun	Contoh : Belanja Daerah				
	Kelompok	Contoh : Belanja Operasi				
	Jenis	Contoh : Belanja Barang dan Jasa				
	Objek	Contoh : Belanja Barang				
	Rincian Objek	Contoh : Belanja Barang Pakai Habis				
	Sub Rincian Objek	Contoh : Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor Alat Tulis Kantor				
	# Aktivitas 1					
	[-] Sub Aktivitas (Opsional)					
	# Aktivitas 2					
	[-] Sub Aktivitas (Opsional)					
	# dst					
	Kode Rekening	Akun	Contoh : Belanja Daerah			
		Kelompok	Contoh : Belanja Modal			
		Jenis	Contoh : Belanja Modal Perlatan dan Mesin			
Objek		Contoh : Belanja Modal Alat Kedokteran dan Kesehatan				
Rincian Objek		Contoh : Belanja Modal Alat Kedokteran				
Sub Rincian Objek		Contoh : Belanja Modal Alat Kedokteran Lainnya				
# Aktivitas 1						
[-] Sub Aktivitas (Opsional)						
# Aktivitas 2						
[-] Sub Aktivitas (Opsional)						
# dst						
<b>Total Biaya Keseluruhan</b>						

Medan, Bulan Tahun  
Kepala Bidang/UPT  
Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara

Nama  
NIP. xxxxxxx xxxxxx x xxx