

KAMUS IKU RSB

Kamus IKU

1. Angka Kepuasan Pasien											
Perspektif	Stakeholder										
Sasaran Strategis	Terwujudnya kepuasan stakeholder										
Judul Indikator	Angka Kepuasan Pasien										
Dimensi mutu	Kualitas pelayanan										
Tujuan	Mengetahui kepuasan pasien										
Definisi Operasional	<p>Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.</p> <p>Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).</p> <p>Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).</p>										
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan										
Periode Analisa	Triwulanan										
Numerator	Hasil penilaian IKM										
Denominator	Skala maksimal nilai IKM										
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam										
Eksklusi	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali										
Formula	$\frac{\text{Hasil penilaian IKM}}{\text{Skala maksimal Nilai IKM}} \times \text{bobot}$										
Standar	≥ 85%										
Sumber Data	Angket survey kepuasan pasien										
Kriteria Penilaian	<p>KP (%) :</p> <table> <tr> <td>$K \geq 85$</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>$70 < KP < 85$</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>$55 < KP \leq 70$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$40 < KP \leq 55$</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>$KP \leq 40$</td> <td>0</td> </tr> </table>	$K \geq 85$	2	$70 < KP < 85$	1.5	$55 < KP \leq 70$	1	$40 < KP \leq 55$	0.5	$KP \leq 40$	0
$K \geq 85$	2										
$70 < KP < 85$	1.5										
$55 < KP \leq 70$	1										
$40 < KP \leq 55$	0.5										
$KP \leq 40$	0										
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan										
Referensi	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir)										

2. Angka Kepuasan Peserta Didik	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Strategis	Terwujudnya kepuasan stakeholder
Judul Indikator	Angka Kepuasan Peserta Didik
Dimensi mutu	Kualitas pelayanan
Tujuan	Mengetahui kepuasan peserta didik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan (peserta didik) adalah angka yang diperoleh dari hasil survey kepuasan pelanggan dengan menggunakan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).
Frekuensi pengumpulan data	Semesteran
Periode Analisa	Semesteran
Numerator	Hasil penilaian IKM
Denominator	Skala maksimal nilai IKM
Inklusi	-
Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Hasil penilaian IKM}}{\text{Skala maksimal Nilai IKM}} \times \text{bobot}$
Standar	≥ 85%
Sumber Data	Angkat survey kepuasan peserta didik
Kriteria Penilaian	KP (%) : K ≥ 85 2 70 < KP < 85 1.5 55 < KP ≤ 70 1 40 < KP ≤ 55 0.5 KP ≤ 40 0
PIC	Direktur SDM dan Pendidikan

3. Angka Kepuasan Peneliti	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Strategis	Terwujudnya kepuasan stakeholder
Judul Indikator	Angka Kepuasan Peneliti
Dimensi mutu	Kualitas pelayanan
Tujuan	Mengetahui kepuasan Peneliti
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan (Peneliti) adalah angka yang diperoleh dari hasil survey kepuasan pelanggan dengan menggunakan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).
Frekuensi pengumpulan data	Semesteran
Periode Analisa	Semesteran
Numerator	Hasil penilaian IKM
Denominator	Skala maksimal nilai IKM
Inklusi	-
Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Hasil penilaian IKM}}{\text{Skala maksimal Nilai IKM}} \times \text{bobot}$
Standar	≥ 85%
Sumber Data	Angkat survey kepuasan Peneliti

Kriteria Penilaian	KP (%) : $K \geq 85$ 2 $70 < KP < 85$ 1.5 $55 < KP \leq 70$ 1 $40 < KP \leq 55$ 0.5 $KP \leq 40$ 0
PIC	Direktur SDM dan Pendidikan

4. Kecepatan Respon Terhadap Komplain	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Strategis	Terwujudnya kepuasan stakeholder
Judul Indikator	Kecepatan Respon Terhadap Komplain
Dimensi mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
Definisi Operasional	<p>Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/ dampak risiko berupa ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/grading/dampak risiko.</p> <p>Warna Merah : cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material dll.</p> <p>Warna Kuning : cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.</p> <p>Warna Hijau : tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.</p> <p>Kriteria Penilaian :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau 2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar 3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori <ol style="list-style-type: none"> a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari b. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	-
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$

Standar	≥ 75%
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Kriteria Penilaian	KRK (%) : $75 < KRK \leq 100 \%$ □□ skor = 100 $50 < KRK \leq 75 \%$ □□ skor = 75 $25 < KRK \leq 50 \%$ □□ skor = 50 $KRK < 25 \%$ □□ skor = 25
PIC	Direktur Umum dan Operasional
Referensi	(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016 Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

5. Bed Occupancy Rate (BOR)	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang prima
Judul Indikator	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>
Dimensi mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya pemanfaatan pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	<i>Bed Occupancy Rate</i> adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	Tahunan
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit
Denominator	Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode
Inklusi	-
Eksklusi	-
Formula	$\left[\frac{\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode}} \right] \times 100\%$
Standar	Parameter ideal : 70 – 80%
Sumber Data	Rekam Medik
Kriteria Penilaian	BOR ≥ 100 → skor = 25 $90 \leq BOR < 100$ → skor = 50 $80 \leq BOR < 90$ → skor = 75 $70 \leq BOR < 80$ → skor = 100 $60 \leq BOR < 70$ → skor = 75 $50 \leq BOR < 60$ → skor = 50 BOR < 50 → skor = 25
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

6. Emergency Response Time 2	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang prima
Judul Indikator	<i>Emergency Response Time 2</i>

Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	<i>Emergency Respon Time 2 (ERT 2)</i> adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito sejak diputuskan operasi oleh dokter spesialis anestesi (setelah seluruh pemeriksaan penunjang sudah dilakukan) sampai dimulainya insisi dikamar operasi (<i>from decision to incision</i>).
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	Tahunan
Numerator	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Inklusi	Pasien IGD yang diputuskan operasi cito
Eksklusi	a. Operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi b. Menunggu persetujuan keluarga c. Tidak adanya kamar perawat post operasi
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Standar	≤120 menit
Sumber Data	Kamar Operasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) / IBS Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien >50 pasien per bulan
Kriteria Penilaian	ERT (menit) : ERT ≤ 120 --> skor = 100 120 < ERT ≤ 240 → skor = 75 240 < ERT ≤ 360 → skor = 50 360 < ERT ≤ 480 → skor = 25 ERT > 480 → skor = 0
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016 Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

7. Waktu Tunggu Rawat Jalan	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang prima
Judul Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan pada hari kerja yang mudah dan cepat di akses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ) adalah rata-rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba di

	poliklinik sampai dilayani dokter.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah waktu pasien yang sudah terdaftar sejak tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau seluruh pasien rawat jalan
Inklusi	Pasien rawat jalan yang telah selesai melakukan pendaftaran
Eksklusi	Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan, atau saat dipanggil.
Formula	Jumlah waktu sejak pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Kriteria Penilaian	WTRJ (menit) : $WTRJ \leq 60 \rightarrow \text{skor} = 100$ $60 < WTRJ \leq 80 \rightarrow \text{skor} = 75$ $80 < WTRJ \leq 100 \rightarrow \text{skor} = 50$ $100 < WTRJ \leq 120 \rightarrow \text{skor} = 25$ $WTRJ > 120 \rightarrow \text{skor} = 0$
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016
	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

8. Waktu Tunggu Operasi Elektif	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang prima
Judul Indikator	Waktu Tunggu Operasi elektif
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan bedah dalam penjadwalan operasi.
Definisi Operasional	Waktu Tunggu Operasi Elektif adalah Rata-rata tenggat waktu sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai dengan operasi dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah waktu tunggu operasi yang terencana
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien dengan operasi yang terencana
Inklusi	Pasien yang masuk rawat inap dengan rencana operasi

Eksklusi	Operasi dibatalkan karena kondisi pasien yang tidak memungkinkan dilakukan operasi, ditunda/dibatalkan atas permintaan keluarga, fasilitas (ruangan atau peralatan tidak dapat dipakai disebabkan kondisi diluar kendali manajemen)
Formula	Jumlah waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien dengan operasi yang terencana
Standar	≤ 48 jam (2 hari)
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Kriteria Penilaian	WTE (jam) : $WTE \leq 48 \rightarrow \text{skor} = 100$ $48 < WTE \leq 72 \rightarrow \text{skor} = 75$ $72 < WTE \leq 96 \rightarrow \text{skor} = 50$ $96 < WTE \leq 120 \rightarrow \text{skor} = 25$ $WTE > 120 \rightarrow \text{skor} = 0$
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016 Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

9. Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang prima
Judul Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan resep obat jadi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan resep obat jadi adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien menyerahkan resep obat di loket apotek sampai dengan menerima/mendapatkan obat jadi dari petugas farmasi di apotik rawat jalan.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien menyerahkan resep di loket apotek sampai dengan menerima obat
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh resep obat jadi
Inklusi	Semua resep obat jadi di apotik rawat jalan
Eksklusi	Obat kemoterapi ; resep pasien rawat inap
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien menyerahkan resep di loket apotek sampai dengan menerima obat dibagi jumlah seluruh sample atau Jumlah seluruh pasien yang menyerahkan resep obat jadi
Standar	≤ 30 menit
Sumber Data	Instalasi Farmasi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :

	$WTOJ \leq 30 \rightarrow \text{skor} = 100$ $30 < WTOJ \leq 40 \rightarrow \text{skor} = 75$ $40 < WTOJ \leq 50 \rightarrow \text{skor} = 50$ $50 < WTOJ \leq 60 \rightarrow \text{skor} = 25$ $WTOJ > 60 \rightarrow \text{skor} = 0$
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016
	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

10. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang prima
Judul Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi.
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan radiologi adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan pasien mulai mendaftar di loket radiologi dilanjutkan dengan pemeriksaan oleh radiografer sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise dan divalidasi dokter spesialis radiologi
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu mulai pasien mendaftar di loket radiologi sampai dengan keluar hasil yang sudah diekspertise
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan radiologi Konvensional
Inklusi	pemeriksaan radiologi konvensional
Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu mulai pasien mendaftar di loket radiologi sampai dengan keluar hasil ekspertise dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan radiologi konvensional
Standar	≤ 3 Jam
Sumber Data	Instalasi Radiologi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) : $WTPR \leq 3 \rightarrow \text{skor} = 100$ $3 < WTPR \leq 4 \rightarrow \text{skor} = 75$ $4 < WTPR \leq 5 \rightarrow \text{skor} = 50$ $5 < WTPR \leq 6 \rightarrow \text{skor} = 25$ $WTPR > 6 \rightarrow \text{skor} = 0$
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang

	IKI Tahun 2016
	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

11. Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang prima
Judul Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan laboratorium adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien mulai mendaftar di loket laboratorium dilanjutkan dengan pengambilan sampel darah sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise dan divalidasi oleh dokter spesialis patologi klinik
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien mendaftar di loket laboratorium sampai dengan keluarnya hasil yang sudah diekspertise
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan darah rutin
Inklusi	pemeriksaan darah rutin (Hb, Ht, Leu, Tr)
Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien mendaftar di loket laboratorium sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan darah rutin
Standar	≤ 2 Jam
Sumber Data	Instalasi Laboratorium Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) : $WTPL \leq 2 \rightarrow \text{skor} = 2$ $2 < WTPL \leq 3 \rightarrow \text{skor} = 1.5$ $3 < WTPL \leq 4 \rightarrow \text{skor} = 1$ $4 < WTPL \leq 5 \rightarrow \text{skor} = 0.5$ $WTPL > 5 \rightarrow \text{skor} = 0$
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

12. Pengembalian Rekam Medis (PRM) lengkap dalam waktu 24 jam	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang prima
Judul Indikator	Pengembalian Rekam Medis (PRM) lengkap dalam waktu 24 jam
Dimensi mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab pemberi pelayanan dalam pengembalian rekam medis tepat waktu.

Definisi Operasional	<p>Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 jam yang dimaksud adalah jumlah dokumen rekam medik pasien rawat inap yang diisi lengkap dan dikembalikan ke pengelola rekam medik dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien pulang
Inklusi	seluruh dokumen rekam medis pasien pulang rawat inap
Eksklusi	Dokumen rekam medis pasien rawat jalan
Formula	$(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang} / \text{jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}) \times 100\%$
Standar	$>80\%$
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p> $80 < \text{PRM} \leq 100 \rightarrow \text{skor} = 100$ $70 < \text{PRM} \leq 80 \rightarrow \text{skor} = 75$ $60 < \text{PRM} \leq 70 \rightarrow \text{skor} = 50$ $50 < \text{PRM} \leq 60 \rightarrow \text{skor} = 25$ $\text{PRM} \leq 50 \rightarrow \text{skor} = 0$ </p>
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016</p> <p>Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir</p>

13. Jumlah Penelitian yang dipublikasikan	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang prima
Judul Indikator	Jumlah Penelitian yang dipublikasikan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Terwujudnya kompetensi staf medis yang komprehensif dan unggul dalam penyelenggaraan penelitian
Definisi Operasional	<p>Jumlah penelitian yang dipublikasikan adalah jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun.</p> <p>Ukuran pengaruh suatu kelompok dokumen ilmiah dari SMF atau Departemen medik disebut nilai impact factor, selanjutnya rerata nilai impact adalah ukuran kinerja ilmiah SMF atau Departemen Medik</p>

	yang dipublikasikan secara internasional
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulan
Inklusi	Penelitian ilmiah yang dilakukan oleh staf medis
Eksklusi	-
Formula	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun
Standar	>24 artikel
Sumber Data	(a) Daftar karya ilmiah/ penelitian dalam kurun 1 tahun (b) Daftar staf medis yg melakukan penelitian
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 : Hasil ≥ 4 2 Hasil = 3 1.5 Hasil = 2 1 Hasil = 1 0.5 Hasil = 0 0
PIC	Direktur SDM dan Pendidikan
Referensi	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

14. Rasio Dokter dengan Mahasiswa Kedokteran	
Perspektif	Stakeholder
Sasaran Strategis	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang prima
Judul Indikator	Rasio Dokter dengan Mahasiswa Kedokteran
Dimensi mutu	Efektifitas dan Kualitas pendidikan
Tujuan	Peningkatan kebutuhan dosen dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar sesuai dengan mahasiswa kedokteran yang menjadi peserta didik
Definisi Operasional	Rasio Dosen di RS Pendidikan dengan Mahasiswa Kedokteran yang dimaksud adalah Perbandingan jumlah dokter spesialis yang bekerja di RS Pendidikan yang sudah memenuhi kriteria sebagai dosen pembimbing/supervisor klinik, pendidik atau penguji, dan sudah mendapatkan TOT/OSCE, dan mempunyai rekomendasi dari Dekan Fakultas Kedokteran mitra kerjasamanya serta mempunyai Surat Keputusan Pengangkatan sebagai Dosen sesuai peraturan perundang-undangan dengan mahasiswa kedokteran
Frekuensi pengumpulan data	Tahunan
Periode Analisa	bulanan
Inklusi	Program diskusi, bed side teaching, pembimbingan kasus
Eksklusi	Kuliah Classroom
Formula	Jumlah dosen per SMF atau Per Departemen dibandingkan Dihitung per SMF/Per Departemen, dijumlahkan, dibagi rata-rata dengan jumlah SMF yang ada
Standar	1 : 5 untuk mahasiswa Kedokteran
Sumber Data	Data Kepegawaian dari Bagian SDM dan data mahasiswa yang

	belajar per batch saat masuk di Bagian Diklat
Kriteria Penilaian	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran : 1 : 1-5 → 2 1 : 6-8 → 1.5 1 : 9-11 → 1 1 : 11-13 → 0.5 1 : 14-dst → 0
PIC	Direktur SDM dan Pendidikan
Referensi	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

15. Fully Met	
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya akreditasi internasional
Judul Indikator	Fully Met
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi Operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode Analisa	
Inklusi	
Eksklusi	
Formula	
Standar	90%
Sumber Data	
Standar/ Target	
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan

16. Adanya pasien berasal dari lintas > 4 provinsi dan atau dari manca negara	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya layanan rujukan nasional (Yan. Kanker, Yan. Jantung, Health Tourism)
Judul Indikator	Adanya pasien berasal dari lintas > 4 provinsi dan atau dari manca negara
Dimensi mutu	Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian berstandar Internasional
Tujuan	Mutu Layanan, pendidikan dan Penelitian berfokus pada keselamatan dan kepuasan pasien serta pelanggan
Definisi Operasional	Terwujudnya layanan rujukan nasional (Yan. Kanker dan Yan. Jantung)
Frekuensi pengumpulan data	Tahunan
Periode Analisa	Tahunan

Formula	Peta Demografis daerah asal pasien Yan. Kanker dan Yan. Jantung
Standar	4
Sumber Data	Rumah Sakit
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan

17. Tersedianya Fasilitas Praktek Klinik Pendidikan Dokter Layanan Primer	
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Praktek Klinik Dokter Layanan Primer
Judul Indikator	Tersedianya Fasilitas Praktek Klinik Pendidikan Dokter Layanan Primer
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi Operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode Analisa	
Formula	
Standar	Terpenuhi
Sumber Data	
Kriteria Penilaian	
PIC	Direktur SDM dan Pendidikan

18. Adanya dokumen RSB Academic Health System (AHS) terintegrasi	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya integrasi dg FK UGM menuju Academic Health System (AHS)
Judul Indikator	Adanya dokumen RSB Academic Health System (AHS) terintegrasi
Dimensi mutu	RSB AHS terintegrasi
Tujuan	Terwujudnya RSB terintegrasi
Definisi Operasional	Adanya RSB terintegrasi
Frekuensi pengumpulan data	Tahunan
Periode Analisa	Tahunan
Formula	Dokumen RSB AHS terintegrasi
Bobot IKT	Ada Dokumen
Sumber Data	Bag. PE
PIC	Direktur Umum dan Operasional

19. Kepatuhan penggunaan gelang identitas pasien	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Kepatuhan penggunaan gelang identitas pasien
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien

Tujuan	Memastikan pasien tidak keliru/ tepat pasien dan tepat tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien, mengingat kondisi pasien yang rentan kekeliruan, misal tidak sadar, disorientasi, pindah tempat tidur/ kamar, memiliki cacat indra, dll
Definisi Operasional	Kepatuhan penggunaan gelang identitas yg lengkap adalah penggunaan gelang identitas pada seluruh pasien rawat inap sejak diputuskan rawat inap dan atau mendapatkan tindakan invasif. Gelang identitas yang lengkap meliputi Nama, tgl lahir/umur. Nomor RM & alamat, warna biru muda untuk laki – laki, pink untuk wanita. Untuk pasien jiwa & luka bakar identifikasi menggunakan foto yang ditempel di bagian sampul luar RM yang ditempel <i>Barcode</i> .
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	Bulanan
Numerator	Jumlah semua pasien yang dirawat inap yang dipasang gelang/ foto untuk pasien jiwa.
Denominator	Jumlah semua pasien yang dirawat inap atau jumlah pasien non rawat inap yang dilakukan tindakan invasif
Formula	$\frac{\text{Jumlah semua pasien yang dirawat inap yang dipasang gelang/ foto untuk pasien jiwa}}{\text{Jumlah semua pasien yang dirawat inap atau jumlah pasien non rawat inap yang dilakukan tindakan invasif}} \times 100\%$
Standar	95%
Sumber Data	Rekap harian
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	Kamus Indikator

20. Penggunaan metode <i>readback</i> dalam konsultasi pasien.	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Penggunaan metode <i>readback</i> dalam konsultasi pasien.
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Komunikasi yang efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dapat dipahami penerima, mengurangi kesalahan dan menghasilkan perbaikan keselamatan pasien
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Read back</i> adalah bukti konfirmasi saat pelaporan pasien kepada DPJP atau perawat dengan dokter. 2. Yang dimaksud <i>Read back</i> adalah membacakan kembali instruksi yang diberikan oleh pemberi instruksi atau penerima pesan. 3. <i>Cap Read back</i> adalah bukti pelaksanaan konfirmasi telah dilakukan oleh pemberi pesan dan penerima pesan berupa tanda tangan, nama terang, tanggal dan jam.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	Bulanan
Numerator	Jumlah konsultasi melalui telpon yang telah dikonfirmasi dengan CAPREAD BACK DALAM RM
Denominator	Jumlah seluruh konsultasi melalui telpon YANG DITULIS DALAM

	RM
Formula	Jumlah konsultasi melalui telpon yang telah dikonfirmasi dengan <u>CAPREAD BACK DALAM RM X 100%</u> Jumlah seluruh konsultasi melalui telpon YANG DITULIS DALAM RM
Standar	95%
Sumber Data	Rekap harian
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	Kamus Indikator IPSPG

21. Kepatuhan pemakaian label <i>High Alert</i>	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Kepatuhan pemakaian label High Alert
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Untuk memastikan keselamatan pasien terkait pengelolaan obat yang harus diwaspadai (<i>High Alert</i>) yang tepat, mencegah kekeliruan pendistribusian, penyimpanan, maupun pemberian kepada pasien.
Definisi Operasional	Prioritas obat High Alert di RSUP Dr. Sardjito adalah : insulin, heparin, KCl 7.46 %, NaCl 3 %, Sitostatika, Narkotika, Sedative (ketamin, midazolam, propofol,) Magnesium Sulfat : MgSO ₄ >50 %. Kalium Phosphat > 3 mmol/l
Frekuensi pengumpulan data	bulanan
Periode Analisa	bulanan
Numerator	Jumlah semua obat golongan <i>High Alert</i> yang ditempel tanda HIGH ALERT yang ada dibangsal untuk diberikan kepada pasien (diterima dari farmasi)
Denominator	Jumlah seluruh obat HIGH ALERT yang ada dibangsal untuk diberikan kepada pasien (diterima dari farmasi)
Formula	Jumlah semua obat golongan <i>High Alert</i> yang ditempel tanda HIGH ALERT yang ada dibangsal untuk diberikan kepada pasien / Jumlah seluruh obat HIGH ALERT yang ada dibangsal untuk diberikan kepada pasien
Standar	95%
Sumber Data	Rekap Harian
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	Kamus Indikator IPSPG

22. Penerapan Keselamatan Operasi	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Penerapan Keselamatan Operasi
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan
Definisi Operasional	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi

	<p>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tahapan Sign-in dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestes 2. Tahapan Time-out dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator 3. Tahapan Sign-out dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)</p>
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap <i>checklist</i> keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu disertai tandatangan dan penulisan jam pengisian
Denominator	Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi
Inklusi	Operasi yang dilakukan di ruang OK
Eksklusi	-
Formula	$\left(\frac{\text{Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklisk keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu}}{\text{Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb}} \times 100\% \right)$
Standar	100%
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar/ Target	<p>100% :</p> <p>Hasil = 100% □□ skor = 100</p> <p>90% ≤ Hasil < 100% □□ skor = 75</p> <p>80% ≤ Hasil < 90% □□ skor = 50</p> <p>70% ≤ Hasil < 80% □□ skor = 25</p> <p>Hasil < 70% □□ skor = 0</p>
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016</p> <p>Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir</p>

23. Penandaan lokasi operasi sebelum pasien dioperasi	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Penandaan lokasi operasi sebelum pasien dioperasi
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Mencegah terjadinya kesalahan pembedahan, kesalahan prosedur, kesalahan pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan/operasi
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penandaan lokasi operasi adalah pemberian tanda lokasi dan operasi yang tepat dengan melibatkan pasien oleh operator yang akan melakukan tindakan operasi. 2. Tanda lokasi operasi berupa pemberian tanda centang (✓)

	dengan tinta warna hitam. 3. Tanda lokasi operasi dilakukan pada operasi laterality, multi struktur dan multi level.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien yang sudah ada " tanda lokasi operasi / <i>marking site</i> " saat dilakukan <i>sign in</i> di ruang persiapan.
Denominator	Jumlah semua pasien yang akan dilakukan operasi yang memerlukan <i>marking site</i> (multi level, multi struktur, lateralisasi)
Formula	Jumlah pasien yang sudah ada " tanda lokasi operasi / <i>marking site</i> " saat dilakukan <i>sign in</i> di ruang persiapan dibagi Jumlah semua pasien yang akan dilakukan operasi yang memerlukan <i>marking site</i> (multi level, multi struktur, lateralisasi) x 100%
Standar	100%
Sumber Data	Rekap harian
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	Kamus Indikator IPSG

24. Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (<i>Medication Error</i>)							
Perspektif	Proses bisnis internal						
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien						
Judul Indikator	Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (<i>Medication Error</i>)						
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap						
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan						
Definisi Operasional	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut. Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat						
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan						
Periode Analisa	3 bulan						
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi						
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter						
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP						
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan						
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%						
Standar	<5%						
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep > 50 per bulan						
Kriteria Penilaian	<table> <tr> <td>Hasil < 5%</td><td>2</td></tr> <tr> <td>5% ≤ Hasil < 10%</td><td>1.5</td></tr> <tr> <td>10% ≤ Hasil < 15%</td><td>1</td></tr> </table>	Hasil < 5%	2	5% ≤ Hasil < 10%	1.5	10% ≤ Hasil < 15%	1
Hasil < 5%	2						
5% ≤ Hasil < 10%	1.5						
10% ≤ Hasil < 15%	1						

	$15\% \leq \text{Hasil} < 20\%$ 0.5 $\text{Hasil} \geq 20\%$ 0
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

25. Pemakaian tanda risiko jatuh	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Pemakaian tanda risiko jatuh
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Mengurangi risiko akibat jatuh
Definisi Operasional	Pasien jatuh dari (TT, Kursiroda, Brakar, saat berjalan) adalah pasien yang terjatuh saat dalam perawatan, Tanda risiko jatuh berupa (tanda segitiga risiko jatuh atau tanda warna kuning digelang identitas bertuliskan <i>fall risk</i> , atau pita kuning untuk pasien rawat jalan), untuk pasien yang berisiko tinggi
Frekuensi pengumpulan data	bulanan
Periode Analisa	bulanan
Numerator	Jumlah semua pasien risiko jatuh skor tinggi yang sudah diberi tanda risiko (segitiga kuning pada tempat tidur atau tanda risiko jatuh bertuliskan <i>Fall Risk</i> pada gelang identitas atau pita kuning untuk pasien rawat jalan)
Denominator	Jumlah semua pasien yang berisiko jatuh skor tinggi
Formula	Jumlah semua pasien risiko jatuh skor tinggi yang sudah diberi tanda risiko (segitiga kuning pada tempat tidur atau tanda risiko jatuh bertuliskan <i>Fall Risk</i> pada gelang identitas atau pita kuning untuk pasien rawat jalan) dibagi Jumlah semua pasien yang berisiko jatuh skor tinggi
Standar	95%
Sumber Data	Rekap harian
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	Kamus Indikator IPSPG

26. % Kejadian pasien jatuh	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	% Kejadian pasien jatuh
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSPG 6)
Definisi Operasional	<p>Tidak adanya kejadian pasien jatuh adalah tidak terjadinya pasien jatuh selama pasien mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit, baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi dsb.</p> <p>Ketika pasien baru pertama kali masuk perawatan maka dalam 24 jam</p>

	<p>harus dilakukan asesmen awal keperawatan dimana dalam asesmen tsb dapat diketahui kemungkinan pasien berisiko jatuh dengan skoring tertentu menggunakan instrumen penilaian risiko jatuh.</p> <p>Penilaian resiko jatuh menggunakan skala Morse untuk pasien dewasa, skala <i>Humpty Dumpty</i> untuk pasien anak - anak, dan skala jatuh untuk pasien geriatri. Tujuannya untuk dilakukan intervensi dan monitoring yang intensif terhadap pasien berisiko jatuh dan harus dilakukan reassesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	-
Formula	$\frac{\text{Jumlah kejadian pasien jatuh} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien rawat inap}}$
Standar	$\leq 3\%$
Sumber Data	Rekam Medik
Kriteria Penilaian	<p>Hasil $\leq 3\%$ □□ skor = 100 $3\% < \text{Hasil} \leq 9\%$ □□ skor = 75 $9\% < \text{Hasil} \leq 14\%$ □□ skor = 50 $14\% < \text{Hasil} \leq 20\%$ □□ skor = 25 hasil $> 20\%$ □□ skor = 0</p>
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016</p> <p>Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir)</p>

27. Infeksi daerah Operasi (IDO)	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Infeksi daerah operasi (IDO)
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Daerah operasi (IDO)
Definisi Operasional	<p>Infeksi Daerah Operasi adalah Infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan satu tahun dengan implan pasca bedah.</p> <p>Kriteria :</p> <p>A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia, B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik, C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan</p>

	D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi (khusus IDO profunda/organspace)
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	Bulanan
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Daerah Operasi (IDO)
Denominator	Jumlah kasus operasi
Inklusi	Kasus operasi
Eksklusi	prosedur sirkumsisi ; <i>stitch abscess</i>
Formula	(Jumlah kasus IDO dibagi Jumlah kasus operasi) x 100 %
Bobot Indikator	≤ 2%
Sumber Data	Rekam Medik
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 2 % □□ skor = 100</p> <p>2% < Hasil ≤ 3% □□ skor = 75</p> <p>3% < Hasil ≤ 4% □□ skor = 50</p> <p>4% < Hasil ≤ 5% □□ skor = 25</p> <p>Hasil > 5 % □□ skor = 0</p>
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016
	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

28. Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)
Definisi Operasional	<p>Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.</p> <p>Kriteria :</p> <p>Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demam (≥38°C) tanpa ditemui penyebab lainnya. • Leukopenia (< 4.000 WBC/mm³) atau Leukositosis (≥12.000 SDP/mm³). • Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya. Minimal disertai 2 dari tanda berikut: • Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum. • Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea. • Ronki basah atau suara napas bronchial. • Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O₂ (PaO₂/FiO₂ ≤240), peningkatan kebutuhan oksigen, atau

	<p>perlunya peningkatan ventilator.</p> <p>Dasar diagnosis : Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan > 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatoceles pada bayi berumur < 1 tahun</p>
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulanan
Numerator	Jumlah kasus infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator
Inklusi	Pasien yang menggunakan Ventilator > 48 jam
Eksklusi	Pasien dengan riwayat Pneumonia Sebelumnya
Formula	(Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator) x 1000 (permil)
Standar	≤5,8‰
Sumber Data	Rekam Medik
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 5,8 ‰ □□ skor = 100</p> <p>5,8‰ < Hasil ≤ 8,3‰ □□ skor = 75</p> <p>8,3‰ < Hasil ≤ 10,8‰ □□ skor = 50</p> <p>10,8‰ < Hasil ≤ 13,6‰ □□ skor = 25</p> <p>Hasil > 13,6 ‰ □□ skor = 0</p>
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan[
Referensi	<p>(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016</p> <p>Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir</p>

29. Dekubitus	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Dekubitus
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif
Definisi Operasional	<p>Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS.</p> <p>Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)</p> <p>Kriteria :</p> <p>A. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus</p> <p>B. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :</p> <p>a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar</p> <p>b. Hasil kultur darah positif</p> <p>C. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.</p>

Frekuensi pengumpulan data	Bulanan								
Periode Analisa	3 bulanan								
Numerator	Jumlah kejadian dekubitus								
Denominator	Jumlah hari tirah baring								
Inklusi	Pasien rawat inap tirah baring								
Eksklusi	Pasien yang masuk rawat inap RS sudah mengalami dekubitus								
Formula	$(\text{Jumlah kejadian dekubitus dibagi Jumlah hari tirah baring}) \times 1000$								
Standar	$\leq 1,5 \text{ ‰}$								
Sumber Data	Rekam Medik								
Kriteria Penilaian	<table> <tr> <td>hasil $\leq 1,5 \text{ ‰}$</td><td>3</td></tr> <tr> <td>$1,5\text{‰} < \text{Hasil} \leq 7,5 \text{ ‰}$</td><td>2</td></tr> <tr> <td>$7,5\text{‰} < \text{Hasil} \leq 15 \text{ ‰}$</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Hasil $> 15\text{‰}$</td><td>0</td></tr> </table>	hasil $\leq 1,5 \text{ ‰}$	3	$1,5\text{‰} < \text{Hasil} \leq 7,5 \text{ ‰}$	2	$7,5\text{‰} < \text{Hasil} \leq 15 \text{ ‰}$	1	Hasil $> 15\text{‰}$	0
hasil $\leq 1,5 \text{ ‰}$	3								
$1,5\text{‰} < \text{Hasil} \leq 7,5 \text{ ‰}$	2								
$7,5\text{‰} < \text{Hasil} \leq 15 \text{ ‰}$	1								
Hasil $> 15\text{‰}$	0								
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan								
Referensi	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir								

30. Infeksi Saluran Kencing (ISK)			
Perspektif	Proses bisnis internal		
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien		
Judul Indikator	Infeksi saluran kencing		
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien		
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi saluran kencing (ISK)		
Definisi Operasional	<p>Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam</p> <p>Kriteria :</p> <p>A. Gejala dan Tanda :</p> <p>Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik</p> <p>Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah</p> <p>B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)</p> <p>C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus</p> <p>D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur</p> <p>E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK</p> <p>F. Terapi dokter sesuai ISK</p>		
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan		
Periode Analisa	3 bulanan		
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Saluran Kemih (ISK)		
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap		
Inklusi	Pasien rawat inap dengan kateter terpasang > 48 jam		
Eksklusi	Pasien yang terpasang kateter urin ≤ 48 jam		
Formula	$\text{Jumlah kasus ISK dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap} \times 1000$		
Standar	$\leq 4.7 \text{ ‰}$		
Sumber Data	Rekam Medik		
Kriteria Penilaian	<table> <tr> <td>Hasil $\leq 4.7 \text{ ‰}$</td><td>2</td></tr> </table>	Hasil $\leq 4.7 \text{ ‰}$	2
Hasil $\leq 4.7 \text{ ‰}$	2		

	$4.7\% < \text{Hasil} \leq 5.2\%$ 1.5 $5.2\% < \text{Hasil} \leq 5.7\%$ 1 $5.7\% < \text{Hasil} \leq 6.2\%$ 0.5 $\text{Hasil} > 6.2\%$ 0
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

31. Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Infeksi Aliran Darah Perifer
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunnya kejadian infeksi aliran darah
Definisi Operasional	Phlebitis merupakan inflamasi pada vena, yang ditandai dengan adanya daerah yang merah, nyeri dan pembengkakan di daerah penusukan atau sepanjang vena (Brunner dan Sudarth, 2002)
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulanan
Numerator	Jumlah kasus Phlebitis
Denominator	Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena
Inklusi	Pasien rawat inap yang terpasang kateter intravena
Eksklusi	-
Formula	$(\text{Jumlah kasus phlebitis} \div \text{Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena}) \times 100\%$
Standar	$\leq 5\%$
Sumber Data	Rekam Medik
Standar/ Target	$\text{Hasil} \leq 4.7\%$ 2 $4.7\% < \text{Hasil} \leq 5.2\%$ 1.5 $5.2\% < \text{Hasil} \leq 5.7\%$ 1 $5.7\% < \text{Hasil} \leq 6.2\%$ 0.5 $\text{Hasil} > 6.2\%$ 0
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

32. <i>Nett Death Rate</i> (NDR)	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan
Definisi Operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulanan
Formula	

	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000 permil
Standar	$\leq 24\%$
Sumber Data	Rekam Medik
Kriteria Penilaian	<p>hasil $\leq 24\%$ → skor = 100</p> <p>$24\% < \text{Hasil} \leq 40\%$ → skor = 75</p> <p>$40\% < \text{Hasil} \leq 65\%$ → skor = 50</p> <p>$65\% < \text{Hasil} \leq 70\%$ → skor = 25</p> <p>Hasil $> 70\%$ → skor = 0</p>
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir

33. Kejadian Operasi Salah Sisi	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian pembedahan di kamar operasi yang dilakukan pada sisi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan sebelumnya, hal tersebut tidak disadari oleh operator maupun oleh asisten bedahnya.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi
Formula	(Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi dibagi Jumlah pasien yang dilakukan operasi) x 100 %
Standar	0%
Sumber Data	Rekam Medik
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir
	Standar Pelayanan Minimal

34. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis patologi klinik sampai hasilnya diterima oleh dokter yang

	<p>mengirim (lisan atau tulisan). Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS. RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat: <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita</p>
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulanan
Numerator	Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan laboratorium kritis yang sesuai dengan <i>RED Category Condition</i>
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan laboratorium yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.
Formula	$(\text{Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan} < 30 \text{ menit} / \text{Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis}) \times 100 \%$
Standar	100%
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>skor = 100 $90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>skor = 75 $80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>skor = 50 $70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>skor = 25 Hasil < 70% <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>skor = 0</p>
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016</p> <p>Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir</p>

35. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh

	<p>dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).</p> <p>Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan</p> <p>Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik</p> <p>Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.</p> <p>RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera</p> <p>Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi – Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita 										
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan										
Periode Analisa	3 bulanan										
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit										
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis										
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition										
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.										
Formula	$(\text{Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan} < 60 \text{ menit} / \text{Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis}) \times 100$										
Standar	100%										
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik										
Kriteria Penilaian	<table border="0"> <tr> <td>Hasil = 100%</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>Hasil < 70%</td> <td>0</td> </tr> </table>	Hasil = 100%	2	$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$	1.5	$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$	1	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	0.5	Hasil < 70%	0
Hasil = 100%	2										
$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$	1.5										
$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$	1										
$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	0.5										
Hasil < 70%	0										
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan										
Referensi	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir										

36. Angka Kematian IGD	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Angka Kematian di IGD
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang ditangani di IGD
Definisi Operasional	Kematian di IGD adalah kematian pasien yang terjadi dalam

	periode ≤ 8 jam sejak pasien datang ke IGD										
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan										
Periode Analisa	3 bulanan										
Numerator	jumlah pasien meninggal di IGD ≤ 8 jam sejak datang										
Denominator	jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD										
Inklusi	Pasien yang meninggal di IGD ≤ 8 Jam										
Eksklusi	Pasien DOA (Death On Arrival)										
Formula	(Jumlah pasien meninggal di IGD ≤ 8 jam dibagi Jumlah seluruh pasien di IGD) x 100%										
Bobot IKT	$\leq 2,5\%$										
Sumber Data	Rekam medik										
Kriteria Penilaian	<table> <tr> <td>Hasil $\leq 2,5\%$</td><td>2</td></tr> <tr> <td>$2,5\% < \text{Hasil} \leq 3\%$</td><td>1.5</td></tr> <tr> <td>$3\% < \text{Hasil} \leq 3,5\%$</td><td>1</td></tr> <tr> <td>$3,5\% < \text{Hasil} \leq 4\%$</td><td>0.5</td></tr> <tr> <td>Hasil $> 4\%$</td><td>0</td></tr> </table>	Hasil $\leq 2,5\%$	2	$2,5\% < \text{Hasil} \leq 3\%$	1.5	$3\% < \text{Hasil} \leq 3,5\%$	1	$3,5\% < \text{Hasil} \leq 4\%$	0.5	Hasil $> 4\%$	0
Hasil $\leq 2,5\%$	2										
$2,5\% < \text{Hasil} \leq 3\%$	1.5										
$3\% < \text{Hasil} \leq 3,5\%$	1										
$3,5\% < \text{Hasil} \leq 4\%$	0.5										
Hasil $> 4\%$	0										
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan										
Referensi	(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016										
	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir										

37. Angka Kematian Ibu karena Perdarahan											
Perspektif	Proses bisnis internal										
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien										
Judul Indikator	Angka Kematian Ibu karena Perdarahan										
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien										
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kegawatdaruratan obstetri secara aman dan efektif										
Definisi Operasional	Kejadian Kematian Ibu Persalinan karena perdarahan adalah jumlah kematian ibu melahirkan yang disebabkan perdarahan. Perdarahan yang dimaksud adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.										
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan										
Periode Analisa	3 bulanan										
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan										
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan										
Inklusi	Semua pasien persalinan dengan perdarahan										
Eksklusi	-										
Formula	(Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan dibagi total Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan) X 100 %										
Standar	Perdarahan $\leq 1\%$										
Sumber Data	Rekam Medik										
Kriteria Penilaian	<table> <tr> <td>Hasil $\leq 1\%$</td><td>□□skor = 100</td></tr> <tr> <td>$1\% < \text{Hasil} \leq 3\%$</td><td>□□skor = 75</td></tr> <tr> <td>$3\% < \text{Hasil} \leq 6\%$</td><td>□□skor = 50</td></tr> <tr> <td>$6\% < \text{Hasil} \leq 10\%$</td><td>□□skor = 25</td></tr> <tr> <td>Hasil $> 10\%$</td><td>□□skor = 0</td></tr> </table>	Hasil $\leq 1\%$	□□skor = 100	$1\% < \text{Hasil} \leq 3\%$	□□skor = 75	$3\% < \text{Hasil} \leq 6\%$	□□skor = 50	$6\% < \text{Hasil} \leq 10\%$	□□skor = 25	Hasil $> 10\%$	□□skor = 0
Hasil $\leq 1\%$	□□skor = 100										
$1\% < \text{Hasil} \leq 3\%$	□□skor = 75										
$3\% < \text{Hasil} \leq 6\%$	□□skor = 50										
$6\% < \text{Hasil} \leq 10\%$	□□skor = 25										
Hasil $> 10\%$	□□skor = 0										
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan										

38. Angka Kematian Ibu karena Sepsis	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Angka Kematian Ibu karena Sepsis
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kegawatdaruratan obstetri secara aman dan efektif
Definisi Operasional	<p>Kejadian kematian ibu persalinan karena sepsis adalah jumlah kematian ibu melahirkan yang disebabkan sepsis</p> <p>Sepsis yang dimaksud adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh penolong persalinan</p>
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulanan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan sepsis
Inklusi	pasien persalinan dengan sepsis
Eksklusi	-
Formula	$(\text{Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis} \div \text{Jumlah pasien persalinan dengan sepsis}) \times 100 \%$
Standar	Sepsis $\leq 0,2 \%$
Sumber Data	Rekam Medik
Kriteria Penilaian	<p>Hasil $\leq 0,2\%$ □□ skor = 100</p> <p>$0,2\% < \text{Hasil} \leq 1,0\%$ □□ skor = 75</p> <p>$1,0\% < \text{Hasil} \leq 2,0\%$ □□ skor = 50</p> <p>$2,0\% < \text{Hasil} \leq 3,0\%$ □□ skor = 25</p> <p>Hasil $> 3,0\%$ □□ skor = 0</p>
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan

39. Angka Kematian Ibu karena Eklamsia	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Judul Indikator	Angka Kematian Ibu karena Eklamsia
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kegawatdaruratan obstetri secara aman dan efektif
Definisi Operasional	<p>Kejadian kematian ibu persalinan karena Pre-eklampsia/ eklampsia adalah Jumlah kematian ibu melahirkan karena Pre-eklampsia/ eklampsia.</p> <p>Pre-eklampsia/ eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua. Tanda-tanda pre-eklampsia adalah: a. Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 120 mmHg. b. Proteinuria > 5 mg/24 jam dan Positif 3 atau 4 pada pemeriksaan kualitatif c. Oedem tungkai</p> <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran</p>

Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulanan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pre-eklampsia/ eklampsia
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan pre-eklampsia/ eklampsia
Inklusi	pasien persalinan dengan pre-eklampsia/ eklampsia
Eksklusi	-
Formula	$\text{Jumlah kematian pasien persalinan karena pre-eklampsia/ eklampsia} \div \text{total Jumlah pasien persalinan dengan pre-eklampsia/ eklampsia} \times 100 \%$
Standar	Preeklamsi/eklamsi $\leq 30 \%$
Sumber Data	Rekam Medik
Kriteria Penilaian	$\text{Hasil} \leq 30\% \rightarrow 2$ $30\% < \text{Hasil} \leq 35\% \rightarrow 1,5$ $35\% < \text{Hasil} \leq 40\% \rightarrow 1$ $40\% < \text{Hasil} \leq 45\% \rightarrow 0,5$ $\text{hasil} > 45\% \rightarrow 0$
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan

40. % Rujukan yang balik	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif
Judul Indikator	% Rujukan yang balik
Dimensi mutu	Efektivitas dan kelanjutan penanganan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan berkelanjutan
Definisi Operasional	$\text{Jumlah jawaban rujukan} \div \text{jumlah pasien yang dirujuk ke RS Sardjito} \times 100\%$
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulanan
Formula	$\frac{\text{Jumlah jawaban rujukan} \times 100\%}{\text{jumlah pasien yang dirujuk keRS Sardjito}}$
Standar	100%
Sumber Data	Rekam Medik
Standar/ Target	100%
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan

41. % Rencana Aksi	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kerjasama dengan RS Jejaring
Judul Indikator	% rencana aksi
Dimensi mutu	Terwujudnya kerja sama dengan RS jejaring
Tujuan	Efektivitas dan efisiensi proses pendidikan peserta didik
Definisi Operasional	Persentase MOU proses pendidikan peserta didik antara RS Sradjito, FK UGM dan RS jejaring

Frekuensi pengumpulan data	3 bulanan
Periode Analisa	3 bulanan
Formula	$\frac{\text{Jumlah MOU antara FK UGM, RS Sardjito dan RS jejaring} \times 100\%}{\text{jumlah FK UGM} + \text{RS Sardjito} + \text{seluruh RS jejaring}}$
Standar	100%
Sumber Data	Bagian Hukmas
Standar/ Target	100%
PIC	Direktur Umum dan Operasional

42. Adanya dokumen Translational Research	
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya translational research
Judul Indikator	Adanya dokumen Translational Research
Dimensi mutu	Mutu penelitian klinis
Tujuan	Terdokumentasikannya translational research
Definisi Operasional	Jumlah translational research yang dilakukan oleh Staf Pendidik maupun pemberi layanan
Frekuensi pengumpulan data	semesteran
Periode Analisa	1 tahun
Formula	
Standar	5 dokumen
Sumber Data	Bag. Diklit
Standar/ Target	
PIC	Direktur SDM dan Pendidikan

43. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> (CP)	
Perspektif	Pengembangan SDM & Organisasi
Sasaran Strategis	Terwujudnya perilaku budaya kinerja
Judul Indikator	Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> (CP)
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan (<i>continuoum of care</i>) dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis, mengurangi risiko proses asuhan klinis, mengurangi adanya variasi asuhan klinis dan memberikan asuhan klinis yang tepat waktu serta penggunaan sumber daya yg efisien dan konsisten sehingga menghasilkan mutu pelayanan yang tinggi dengan menggunakan praktek klinik yang berbasis bukti.
Definisi Operasional	Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah kepatuhan para staf medis/ DPJP dalam menggunakan clinical pathway untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis.

	<p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 <i>clinical pathway</i> dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, <i>high cost</i>, <i>high risk</i> dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dilakukan audit <i>clinical pathway</i> berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output). 2) Dokumen <i>clinical pathway</i> diintegrasikan pada berkas rekam medis. Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan. <p><i>Clinical pathway</i> harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir.</p> <p>Audit <i>clinical pathway</i> dilakukan berkala setiap tiga bulan.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Eksklusi	Kasus dengan varian tambahan
Periode Analisa	1 tahun
Formula	<p>Jumlah CP yang diimplementasikan sesuai dengan SPO terintegrasi di Rekam Medik dan di evaluasi.</p> <p>Menghitung Jumlah CP yang diimplementasikan sesuai dengan SPO terintegrasi di Rekam Medik dan di evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada 5 CP □□100 2. Ada 4 CP □□80 3. Ada 3 CP □□60 4. Ada 2 CP □□40 5. Ada 1 CP □□20 6. Tidak ada CP □□0 <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Apabila dalam uji petik ditemukan pengisian CP yang tidak lengkap dalam dokumen rekam medik, maka akan menjadi faktor pengurang nilai yang diperoleh / dilaporkan. b. Apabila CP yang dilaporkan tidak ada pasien sama sekali namun sudah ada hasil evaluasi, maka tetap dihitung sebagai CP yang sudah dievaluasi. Namun triwulan berikutnya satker harus mengganti dengan CP yang baru, ditetapkan oleh Direktur Utama RS dan dilaporkan ke Ditjen Pelayanan Kesehatan.
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi
Sumber Data	Rekam Medik
Kriteria Penilaian	<p>Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi → skor = 100</p> <p>Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi → skor = 75</p> <p>Ada CP, belum diimplementasikan → skor = 50</p> <p>Belum ada CP → skor = 25</p>
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016</p> <p>Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir)</p>

44. Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional	
Perspektif	Pengembangan SDM & Organisasi
Sasaran Strategis	Terwujudnya perilaku budaya kinerja
Judul Indikator	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien JKN
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien JKN
Definisi Operasional	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas) adalah kesesuaian penulisan resep oleh DPJP dengan Formularium Nasional untuk Pasien JKN
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulanan
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam <i>Clinical Pathway</i> namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas} / \text{Jumlah total item resep (R/)}) \times 100\%$
Standar	$\geq 80\%$
Sumber Data	Rekam Medik
Kriteria Penilaian	<p>Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 $70\% \leq \text{Hasil} < 80\% \rightarrow$ skor = 75 $60\% \leq \text{Hasil} < 70\% \rightarrow$ skor = 50 $50\% \leq \text{Hasil} < 60\% \rightarrow$ skor = 25 Hasil $< 50 \rightarrow$ skor = 0</p>
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016
	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir)

45. Kepatuhan terhadap prosedur <i>hand hygiene</i>	
Perspektif	Pengembangan SDM & Organisasi
Sasaran Strategis	Terwujudnya perilaku budaya kinerja
Judul Indikator	Kepatuhan terhadap prosedur <i>hand hygiene</i>
Dimensi mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Kebersihan tangan yang memadai penting dalam usaha menghilangkan infeksi di rumah sakit.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan adalah prinsip kebersihan tangan di RS yang dapat dilakukan dengan cara cuci tangan (<i>Hand Wash</i>) atau <i>Handrub</i> 2. Prinsip cuci tangan yang di galakkan di rumah sakit Dr. Sardjito adalah 5 saat cuci tangan, dengan 6 langkah cuci tangan sesuai dengan standar dari WHO. 3. Pengamatan cuci tangan dilakukan setiap hari dengan cara mengamati pada saat dan kondisi tertentu oleh petugas IPCN dan IPCLN.
Frekuensi	bulanan

pengumpulan data	
Periode Analisa	bulanan
Numerator	Jumlah yang melaksanakan cuci tangan dengan 6 langkah secara benar pada setiap kesempatan dari 5 saat cuci tangan pada suatu periode pengamatan
Denominator	Jumlah total kesempatan cuci tangan yang diobservasi pada periode pengamatan yang sama
Formula	Jumlah yang melaksanakan cuci tangan dengan 6 langkah secara benar pada setiap kesempatan dari 5 saat cuci tangan pada suatu periode pengamatan dibagi Jumlah total kesempatan cuci tangan yang diobservasi pada periode pengamatan yang sama
Standar	>80%
Sumber Data	Rekap harian
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan
Referensi	Kamus Indikator IPSPG

46. Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun	
Perspektif	Perspektif Pengembangan SDM & Organisasi
Sasaran Strategis	Tersedianya SDM yg Kompeten
Judul Indikator	Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Terwujudnya SDM yang kompeten
Definisi Operasional	Rata-rata jam pelatihan per karyawan adalah total realisasi jam pelatihan karyawan dalam satu tahun dibagi jumlah karyawan dikali 20 jam
Frekuensi pengumpulan data	Tahunan
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Formula	$\frac{\text{Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun}}{\text{Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit}} \times 100\%$
Standar	80%
Sumber Data	Bag. Diklit dan IP2KSDM
PIC	Direktur SDM dan Pendidikan

47. Audit IT pakai Cobid 5 level integrasi IT	
Perspektif	Pengembangan SDM dan Organisasi
Sasaran Strategis	Terwujudnya SIMRS terintegrasi
Judul Indikator	Audit IT pakai Cobid 5 level integrasi IT
Dimensi mutu	Kecepatan, ketepatan layanan dan transparansi
Tujuan	Terwujudnya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi semua unit kerja di RSUP Dr.Sardjito
Definisi Operasional	Persentase Front Office dan Back Office (FOBO) terintegrasi

	SIMRS					
Frekuensi pengumpulan data	semesteran					
Periode Analisa	semesteran					
Formula	$\frac{\text{Jumlah FOBO terintegrasi SIMRS}}{\text{Jumlah FOBO}} \times 100\%$					
Standar	100%					
Sumber Data	Unit Teknologi Informasi					
Standar/ Target	2015	2016	2017	2018	2019	
	90%	100%	100%	100%	100%	
PIC	Direktur Umum dan Operasional					

48. Skor overall equipment effectiveness availability % x performance % x quality%						
Perspektif	Pengembangan SDM dan Organisasi					
Sasaran Strategis	Terwujudnya fasilitas yang memenuhi standar					
Judul Indikator	Skor overall equipment effectiveness availability % x performance % x quality %					
Dimensi mutu	Kualitas					
Tujuan	Mengoptimalkan kerja fasilitas untuk keselamatan pasien					
Definisi Operasional	Melakukan pemeliharaan secara berkala untuk semua fasilitas yang ada di RS, baik yang langsung ke pasien maupun yang tidak					
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan					
Periode Analisa	1 tahun					
Numerator	Jumlah fasilitas yang dilakukan pemeliharaan berkala, baik yang langsung ke pasien maupun yang tidak					
Denominator	Jumlah fasilitas , baik yang langsung ke pasien maupun yang tidak					
Formula	$\frac{\text{Jumlah fasilitas yang dilakukan pemeliharaan berkala, baik yang langsung ke pasien maupun yang tidak}}{\text{Jumlah fasilitas , baik yang langsung ke pasien maupun yang tidak}} \times 100\%$					
Standar	75%					
Sumber Data	IPSRs					
Standar/ Target	2015	2016	2017	2018	2019	
	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	
PIC	Direktur Umum dan Operasional					

49. % Tingkat Keandalan Sarpras	
Perspektif	Pengembangan SDM & Organisasi
Sasaran Strategis	Terwujudnya fasilitas yang memenuhi standar
Judul Indikator	% Tingkat Keandalan Sarpras
Dimensi mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien

Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik										
Definisi Operasional	<p>Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.</p> <p>A. Ketersediaan (availability) : Ke, adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi</p> <p>B. Kinerja (performance) : Ki, adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat</p> <p>C. Kualitas (quality) : Ku, adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut</p> <p>Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya</p>										
Frekuensi pengumpulan data	Tahunan										
Periode Analisa	Bulanan										
Inklusi	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta										
Eksklusi	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta										
Formula	$OEE = (K_a \times K_i \times K_u) \times 100\%$										
Standar	2015 --> 80 % 2016 --> 80 % 2017 --> 85% 2018 --> 90 % 2019 --> 100 %										
Sumber Data	Rekam Medik										
Kriteria Penilaian	<table> <tr> <td>$OEE \geq 80\%$</td><td>2</td></tr> <tr> <td>$70\% \leq OEE < 80\%$</td><td>1.5</td></tr> <tr> <td>$60\% \leq OEE < 70\%$</td><td>1</td></tr> <tr> <td>$50\% \leq OEE < 60\%$</td><td>0.5</td></tr> <tr> <td>$OEE < 50\%$</td><td>0</td></tr> </table>	$OEE \geq 80\%$	2	$70\% \leq OEE < 80\%$	1.5	$60\% \leq OEE < 70\%$	1	$50\% \leq OEE < 60\%$	0.5	$OEE < 50\%$	0
$OEE \geq 80\%$	2										
$70\% \leq OEE < 80\%$	1.5										
$60\% \leq OEE < 70\%$	1										
$50\% \leq OEE < 60\%$	0.5										
$OEE < 50\%$	0										
PIC	Direktur Umum dan Operasional										
Referensi	Kamus Indikator Kinerja BLU 2016 Terakhir										

50. Tingkat Penilaian Proper	
Perspektif	Pengembangan SDM dan Organisasi
Sasaran Strategis	Terwujudnya fasilitas yang memenuhi standar
Judul Indikator	Tingkat Penilaian Proper
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit
Definisi Operasional	<p>Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.</p>

Sasaran Strategis	Tercapainya efisiensi usaha																								
Judul Indikator	Rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO)																								
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas																								
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBPN dan APBN yang efektif dan efisien.																								
Definisi Operasional	<p>Pendapatan PNBPN merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</p> <p>Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.</p>																								
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan																								
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulasi)																								
Numerator	Pendapatan PNBPN																								
Denominator	Biaya Operasional																								
Formula	Pendapatan PNBPN / Biaya Operasional x 100%																								
Standar	65%																								
Sumber Data	Laporan Keuangan Akrual BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU																								
Kriteria Penilaian	<table><tr><th>Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (%) (PB)</th><th>Skor</th></tr><tr><td>PB > 65</td><td>100</td></tr><tr><td>57 < PB ≤ 65</td><td>90</td></tr><tr><td>50 < PB ≤ 57</td><td>80</td></tr><tr><td>42 < PB ≤ 50</td><td>70</td></tr><tr><td>35 < PB ≤ 42</td><td>60</td></tr><tr><td>28 < PB ≤ 35</td><td>50</td></tr><tr><td>20 < PB ≤ 28</td><td>40</td></tr><tr><td>12 < PB ≤ 20</td><td>30</td></tr><tr><td>4 < PB ≤ 12</td><td>20</td></tr><tr><td>0 ≤ PB ≤ 4</td><td>0</td></tr></table>			Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (%) (PB)	Skor	PB > 65	100	57 < PB ≤ 65	90	50 < PB ≤ 57	80	42 < PB ≤ 50	70	35 < PB ≤ 42	60	28 < PB ≤ 35	50	20 < PB ≤ 28	40	12 < PB ≤ 20	30	4 < PB ≤ 12	20	0 ≤ PB ≤ 4	0
Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (%) (PB)	Skor																								
PB > 65	100																								
57 < PB ≤ 65	90																								
50 < PB ≤ 57	80																								
42 < PB ≤ 50	70																								
35 < PB ≤ 42	60																								
28 < PB ≤ 35	50																								
20 < PB ≤ 28	40																								
12 < PB ≤ 20	30																								
4 < PB ≤ 12	20																								
0 ≤ PB ≤ 4	0																								
PIC	Direktur Keuangan																								
Referensi	(Perubahan) Kepdirjen Yankes No.HK.02.03.I.2630.2016 Tentang IKI Tahun 2016																								