



# KEMENTERIAN KESEHATAN RI

## DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

Jalan H. R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Kotak Pos 3097, 1196 Jakarta 12950

Telepon : (021) 5201590 (Hunting) Faksimile : (021) 52611814, 5203872

### KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

#### KEMENTERIAN KESEHATAN RI

NOMOR : HK.02.03/I/2630/2016

#### TENTANG

#### PERUBAHAN KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

#### KEMENTERIAN KESEHATAN RI

NOMOR : HK.02.03/II/0173/2016

#### TENTANG

#### PEDOMAN TEKNIS PENILAIAN INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) TAHUN 2016

#### DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM / KHUSUS DAN KEPALA BALAI

#### DI LINGKUNGAN DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

#### KEMENTERIAN KESEHATAN RI

#### DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

#### KEMENTERIAN KESEHATAN RI

- Menimbang :**
- a) bahwa dalam rangka menilai kinerja pemimpin pada satuan kerja perlu dilakukan pengukuran capaian kinerja yang menggambarkan hasil atas kegiatan pada periode tertentu yang dicapai oleh satuan kerja yang dipimpinnya dengan melihat peningkatan kinerja pelayanan dan kinerja keuangan;
  - b) bahwa dalam melakukan penilaian kinerja pimpinan satuan kerja perlu disusun pedoman penilaian kinerja pimpinan satuan kerja Badan Layanan Umum;
  - c) bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standart yang ditetapkan dan perlu dijaga kualitas mutu pelayanan;
  - d) bahwa berdasarkan hasil pertemuan Workshop IKI/IKT dan Pelaporan IKI/IKT melalui e-Kinerja di Hotel Padjadjaran Suites dan di Hotel Nexa Bandung serta pertemuan Evaluasi dan Pelaporan IKI dan IKT Triwulan I dan II (Semester I) Tahun 2016 di Hotel Aryaduta Bandung;
  - e) bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d, perlu penetapan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

- Mengingat :**
- 1) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);



# KEMENTERIAN KESEHATAN RI

## DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

Jalan H. R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Kotak Pos 3097, 1196 Jakarta 12950

Telepon : (021) 5201590 (Hunting) Faksimile : (021) 52611814, 5203872

- 2) Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 61, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4846);
- 3) Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
- 4) Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- 5) Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
- 6) Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3537);
- 7) Peraturan Presiden Nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 80);
- 8) Peraturan Pemerintah Nomor 74 tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
- 9) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standart Pelayanan Minimal;
- 9) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medik;
- 10) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 64 tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;
- 11) Keputusan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor KEP-301/PB/2015 Metode Penilaian Permohonan Persetujuan Pemberian Insentif Kinerja Atas Kelebihan Capaian Key Performance Indicator Pemimpin Badan Layanan Umum di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

### MEMUTUSKAN

**Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN TENTANG PEDOMAN TEKNIS PENILAIAN INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) TAHUN 2016 DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM / KHUSUS DAN KEPALA BALAI DI LINGKUNGAN DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN RI**





# KEMENTERIAN KESEHATAN RI

## DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

Jalan H. R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Kotak Pos 3097, 1196 Jakarta 12950

Telepon : (021) 5201590 (Hunting) Faksimile : (021) 52611814, 5203872

- KESATU** : Pedoman Teknis Penilaian Kinerja Individu Direktur Utama Rumah Sakit Umum / Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tercantum dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dalam lampiran keputusan ini.
- KEDUA** : Penilaian Kinerja Individu Direktur Utama Rumah Sakit Umum / Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dibagi menjadi :
- a. Pelayanan Medis  
Pelayanan Medis terdiri dari indikator-indikator yang menggambarkan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan kompetensi medis dan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan pengelolaan administrasi di rumah sakit.
  - b. Pelayanan Keuangan  
Pelayanan Keuangan adalah indikator yang menggambarkan terselenggaranya pelayanan keuangan dengan pemanfaatan anggaran PNBPN yang efektif dan efisien.
- KETIGA** : Keputusan Direktur Jenderal ini mengatur mengenai Pedoman Penilaian Kinerja Rumah Sakit meliputi Rumah Sakit Umum/Khusus, Balai Kesehatan serta Laboratorium Kesehatan yang dibawah Kementerian Kesehatan RI
- KEEMPAT** : Tata Cara Penilaian Kinerja Individu Direktur Utama Rumah Sakit dan Kepala Balai dikelompokkan sesuai dengan karakteristik atau kekhususan pelayanan kesehatan disetiap rumah sakit dan balai kesehatan dibawah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- KELIMA** : Pada saat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan ini berlaku, Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/I/0173/2016 Tahun 2016 tanggal 26 Februari 2016 tentang Pedoman Teknis Penilaian Kinerja Individu (IKI) Tahun 2016 Direktur Utama Rumah Sakit Umum / Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- KEENAM** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapannya.

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 29 Agustus 2016

DIREKTUR JENDERAL,



BAMBANG WIBOWO

LAMPIRAN I  
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL  
PELAYANAN KESEHATAN  
Nomor : HK.02.03/I/2630/2016  
Tanggal : 29 Agustus 2016

**PERUBAHAN KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR : HK.02.03/I/0173/2016**

**TENTANG  
PEDOMAN TEKNIS PENILAIAN INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) TAHUN 2016  
DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM / KHUSUS DAN KEPALA BALAI  
DI LINGKUNGAN DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI**

**BAB I  
PENDAHULUAN**

**A. Latar Belakang**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit, yang dimaksud dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap dan, rawat jalan dan gawat darurat. Berdasarkan hal tersebut diatas pelayanan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks, karena didalamnya terdapat berbagai jenis tenaga kesehatan dengan kompetensi keilmuan yang beranekaragam serta ditambah dengan pesatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan saat ini.

Selain rumah sakit, saat ini juga terdapat institusi pelayanan kesehatan masyarakat yang lain yaitu Balai Kesehatan Masyarakat, menurut Keputusan Menteri Kesehatan pengertian dari Balai Kesehatan Masyarakat adalah Unit Pelaksana Teknis yang menyelenggarakan upaya kesehatan strata dua, untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat tertentu secara terintegrasi dan menyeluruh di suatu wilayah kerja. Sekarang ini balai kesehatan masyarakat ini mempunyai kemampuan dibidang Promotif, Preventif serta kuratif.

Kementerian Kesehatan saat ini telah mempunyai Unit Pelaksana Teknis berupa Rumah Sakit Sebanyak 34 RS, 13 Balai Kesehatan Masyarakat dan 2 Loka, dimana 32 RS dan 8 Balai Kesehatan Masyarakat sudah menjadi Badan Layanan Umum (BLU). Rumah sakit dan balai kesehatan harus senantiasa menjaga kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat, sehingga masyarakat akan mendapatkan pelayanan yang maksimal.

Rumah sakit dan balai kesehatan masyarakat sebagai institusi pelayanan kesehatan, peran manajemen rumah sakit sangat penting untuk menjaga sustainabilitas pelayanan yang bermutu dan berorientasi kepada pasien. Manajemen rumah sakit harus melakukan penataan di rumah sakit terutama di unit-unit pelayanan atau instalasi serta administrasi yang ada di rumah sakit. Manajemen rumah sakit harus mendorong semua pihak terkait

yang ada di rumah sakit untuk membuat standar-standar pelayanan masing-masing rumah sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Untuk menjaga stabilitas mutu pelayanan di rumah sakit, manajemen rumah sakit sebaiknya melakukan monitoring dan kemudian dilakukan evaluasi secara periodik dengan menggunakan instrumen yang telah disusun sebelumnya.

## **B. Maksud dan Tujuan**

Pedoman Penilaian Kinerja Direktur Utama dan Kepala Balai ini disusun untuk digunakan sebagai dasar penilaian kinerja individu direktur utama rumah sakit dan balai dalam mengelola rumah sakit, yang akan dijadikan dasar pembayaran besaran remunerasi yang akan diberikan. Dalam Pedoman ini dijelaskan mengenai tatacara penghitungan dan indikator-indikator yang digunakan untuk melakukan penilaian kinerja direktur utama dan kepala balai.

## **BAB II**

### **KETENTUAN UMUM**

Dalam Keputusan ini yang dimaksud dengan :

1. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap dan, rawat jalan dan gawat darurat.
2. Mutu Pelayanan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain dalam pelaksanaan pelayanannya harus sesuai dengan standar operasional yang telah ditetapkan.
3. Pelayanan Medis adalah Pelayanan yang terdiri dari indikator-indikator yang menggambarkan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan kompetensi medis dan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan pengelolaan administrasi di rumah sakit.
4. Pelayanan Keuangan adalah indikator yang menggambarkan terselenggaranya pelayanan keuangan dengan pemanfaatan anggaran PNBK yang efektif dan efisien.
5. Kategori Indikator merupakan kelompok besar dari kumpulan beberapa indikator yang mempunyai kategori yang sama
6. Perspektif merupakan suatu sudut pandang terhadap sesuatu hal atau masalah tertentu dalam hal ini perspektif mengenai indikator-indikator yang akan dinilai
7. Sasaran Strategis adalah sasaran yang didefinisikan secara luas yang harus dicapai agar sebuah strategi berhasil
8. Dimensi Mutu suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan, keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar.

9. Tujuan adalah sesuatu objek yang akan dicapai dengan melakukan penilaian terhadap indikator terkait
10. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
11. Indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi suatu keadaan dan dimungkinkan untuk dilakukan pengukuran baik secara kualitatif maupun kuantitatif dengan menggunakan standar penilaian yang telah ditentukan sebelumnya.
12. Definisi Operasional adalah penjelasan mengenai pengertian indikator yang akan dilakukan penilaian sehingga mempunyai batasan yang jelas dan terukur.
13. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi waktu yang ditentukan untuk mengambil data dari sumber data untuk setiap indikator.
14. Numerator (Pembilang) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator.
15. Denominator (Penyebut) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator.
16. Inklusi adalah batasan yang termasuk dalam cakupan pengukuran indikator
17. Eklusi adalah batasan yang tidak termasuk dalam cakupan pengukuran indikator
18. Formula adalah rumus untuk menghasilkan nilai dari indikator
19. Sumber data adalah sumber atau tempat dimana sampel atau keseluruhan data yang akan digunakan untuk melakukan pengukuran
20. Standar merupakan nilai yang telah disepakati dan ditetapkan berkaitan dengan keadaan yang akan dilakukan penilaian.
21. Kriteria Penilaian adalah penentuan skor berdasarkan hasil yang didapat sesuai dengan definisi operasional.
22. PIC (*Person In Charge*) adalah petugas atau bagian yang bertanggung jawab terhadap data yang berkaitan dengan indikator yang akan dinilai.
23. Referensi adalah rujukan dalam menentukan kamus indikator.

### **BAB III**

#### **RUANG LINGKUP**

Pedoman Kinerja Direktur Utama dan Kepala Balai mengatur mengenai pedoman penilaian kinerja terhadap Direktur Utama Rumah Sakit dan Kepala Balai di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

### **BAB IV**

#### **PRINSIP PENILAIAN KINERJA**

- (1) Mengacu pada standar internasional baik dalam segi mutu dan keamanan pasien, maka Penilaian Kinerja Direktur Utama Rumah Sakit dan Kepala Balai di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada aspek pelayanan terbagi menjadi 2 (dua) yaitu Pelayanan Medik dan Pelayanan Keuangan.

(2) Pengelompokan Rumah Sakit dan balai dalam penilaian ini adalah sebagai berikut :

1. RS UMUM
2. RS JIWA
3. RS PARU
4. RS KUSTA
5. RS ORTHOPEDI
6. RS MATA
7. RS ANAK & BUNDA HARAPAN KITA
8. RS JANTUNG & PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA
9. RS KANKER DHARMAIS
10. RS STROKE NASIONAL BUKITTINGGI
11. RSPI SULIANTI SAROSO
12. BALAI BESAR KESEHATAN PARU MASYARAKAT (BBKPM)
13. BALAI LABORATORIUM KESEHATAN (BBLK)
14. BALAI KESEHATAN MATA MASYARAKAT (BKMM)

(3) Penilaian dilakukan berdasarkan data/hasil perhitungan pelayanan dan keuangan rumah sakit maupun balai di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, yang menggunakan alat ukur berupa indikator kinerja yang sesuai dengan pengelompokan diatas.

(4) Hasil penilaian kinerja Direktur Utama Rumah Sakit dan Kepala Balai di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, perlu mendapatkan persetujuan dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan format terlampir beserta berkas pendukungnya.

(5) Untuk indikator yang nilainya dihitung persemester maka untuk hasil triwulan I dan triwulan III adalah hasil maksimal (=100).

(6) Hasil penilaian kinerja ditentukan berdasarkan Total Skor (TS) yang merupakan penjumlahan skor yang telah dikalikan dengan masing-masing bobot dari seluruh indikator baik di pelayanan medis maupun pelayanan keuangan, dengan nilai maksimum 100 (seratus). Total Skor selanjutnya dikonversi dengan nilai IKI sesuai dengan tabel berikut.

**Tabel Konversi**

Total Skor	Nilai IKI
95 sd 100	2,000
90 sd < 95	1,875
85 sd < 90	1,750
80 sd < 85	1,625
75 sd < 80	1,500
70 sd < 75	1,375
65 sd < 70	1,250
60 sd < 65	1,125
55 sd < 60	1,000
50 sd < 55	0,875
45 sd < 50	0,750
40 sd < 45	0,625
35 sd < 40	0,500
30 sd < 35	0,375
25 sd < 30	0,250
20 sd < 25	0,125
< 20	0

**BAB VI**  
**PENUTUP**

Dengan disusunnya Pedoman Teknis Penilaian Kinerja Direktur Utama Rumah Sakit dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, diharapkan dapat menjadi acuan pelaksanaan pengukuran dan penilaian kinerja bagi pengelola Rumah Sakit maupun Balai.



Indikator Kinerja Individu Direktur Utama RS dan Kepala Balai  
Daftar Indikator Beserta Bobot

1. RS UMUM

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	0,05
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,05
	3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	0,05
	4	Penerapan Keselamatan Operasi	0,05
Pengendalian Infeksi di RS	5	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0,075
	6	Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	0,075
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	0,05
Capaian Indikator Medik	8	Waktu lapor Hasil Test Kritis Laboratorium	0,05
	9	Kematian Pasien di IGD	0,05
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	0,08
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Response Time 2 (ERT)	0,02
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,05
	14	Waktu Tunggu Operasi Efektif (WTE)	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	0,05
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	0,02
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1

2. RS JIWA / RSKO

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Kepatuhan thd Standart	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	0,05
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,05
	3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	0,05
	4	Cedera/Trauma Fisik Akibat Fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	0,05
	5	Penerapan Keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	0,07
Pengendalian Infeksi di RS	6	Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	0,05
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	0,04
Capaian Indikator Medik	8	Tidak Adanya Pasien Yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam di UPIP	0,07
	9	Tidak Adanya Kejadian Pasien Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	0,07
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	0,08
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	0,02
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,05
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	0,05
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	0,02
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1

3. RS PARU

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Kepatuhan thd Standart	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	0,05
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,05
	3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	0,05
	4	Penerapan Keselamatan Operasi	0,05
Pengendalian Infeksi di RS	5	Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	0,05
	6	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	0,07
Capaian Indikator Medik	7	Persentase Capaian Indikator Penyakit Asma	0,07
	8	Penanganan PPOK	0,07
	9	Kematian Pasien di IGD	0,04
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	0,08
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi	0,02
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,05
	14	Waktu Tunggu Operasi Efektif (WTE)	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	0,05
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	0,02
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1

4. RS KUSTA

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Kepatuhan thd Standart	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	0,05
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,05
	3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	0,05
	4	Penerapan Keselamatan Operasi	0,05
Pengendalian Infeksi di RS	5	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0,05
	6	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	0,07
Capaian Indikator Medik	7	Jumlah Pasien Kusta Yang Akan di Operasi Rekonstruksi	0,04
	8	Prosentase Kesembuhan Pasien Reaksi Kusta	0,07
	9	Kematian Pasien di IGD	0,07
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	0,08
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Pemeriksaan POD (Prevention Of Disability)	0,02
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,05
	14	Waktu Tunggu Penanganan Luka Sepsis Pasien Kusta	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	0,05
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	0,02
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1

5. RS ORTHOPEDI

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Kepatuhan thd Standart	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	0,05
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,05
	3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	0,05
	4	Penerapan Keselamatan Operasi	0,05
Pengendalian Infeksi di RS	5	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0,05
	6	Ventilator Associated pneumonia ( VAP )	0,05
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	0,05
	8	Dekubitus	0,07
Capaian Indikator Medik	9	Pemberian Pencegahan VTE pada Pasien Hip atau Knee Arthroplasty	0,08
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	0,08
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Response Time 2 (ERT)	0,02
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,05
	14	Waktu Tunggu Operasi Efektif (WTE)	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	0,05
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	0,02
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1

6. RS MATA

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Kepatuhan thd Standart	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	0,05
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,05
	3	Penerapan Keselamatan Operasi	0,05
	4	Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi	0,05
Pengendalian Infeksi di RS	5	Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Glaukoma	0,05
	6	Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah katarak	0,05
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	0,05
Capaian Indikator Medik	8	Tingkat Kebutaan di IGD	0,08
	9	Attachment Retina Post Operasi VPP	0,07
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	0,06
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,06
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Response Time 2 (ERT 2)	0,04
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,05
	14	Waktu Tunggu Operasi Efektif (WTE)	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	0,04
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	0,05
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1

7. RS ANAK & BUNDA HARAPAN KITA

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Kepatuhan thd Standart	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	0,04
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,06
	3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	0,05
Pengendalian Infeksi di RS	4	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0,05
	5	Ventilator Associated pneumonia (VAP)	0,05
Capaian Indikator Medik	6	Kejadian Kematian Ibu Saat Persalinan Karena Perdarahan	0,06
	7	Kejadian Kematian Ibu Saat Persalinan Karena Sepsis	0,06
	8	Kemampuan Menangani BBLSR < 1500 gr	0,06
	9	Tindakan Operasi di Ruang NICU	0,06
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	0,08
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Response Time 2 (ERT)	0,03
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,05
	14	Waktu Tunggu Operasi Efektif (WTE)	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	0,05
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	0,02
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1

8. RS JANTUNG & PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Kepatuhan thd Standart	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	0,05
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,05
	3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	0,05
	4	Penerapan Keselamatan Operasi	0,05
Pengendalian Infeksi di RS	5	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0,075
	6	Ventilator Associated pneumonia (VAP)	0,075
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	0,05
Capaian Indikator Medik	8	Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium	0,05
	9	Kematian Pasien di IGD	0,05
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	0,08
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Rerata Door To Balloon Time	0,02
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,05
	14	Waktu Tunggu Operasi Efektif (WTE)	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	0,05
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	0,02
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1

9. RS KANKER DHARMAIS

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Kepatuhan thd Standart	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	0,05
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,05
	3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	0,05
	4	Penerapan Keselamatan Operasi	0,05
Pengendalian Infeksi di RS	5	Ventilator Associated pneumonia (VAP)	0,05
	6	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	0,05
	7	Dekubitus	0,05
Capaian Indikator Medik	8	Persentase Angka Kejadian Extravasasi Pasien dengan Pemberian Kemoterapi Intravena	0,075
	9	Prosentase Jumlah Kasus Kanker Servik yang di Diskusikan oleh Tim Multidisiplin Sebelum Pengobatan Definitif.	0,075
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	0,08
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Response Time kedaruratan onkologi (ERT)	0,02
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,05
	14	Waktu Tunggu Operasi Efektif (WTE)	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium Leukemia Phenotyping (WTLP)	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	0,05
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	0,02
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1

10. RS STROKE BUKITTINGGI

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Kepatuhan thd Standart	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	0,05
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,05
	3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	0,05
	4	Penerapan Keselamatan Operasi	0,05
Pengendalian Infeksi di RS	5	Ventilator Associated pneumonia (VAP)	0,05
	6	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	0,05
	7	Decubitus	0,07
Capaian Indikator Medik	8	Pemberian Anti Platelet < 48 Jam Pada Pasien Stroke Iskemik	0,08
	9	Kematian Pasien di IGD	0,05
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	0,08
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Pemeriksaan CT Scan Kepala pada Pasien Stroke < 1 Jam	0,02
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,05
	14	Waktu Tunggu Operasi Efektif (WTE)	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	0,05
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	0,02
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1



11. RSPI SULIANTI SAROSO

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Kepatuhan thd Standar	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	0,05
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,05
	3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	0,05
	4	Penerapan Keselamatan Operasi	0,05
Pengendalian Infeksi di RS	5	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0,075
	6	Ventilator Associated pneumonia (VAP)	0,075
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	0,05
Capaian Indikator Medik	8	Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium	0,05
	9	Kematian Pasien di IGD	0,05
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	0,08
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Response Time 2 (ERT)	0,02
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,05
	14	Waktu Tunggu Operasi Efektif (WTE)	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	0,05
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	0,02
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1

12. BALAI BESAR KESEHATAN PARU MASYARAKAT (BBKPM)

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Kepatuhan thd standart	1	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,05
	2	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	0,05
Pengendalian Infeksi di RS	3	Hospital Acquired pneumoniae (HAP)	0,05
Capaian Indikator Medik	4	Persentase Capaian Indikator Penyakit TB	0,08
	5	Persentase Capaian Indikator Penyakit Asma	0,08
	6	Persentase Capaian Indikator Penyakit PPOK	0,08
Promotif & Preventif	7	Persentase Pasien TB Beresiko TB-HIV yang dikonseling	0,08
Akreditasi	8	Ketepatan Identifikasi Pasien	0,06
Kepuasan Pelangan	9	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	10	Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi	0,02
	11	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,0625
	12	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	0,0625
	13	Waktu Tunnggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	0,0625
	14	Waktu Tunnggu Pelayanan Obat Jadi (WTOJ)	0,0625
	15	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	0,02
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	16	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1

13. BALAI LABORATORIUM KESEHATAN (BBLK)

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Prosedur Penanganan Sampel Uji	1	Kegagalan Pengambilan Sampel Uji (KS)	0,09
	2	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	0,08
	3	Kecepatan Pendistribusian Sampel	0,08
Pengendalian Mutu	4	Cakupan Kegiatan Pemantapan Mutu Internal	0,06
	5	Tingkat Kepesertaan Penyelenggaraan PME	0,06
	6	Angka kejadian kecelakaan kerja pada petugas di laboratorium	0,08
Kepuasan Pelanggan	7	Komplain yang ditindaklanjuti	0,09
Ketepatan Waktu Pelayanan	8	Waktu Tunggu Pelayanan	0,06
	9	Waktu Layanan Pemeriksaan Bidang Mikrobiologi	0,05
	10	Waktu Layanan Pemeriksaan Bidang Patologi Klinik	0,05
	11	Waktu Layanan Pemeriksaan Bidang Imunologi	0,05
	12	Waktu Layanan Pemeriksaan Bidang Kimia Kesehatan	0,05
Temuan yang ditindaklanjuti	13	% Temuan Ketidakterersediaan Media dan Reagensia yang Ditindaklanjuti	0,05
Tingkat kehandalan sumber daya	14	Utilisasi Alat Laboratorium Canggih	0,05
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	15	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1

14. BALAI KESEHATAN MATA MASYARAKAT (BKMM)

KATEGORI	No	JUDUL INDIKATOR	BOBOT
PELAYANAN MEDIS			
Kepatuhan thd standart	1	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,05
	2	Penerapan Keselamatan Operasi	0,05
	3	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi	0,05
Pengendalian Infeksi di RS	4	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0,05
	5	Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Glaukoma	0,075
	6	Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	0,075
Capaian Indikator Medik	7	Tingkat Pencegahan Kebutaan di IGD	0,1
Promotif & Preventif	8	Insiden Katarak	0,05
	9	Insiden Glaukoma	0,05
	10	Jumlah Operasi Katarak (Surgical Cataract Rate)	0,05
Kepuasan Pelangan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,05
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Response Time 2 (ERT)	0,05
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,05
	14	Waktu Tunggu Pelayanan USG Mata (WTPR)	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	0,05
PELAYANAN KEUANGAN			
Keuangan	17	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	0,1

# **INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) RS UMUM**

# PELAYANAN MEDIS

## Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik ( <i>good clinical governance</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	<p>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.</p>
Definisi operasional	<p>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> <p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dilakukan <b>audit clinical pathway</b> berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).</li> <li>2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis</li> </ol> <p>Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.</p> <p>Clinical pathway harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir.</p> <p>Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap tiga bulan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Eksklusi	Kasus dengan varian tambahan
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"> <li>1. Ada 5 CP → 100</li> <li>2. Ada 4 CP → 80</li> <li>3. Ada 3 CP → 60</li> <li>4. Ada 2 CP → 40</li> <li>5. Ada 1 CP → 20</li> <li>6. Tidak ada CP → 0</li> </ol> <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Apabila dalam uji petik ditemukan pengisian CP yang tidak lengkap dalam dokumen rekam medik, maka akan menjadi faktor pengurang nilai yang diperoleh / dilaporkan.</li> <li>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.</li> </ol>
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik

Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pembedahan di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan
Definisi operasional	<p>Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tahapan Sign-in dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi</li><li>2. Tahapan Time-out dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li><li>3. Tahapan Sign-out dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li></ol> <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
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	$\frac{\text{(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu)}}{\text{Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb}} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25 Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 70% $\leq$ Hasil < 80% $\rightarrow$ skor = 75 60% $\leq$ Hasil < 70% $\rightarrow$ skor = 50 50% $\leq$ Hasil < 60% $\rightarrow$ skor = 25 Hasil < 50 $\rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

Prosentase Kejadian Pasien Jatuh

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 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 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 Humpty Dumpty 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 re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 3 %
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 3 % → skor = 100 3% < Hasil ≤ 9 % → skor = 75 9% < Hasil ≤ 14 % → skor = 50 14% < Hasil ≤ 20 % → skor = 25 hasil > 20 % → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Boushon, et.al., How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, 2012

Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
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> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,</li><li>2. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,</li><li>3. 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</li><li>4. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi</li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 2 % → skor = 100 2% &lt; Hasil ≤ 3% → skor = 75 3% &lt; Hasil ≤ 4% → skor = 50 4% &lt; Hasil ≤ 5% → skor = 25 Hasil &gt; 5 % → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. CDC NHSN, Maret 2011</li><li>2. buku pedoman PPI th 2011</li><li>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</li><li>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</li></ol>

Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Definisi Operasional	<p>Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik &gt; 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"><li>• Demam (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) tanpa ditemui penyebab lainnya.</li><li>• Leukopenia (<math>&lt; 4.000\text{ WBC/mm}^3</math>) atau Leukositosis (<math>\geq 12.000\text{ SDP/mm}^3</math>).</li><li>• Untuk penderita berumur <math>\geq 70</math> tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.</li></ul> <p>Minimal disertai 2 dari tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.</li><li>• Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.</li><li>• Ronki basah atau suara napas bronchial.</li><li>• Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi <math>\text{O}_2</math> (<math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240</math>), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.</li></ul> <p>Dasar diagnosis :</p> <p>Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan &gt; 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatocoles pada bayi berumur &lt; 1 tahun</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	$(\text{Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator}) \times 1000$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 5,8\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil <math>\leq 5.8\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 100</p> <p><math>5,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 8,3\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 75</p> <p><math>8,3\% &lt; \text{Hasil} \leq 10,8\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 50</p> <p><math>10,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 13,6\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 25</p> <p>Hasil <math>&gt; 13,6\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
Pic	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>1. CDC NHSN, Maret 2011</p> <p>2. buku pedoman PPI th 2011</p> <p>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</p> <p>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</p>



Ketepatan Identifikasi Pasien

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Identifikasi Pasien
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk dengan cara yang dapat dipercaya/ <i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut .
Definisi Operasional	<p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan <i>barcode</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p> <p>Ketepatan Identifikasi Pasien difokuskan pada kelengkapan identitas pasien dengan barcode atau cara lain pada produk – produk layanan yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama RS.</p> <p>Direktur Rumah Sakit menetapkan produk layanan yang akan diberikan barcode identitas atau cara lain.</p> <p>Cara lain yang dimaksud adalah penulisan identitas masih secara manual, tetapi harus jelas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur Total Sampling Kelengkapan Identifikasi Pasien dengan Barcode atau cara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nama Pasien</li><li>2. Nomor Identitas Pasien menggunakan Nomer Rekam Medik</li><li>3. Tanggal Lahir</li></ol> <p>Barcode atau cara lain terdiri minimal 2 variabel dari 3 variabel</p> <p>Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dikurangi</b> jumlah seluruh produk layanan yang tidak diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dibagi</b> Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>X</b> 100 %</p>
Eksklusi	Pasien dalam fase akut psikiatri (gaduh gelisah)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik / Unit Layanan
Standar	100
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan laboratorium rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	<p>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 mengirim (lisan atau tulisan).</p> <p>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</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 Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium</li><li>• Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita</li></ul>
Frekuensi Pengumpulan Data	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 RED Category Condition
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	(Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit dibagi jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis) X 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik
Standar	100%
Kriteria Penilaian	Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil < 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil < 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil < 80% → skor = 25 Hasil < 70% → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Kematian Pasien di IGD

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawat daruratan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang ditangani di IGD
Definisi operasional	Kematian pasien di IGD adalah kematian pasien yang terjadi dalam periode $\leq 8$ jam sejak pasien datang ke IGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	jumlah pasien meninggal di IGD $\leq 8$ jam sejak datang
Denominator	jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD
Inklusi	Pasien yang meninggal di IGD $\leq 8$ Jam
Eksklusi	Pasien DOA (Death On Arrival)
Formula	$(\text{Jumlah pasien meninggal di IGD} \leq 8 \text{ jam dibagi Jumlah seluruh pasien di IGD}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 2.5 \%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 2,5\% \rightarrow$ skor = 100 $2,5\% < \text{Hasil} \leq 3\% \rightarrow$ skor = 75 $3\% < \text{Hasil} \leq 3,5\% \rightarrow$ skor = 50 $3,5\% < \text{Hasil} \leq 4\% \rightarrow$ skor = 25 $\text{Hasil} > 4\% \rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

## Cuci Tangan (Hand Hygiene)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Pencegahan dan pengendalian infeksi untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<p>Penilaian ini berdasarkan dilakukan atau tidaknya cuci tangan dalam <i>five moments for hand hygiene</i> (lima momen cuci tangan) yang ditetapkan oleh WHO. Lima momen tersebut adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebelum bersentuhan dengan pasien</li> <li>2. Sebelum melakukan prosedur bersih/steril</li> <li>3. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien risiko tinggi</li> <li>4. Setelah bersentuhan dengan pasien</li> <li>5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien</li> </ol> <p>Ada enam langkah hand hygiene yang telah ditetapkan oleh WHO. Langkah-langkah tersebut dimulai dengan meratakan sabun dengan menggosokkan pada kedua telapak tangan. Kemudian menggosok punggung tangan dan sela-sela jari, menggosok kedua telapak dan sela-sela jari kedua tangan, menggosok kedua punggung tangan dengan posisi kedua tangan saling mengunci, menggosok ibu jari kiri dengan diputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya. Terakhir mengusap ujung kuku tangan kanan dengan diputar di telapak tangan kiri dan sebaliknya, kemudian bilas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur dokumen :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada Kebijakan</li> <li>2. Ada SOP</li> <li>3. Dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi</li> </ol>
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Ada Kebijakan, ada SOP, dan dilaksanakan sesuai dengan SOP
Kriteria Penilaian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi = 100</li> <li>2. Ada kebijakan, ada SOP dilaksanakan sesuai SOP dan tidak dievaluasi = 75</li> <li>3. Ada Kebijakan, ada SOP tidak dilaksanakan sesuai dengan SOP dan tidak dievaluasi = 50</li> <li>4. Tidak ada kebijakan, tidak ada SOP, dilaksanakan = 25</li> </ol>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%



Kriteria Penilaian	<p>KRK (%) :</p> <p>75 &lt; KRK ≤ 100 % → skor = 100</p> <p>50 &lt; KRK ≤ 75 % → skor = 75</p> <p>25 &lt; KRK ≤ 50 % → skor = 50</p> <p>KRK &lt; 25 % → skor = 25</p>
PIC	Direktur Umum

Emergency Respon Time 2 (ERT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Respon Time 2 (ERT 2) 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
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	<div>a. Operasi cito yang membutuhkan puasa &gt; 2 jam sejak diputuskan harus operasi</div> <div>b. Menunggu persetujuan keluarga</div> <div>c. Tidak adanya kamar perawat post operasi</div>
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Kamar Operasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) / IBS Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 120 menit
Kriteria Penilaian	<div>ERT (menit) :</div> <div>ERT ≤ 120 → skor = 100</div> <div>120 &lt; ERT ≤ 240 → skor = 75</div> <div>240 &lt; ERT ≤ 360 → skor = 50</div> <div>360 &lt; ERT ≤ 480 → skor = 25</div> <div>ERT &gt; 480 → skor = 0</div>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah waktu sejak pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien rawat jalan}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 60 Menit
Kriteria Penilaian	WTRJ (menit) :  WTRJ ≤ 60 → skor = 100 60 < WTRJ ≤ 80 → skor = 75 80 < WTRJ ≤ 100 → skor = 50 100 < WTRJ ≤ 120 → skor = 25 WTRJ > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 48 jam
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :  WTE ≤ 48 → skor = 100 48 < WTE ≤ 72 → skor = 75 72 < WTE ≤ 96 → skor = 50 96 < WTE ≤ 120 → skor = 25 WTE > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu mulai pasien mendaftar di loket radiologi sampai dengan keluar hasil ekspertise}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan radiologi konvensional}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Radiologi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 3 Jam
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :  WTPR ≤ 3 → skor = 100 3 < WTPR ≤ 4 → skor = 75 4 < WTPR ≤ 5 → skor = 50 5 < WTPR ≤ 6 → skor = 25 WTPR > 6 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Farmasi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :  WTOJ ≤ 30 → skor = 100 30 < WTOJ ≤ 40 → skor = 75 40 < WTOJ ≤ 50 → skor = 50 50 < WTOJ ≤ 60 → skor = 25 WTOJ > 60 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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 <b>dan</b> dikembalikan ke pengelola rekam medik dalam waktu <math>\leq 24</math> jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ 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	$\left( \frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \right) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p>80 &lt; PRM <math>\leq</math> 100 <math>\rightarrow</math> skor = 100 70 &lt; PRM <math>\leq</math> 80 <math>\rightarrow</math> skor = 75 60 &lt; PRM <math>\leq</math> 70 <math>\rightarrow</math> skor = 50 50 &lt; PRM <math>\leq</math> 60 <math>\rightarrow</math> skor = 25 PRM <math>\leq</math> 50 <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan / Direktur Umum

# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial																						
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)																						
Perspektif	Keuangan																						
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN																						
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas																						
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP Dan APBN yang efektif dan efisien.																						
Definisi Operasional	<div> <u>Pendapatan PNBP</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b> </div> <div> <u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b>, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.         </div>																						
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja																						
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)																						
Numerator	Pendapatan PNBP																						
Denominator	Biaya Operasional																						
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%																						
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>																						
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrual</b> BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU																						
Standar	65%																						
Kriteria Penilaian	<table> <tr> <th>Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)</th><th>Skor</th></tr> <tr> <td>PB &gt; 65</td><td>100</td></tr> <tr> <td>57 &lt; PB ≤ 65</td><td>90</td></tr> <tr> <td>50 &lt; PB ≤ 57</td><td>80</td></tr> <tr> <td>42 &lt; PB ≤ 50</td><td>70</td></tr> <tr> <td>35 &lt; PB ≤ 42</td><td>60</td></tr> <tr> <td>28 &lt; PB ≤ 35</td><td>50</td></tr> <tr> <td>20 &lt; PB ≤ 28</td><td>40</td></tr> <tr> <td>12 &lt; PB ≤ 20</td><td>30</td></tr> <tr> <td>4 &lt; PB ≤ 12</td><td>20</td></tr> <tr> <td>0 ≤ PB ≤ 4</td><td>0</td></tr> </table>	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)	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 PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)	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																						



**INDIKATOR KINERJA  
INDIVIDU (IKI)  
RSPI SULIANTI SAROSO**

# PELAYANAN MEDIS

## Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik ( <i>good clinical governance</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum 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	<p>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> <p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <p>1) Dilakukan <b>audit clinical pathway</b> berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).</p> <p>2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis</p> <p>Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.</p> <p>Clinical pathway harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir.</p> <p>Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap tiga bulan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Eksklusi	Kasus dengan varian tambahan
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"> <li>Ada 5 CP → 100</li> <li>Ada 4 CP → 80</li> <li>Ada 3 CP → 60</li> <li>Ada 2 CP → 40</li> <li>Ada 1 CP → 20</li> <li>Tidak ada CP → 0</li> </ol> <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apabila dalam uji petik ditemukan pengisian CP yang tidak lengkap dalam dokumen rekam medik, maka akan menjadi faktor pengurang nilai yang diperoleh / dilaporkan.</li> <li>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.</li> </ol>
Bobot	Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator
Sumber Data	Rekam Medik

Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pembedahan di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan
Definisi operasional	<p>Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tahapan Sign-in dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi</li><li>2. Tahapan Time-out dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li><li>3. Tahapan Sign-out dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li></ol> <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
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	$\frac{\text{(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu)}}{\text{Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb}} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25 Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 70% $\leq$ Hasil < 80% $\rightarrow$ skor = 75 60% $\leq$ Hasil < 70% $\rightarrow$ skor = 50 50% $\leq$ Hasil < 60% $\rightarrow$ skor = 25 Hasil < 50 $\rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

Prosentase Kejadian Pasien Jatuh

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 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 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 Humpty Dumpty untuk pasien anak - anak, dan skala jatuh untuk pasien geriatri. Tujuannya untuk dilakukan intervensi dan monitoring yang intensif terhadap pasien beresiko jatuh dan harus dilakukan re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 3 %
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 3 % → skor = 100 3% < Hasil ≤ 9 % → skor = 75 9% < Hasil ≤ 14 % → skor = 50 14% < Hasil ≤ 20 % → skor = 25 hasil > 20 % → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Boushon, et.al., How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, 2012

Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
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,</p> <p>B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,</p> <p>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> <p>D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 2 % → skor = 100</p> <p>2% &lt; Hasil ≤ 3% → skor = 75</p> <p>3% &lt; Hasil ≤ 4% → skor = 50</p> <p>4% &lt; Hasil ≤ 5% → skor = 25</p> <p>Hasil &gt; 5 % → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>1. CDC NHSN, Maret 2011</p> <p>2. buku pedoman PPI th 2011</p> <p>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</p> <p>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</p>

Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Definisi Operasional	<p>Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik &gt; 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"><li>• Demam (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) tanpa ditemui penyebab lainnya.</li><li>• Leukopenia (<math>&lt; 4.000\text{ WBC/mm}^3</math>) atau Leukositosis (<math>\geq 12.000\text{ SDP/mm}^3</math>).</li><li>• Untuk penderita berumur <math>\geq 70</math> tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.</li></ul> <p>Minimal disertai 2 dari tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.</li><li>• Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.</li><li>• Ronki basah atau suara napas bronchial.</li><li>• Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi <math>\text{O}_2</math> (<math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240</math>), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.</li></ul> <p>Dasar diagnosis :</p> <p>Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan &gt; 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatoceles pada bayi berumur &lt; 1 tahun</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	$(\text{Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator}) \times 1000$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 5,8\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil <math>\leq 5.8\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 100</p> <p><math>5,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 8,3\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 75</p> <p><math>8,3\% &lt; \text{Hasil} \leq 10,8\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 50</p> <p><math>10,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 13,6\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 25</p> <p>Hasil <math>&gt; 13,6\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
Pic	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>1. CDC NHSN, Maret 2011</p> <p>2. buku pedoman PPI th 2011</p> <p>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</p> <p>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</p>



**Ketepatan Identifikasi Pasien**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Identifikasi Pasien
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk dengan cara yang dapat dipercaya/ <i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut .
Definisi Operasional	<p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan <i>barcode</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p> <p>Ketepatan Identifikasi Pasien difokuskan pada kelengkapan identitas pasien dengan barcode atau cara lain pada produk – produk layanan yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama RS.</p> <p>Direktur Rumah Sakit menetapkan produk layanan yang akan diberikan barcode identitas atau cara lain.</p> <p>Cara lain yang dimaksud adalah penulisan identitas masih secara manual, tetapi harus jelas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur Total Sampling Kelengkapan Identifikasi Pasien dengan Barcode atau cara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nama Pasien</li><li>2. Nomor Identitas Pasien menggunakan Nomer Rekam Medik</li><li>3. Tanggal Lahir</li></ol> <p>Barcode atau cara lain terdiri minimal 2 variabel dari 3 variabel</p> <p>Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dikurangi</b> jumlah seluruh produk layanan yang tidak diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dibagi</b> Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>X</b> 100 %</p>
Eksklusi	Pasien dalam fase akut psikiatri (gaduh gelisah)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik / Unit Layanan
Standar	100
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan laboratorium rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	<p>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 mengirim (lisan atau tulisan).</p> <p>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</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 Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium</li><li>• Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita</li></ul>
Frekuensi Pengumpulan Data	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 RED Category Condition
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	(Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit dibagi jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis) X 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100</p> <p>90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75</p> <p>80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50</p> <p>70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25</p> <p>Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Kematian Pasien di IGD

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawat daruratan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang ditangani di IGD
Definisi operasional	Kematian pasien di IGD adalah kematian pasien yang terjadi dalam periode $\leq 8$ jam sejak pasien datang ke IGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	jumlah pasien meninggal di IGD $\leq 8$ jam sejak datang
Denominator	jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD
Inklusi	Pasien yang meninggal di IGD $\leq 8$ Jam
Eksklusi	Pasien DOA (Death On Arrival)
Formula	$(\text{Jumlah pasien meninggal di IGD} \leq 8 \text{ jam dibagi Jumlah seluruh pasien di IGD}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 2.5 \%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 2,5\% \rightarrow$ skor = 100 $2,5\% < \text{Hasil} \leq 3\% \rightarrow$ skor = 75 $3\% < \text{Hasil} \leq 3,5\% \rightarrow$ skor = 50 $3,5\% < \text{Hasil} \leq 4\% \rightarrow$ skor = 25 Hasil $> 4\% \rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

## Cuci Tangan (Hand Hygiene)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Pencegahan dan pengendalian infeksi untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<p>Penilaian ini berdasarkan dilakukan atau tidaknya cuci tangan dalam <i>five moments for hand hygiene</i> (lima momen cuci tangan) yang ditetapkan oleh WHO. Lima momen tersebut adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebelum bersentuhan dengan pasien</li> <li>2. Sebelum melakukan prosedur bersih/steril</li> <li>3. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien risiko tinggi</li> <li>4. Setelah bersentuhan dengan pasien</li> <li>5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien</li> </ol> <p>Ada enam langkah hand hygiene yang telah ditetapkan oleh WHO. Langkah-langkah tersebut dimulai dengan meratakan sabun dengan menggosokkan pada kedua telapak tangan. Kemudian menggosok punggung tangan dan sela-sela jari, menggosok kedua telapak dan sela-sela jari kedua tangan, menggosok kedua punggung tangan dengan posisi kedua tangan saling mengunci, menggosok ibu jari kiri dengan diputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya. Terakhir mengusap ujung kuku tangan kanan dengan diputar di telapak tangan kiri dan sebaliknya, kemudian bilas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur dokumen :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada Kebijakan</li> <li>2. Ada SOP</li> <li>3. Dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi</li> </ol>
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Ada Kebijakan, ada SOP, dan dilaksanakan sesuai dengan SOP
Kriteria Penilaian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi = 100</li> <li>2. Ada kebijakan, ada SOP dilaksanakan sesuai SOP dan tidak dievaluasi = 75</li> <li>3. Ada Kebijakan, ada SOP tidak dilaksanakan sesuai dengan SOP dan tidak dievaluasi = 50</li> <li>4. Tidak ada kebijakan, tidak ada SOP, dilaksanakan = 25</li> </ol>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%

Kriteria Penilaian	KRK (%) :  75 < KRK ≤ 100 % → skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % → skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % → skor = 50 KRK < 25 % → skor = 25
PIC	Direktur Umum

Emergency Respon Time 2 (ERT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Respon Time 2 (ERT 2) 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
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	<div>a. Operasi cito yang membutuhkan puasa &gt; 2 jam sejak diputuskan harus operasi</div> <div>b. Menunggu persetujuan keluarga</div> <div>c. Tidak adanya kamar perawat post operasi</div>
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Kamar Operasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) / IBS Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 120 menit
Kriteria Penilaian	<div>ERT (menit) :</div> <div>ERT ≤ 120 → skor = 100</div> <div>120 &lt; ERT ≤ 240 → skor = 75</div> <div>240 &lt; ERT ≤ 360 → skor = 50</div> <div>360 &lt; ERT ≤ 480 → skor = 25</div> <div>ERT &gt; 480 → skor = 0</div>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah waktu sejak pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien rawat jalan}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 60 Menit
Kriteria Penilaian	WTRJ (menit) :  WTRJ ≤ 60 → skor = 100 60 < WTRJ ≤ 80 → skor = 75 80 < WTRJ ≤ 100 → skor = 50 100 < WTRJ ≤ 120 → skor = 25 WTRJ > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 48 jam
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :  WTE ≤ 48 → skor = 100 48 < WTE ≤ 72 → skor = 75 72 < WTE ≤ 96 → skor = 50 96 < WTE ≤ 120 → skor = 25 WTE > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu mulai pasien mendaftar di loket radiologi sampai dengan keluar hasil ekspertise}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan radiologi konvensional}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Radiologi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 3 Jam
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :  WTPR ≤ 3 → skor = 100 3 < WTPR ≤ 4 → skor = 75 4 < WTPR ≤ 5 → skor = 50 5 < WTPR ≤ 6 → skor = 25 WTPR > 6 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien menyerahkan resep di loket apotek sampai dengan menerima obat}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang menyerahkan resep obat jadi}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Farmasi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	$\leq 30$ menit
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 Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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 <b>dan</b> dikembalikan ke pengelola rekam medik dalam waktu <math>\leq 24</math> jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ 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	$(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p>80 &lt; PRM <math>\leq</math> 100 <math>\rightarrow</math> skor = 100 70 &lt; PRM <math>\leq</math> 80 <math>\rightarrow</math> skor = 75 60 &lt; PRM <math>\leq</math> 70 <math>\rightarrow</math> skor = 50 50 &lt; PRM <math>\leq</math> 60 <math>\rightarrow</math> skor = 25 PRM <math>\leq</math> 50 <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan / Direktur Umum

# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial		
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)		
Perspektif	Keuangan		
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN		
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas		
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP Dan APBN yang efektif dan efisien.		
Definisi Operasional	<u>Pendapatan PNBP</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b>		
	<u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b> , dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.		
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja		
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)		
Numerator	Pendapatan PNBP		
Denominator	Biaya Operasional		
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%		
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>		
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrual</b> BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU		
Standar	65%		
Kriteria Penilaian		<div>Rasio PNBPTerhadap BiayaOperasional (%)</div> <div>PB &gt; 65</div> <div>57 &lt; PB ≤ 65</div> <div>50 &lt; PB ≤ 57</div> <div>42 &lt; PB ≤ 50</div> <div>35 &lt; PB ≤ 42</div> <div>28 &lt; PB ≤ 35</div> <div>20 &lt; PB ≤ 28</div> <div>12 &lt; PB ≤ 20</div> <div>4 &lt; PB ≤ 12</div> <div>0 ≤ PB ≤ 4</div>	<div>Skor</div> <div>100</div> <div>90</div> <div>80</div> <div>70</div> <div>60</div> <div>50</div> <div>40</div> <div>30</div> <div>20</div> <div>0</div>
PIC	Direktur Keuangan		

**INDIKATOR KINERJA  
INDIVIDU (IKI)  
RS Jiwa  
RS KO**

# PELAYANAN MEDIS

## Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik ( <i>good clinical governance</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum 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	<p>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> <p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <p>1) Dilakukan <b>audit clinical pathway</b> berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).</p> <p>2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis</p> <p>Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.</p> <p>Clinical pathway harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir.</p> <p>Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap tiga bulan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Eksklusi	Kasus dengan varian tambahan
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"> <li>Ada 5 CP → 100</li> <li>Ada 4 CP → 80</li> <li>Ada 3 CP → 60</li> <li>Ada 2 CP → 40</li> <li>Ada 1 CP → 20</li> <li>Tidak ada CP → 0</li> </ol> <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apabila dalam uji petik ditemukan pengisian CP yang tidak lengkap dalam dokumen rekam medik, maka akan menjadi faktor pengurang nilai yang diperoleh / dilaporkan.</li> <li>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.</li> </ol>
Bobot	Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator
Sumber Data	Rekam Medik

Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



Prosentase Kejadian Pasien Jatuh

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 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 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 Humpty Dumpty untuk pasien anak - anak, dan skala jatuh untuk pasien geriatri. Tujuannya untuk dilakukan intervensi dan monitoring yang intensif terhadap pasien beresiko jatuh dan harus dilakukan re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil 100 % → skor = 100</p> <p>90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75</p> <p>80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50</p> <p>70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25</p> <p>hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Boushon, et.al., How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, 2012

**Cedera/Trauma Fisik Akibat Fiksasi (CAF) di Unit Pelayanananan Intensif Psikiatri (UPIP)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas, keamanan dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan medik dan keperawatan yang aman dan efektif
Definisi operasional	<p>Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanananan Intensif Psikiatri (UPIP) yang dimaksud adalah jumlah kejadian cedera/trauma fisik yang diakibatkan oleh tindakan fiksasi di ruang UPIP.</p> <p>Unit Pelayanananan Intensif Psikiatri (UPIP) adalah ruang rawat inap psikiatri dengan sistem pelayanan intensif 24 jam yang menjamin keamanan dan keselamatan pasien dengan kontrol lingkungan melalui asuhan medis dan keperawatan intensif dengan minimal pengekangan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami cedera/trauma fisik akibat fiksasi di UPIP
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan fiksasi di UPIP
Formula	(Jumlah pasien yang mengalami cedera/trauma fisik akibat fiksasi di UPIP dibagi Jumlah pasien yang dilakukan fiksasi di UPIP x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik dan UPIP
Standar	≤ 1,5 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 1,5% → skor = 100</p> <p>1,5% &lt; Hasil ≤ 5% → skor = 75</p> <p>5% &lt; Hasil ≤ 10% → skor = 50</p> <p>10% &lt; Hasil ≤ 15% → skor = 25</p> <p>Hasil &gt; 15% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 70% $\leq$ Hasil $< 80\% \rightarrow$ skor = 75 60% $\leq$ Hasil $< 70\% \rightarrow$ skor = 50 50% $\leq$ Hasil $< 60\% \rightarrow$ skor = 25 Hasil $< 50 \rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Pengendalian infeksi di RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Judul IKT	Infeksi Aliran Darah Perifer / Phlebitis
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
Numerator	Jumlah kasus Phlebitis
Denominator	Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena
Inklusi	Pasien rawat inap yang terpasang kateter intravena
Formula	(Jumlah kasus phlebitis dibagi Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap
Standar	≤ 5 %
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 5 % → skor = 100 5% < Hasil ≤ 10% → skor = 75 10% < Hasil ≤ 15% → skor = 50 15% < Hasil ≤ 20% → skor = 25 Hasil > 20% → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Intravenous Nurses Sociaty (INS)

**Ketepatan Identifikasi Pasien**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Identifikasi Pasien
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk dengan cara yang dapat dipercaya/ <i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut .
Definisi Operasional	<p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan <i>barcode</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p> <p>Ketepatan Identifikasi Pasien difokuskan pada kelengkapan identitas pasien dengan barcode atau cara lain pada produk – produk layanan yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama RS.</p> <p>Direktur Rumah Sakit menetapkan produk layanan yang akan diberikan barcode identitas atau cara lain.</p> <p>Cara lain yang dimaksud adalah penulisan identitas masih secara manual, tetapi harus jelas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur Total Sampling Kelengkapan Identifikasi Pasien dengan Barcode atau cara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nama Pasien</li><li>2. Nomor Identitas Pasien menggunakan Nomer Rekam Medik</li><li>3. Tanggal Lahir</li></ol> <p>Barcode atau cara lain terdiri minimal 2 variabel dari 3 variabel</p> <p>Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dikurangi</b> jumlah seluruh produk layanan yang tidak diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dibagi</b> Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>X</b> 100 %</p>
Eksklusi	Pasien dalam fase akut psikiatri (gaduh gelisah)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik / Unit Layanan
Standar	100
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Tidak Adanya Kejadian Pasien Yang Difiksasi Dalam 24 Jam Dalam Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif
Definisi operasional	Tidak ada pasien yang dilakukan fiksasi pada masa rawat setelah 24 jam di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah seluruh pasien di UPIP dikurangi Jumlah pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di UPIP
Inklusi	Seluruh pasien yang dirawat di UPIP
Ekslusi	--
Formula	[(Jumlah seluruh pasien di UPIP dikurangi Jumlah pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam) dibagi Jumlah seluruh pasien yang dirawat di UPIP] x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik dan UPIP
Standar	≥ 95%
Kriteria Penilaian	Hasil ≥ 95% → skor = 100 76% ≤ Hasil < 95% → skor = 75 51% ≤ Hasil < 76% → skor = 50 26% ≤ Hasil < 51% → skor = 25 Hasil < 26% → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Tidak Adanya Kejadian Kejadian Pasien Bunuh Diri Di Rawat Inap Psikiatri

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan medis dan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 6)
Definisi operasional	Kejadian pasien bunuh diri selama pasien mendapatkan penatalaksanaan diruang rawat inap psikiatri.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah seluruh pasien rawat inap psikiatri dikurangi Jumlah pasien yang meninggal karena bunuh diri
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap psikiatri
Inklusi	Seluruh pasien rawat inap psikiatri
Eksklusi	--
Formula	$\{(\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap psikiatri dikurangi Jumlah pasien yang meninggal karena bunuh diri}) \div \text{Jumlah seluruh pasien rawat inap psikiatri}\} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik dan Instalasi Rawat Inap
Standar / Target	$\geq 90 \%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 90 \%$ $\rightarrow$ skor = 100 80% $\leq$ Hasil < 90% $\rightarrow$ skor = 75 70% $\leq$ Hasil < 80% $\rightarrow$ skor = 50 60% $\leq$ Hasil < 70% $\rightarrow$ skor = 25 Hasil < 60% $\rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Penerapan keselamatan *Electro Convulsive Teraphy* (ECT) Detoksifikasi**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan tindakan ECT/Detoksifikasi yang berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien dilakukan tindakan ECT/Detoksifikasi
Tujuan	Terselenggaranya efektifitas dan keselamatan pasien yang dillakukan tindakan ECT/Detoksifikasi
Definisi operasional	<p>Keselamatan tindakan Electro Convulsive Teraphy (ECT)/Detoksifikasi adalah tindakan yang dilakukan sesuai dengan prosedur yang berlaku, sesuai dengan indikasi medis dan dilakukan oleh tenaga yang kompeten.</p> <p>Dengan melaksanakan pengisian <i>check list</i> persiapan dan tindakan ECT/detoksifikasi, evaluasi pasca ECT jangka baik pendek (fisik) dan jangka panjang (gangguan mental).</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	Telusur : Ada SOP tindakan ECT/detoksifikasi, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Ruang Tindakan ECT
Standar / Target	100%
Kriteria Penilaian	<p>Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten = 100.</p> <p>Ada SOP, sesuai indikasi, belum dilaksanakan oleh tenaga kompeten = 75.</p> <p>Tidak ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten = 50.</p> <p>Tidak ada SOP, tidak sesuai indikasi, tidak dilaksanakan tenaga kompeten = 25.</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



## Cuci Tangan (Hand Hygiene)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Pencegahan dan pengendalian infeksi untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<p>Penilaian ini berdasarkan dilakukan atau tidaknya cuci tangan dalam <i>five moments for hand hygiene</i> (lima momen cuci tangan) yang ditetapkan oleh WHO. Lima momen tersebut adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebelum bersentuhan dengan pasien</li> <li>2. Sebelum melakukan prosedur bersih/steril</li> <li>3. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien risiko tinggi</li> <li>4. Setelah bersentuhan dengan pasien</li> <li>5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien</li> </ol> <p>Ada enam langkah hand hygiene yang telah ditetapkan oleh WHO. Langkah-langkah tersebut dimulai dengan meratakan sabun dengan menggosokkan pada kedua telapak tangan. Kemudian menggosok punggung tangan dan sela-sela jari, menggosok kedua telapak dan sela-sela jari kedua tangan, menggosok kedua punggung tangan dengan posisi kedua tangan saling mengunci, menggosok ibu jari kiri dengan diputar dalam gengaman tangan kanan dan sebaliknya. Terakhir mengusap ujung kuku tangan kanan dengan diputar di telapak tangan kiri dan sebaliknya, kemudian bilas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur dokumen :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada Kebijakan</li> <li>2. Ada SOP</li> <li>3. Dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi</li> </ol>
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Ada Kebijakan, ada SOP, dan dilaksanakan sesuai dengan SOP
Kriteria Penilaian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi = 100</li> <li>2. Ada kebijakan, ada SOP dilaksanakan sesuai SOP dan tidak dievaluasi = 75</li> <li>3. Ada Kebijakan, ada SOP tidak dilaksanakan sesuai dengan SOP dan tidak dievaluasi = 50</li> <li>4. Tidak ada kebijakan, tidak ada SOP, dilaksanakan = 25</li> </ol>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%

Kriteria Penilaian	KRK (%) :  75 < KRK ≤ 100 % → skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % → skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % → skor = 50 KRK < 25 % → skor = 25
PIC	Direktur Umum

Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Judul KPI	Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) ≤ 4 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	<p>Emergency Psychiatric Respon Time yang dimaksud adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien gaduh gelisah di IGD menjadi tenang (menenangkan) dalam waktu ≤ 4 jam sejak diagnosis ditegakkan.</p> <p>Kriteria penilaian menggunakan instrument PANSS-EC</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah waktu yang dibutuhkan untuk menenangkan seluruh pasien gaduh gelisah di IGD
Denominator	Jumlah seluruh pasien gaduh gelisah di IGD
Formula	Jumlah seluruh waktu yang dibutuhkan untuk menenangkan seluruh pasien gaduh gelisah di IGD dibagi Jumlah seluruh pasien gaduh gelisah di IGD
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD) Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 240 menit
Kriteria Penilaian	<p>ERT (menit) :</p> <p>ERT ≤ 240 → skor = 100 240 &lt; ERT ≤ 300 → skor = 75 300 &lt; ERT ≤ 360 → skor = 50 360 &lt; ERT ≤ 420 → skor = 25 ERT &gt; 420 → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 60 Menit
Kriteria Penilaian	WTRJ (menit) :  WTRJ ≤ 60 → skor = 100 60 < WTRJ ≤ 80 → skor = 75 80 < WTRJ ≤ 100 → skor = 50 100 < WTRJ ≤ 120 → skor = 25 WTRJ > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu mulai pasien mendaftar di loket radiologi sampai dengan keluar hasil ekpertise}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seleuruh pemeriksaan radiologi konvensional}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Radiologi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	$\leq 3$ Jam
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 Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Laboratorium Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 2 Jam
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :  WTPL ≤ 2 --> skor = 100 2 < WTPL ≤ 3 --> skor = 75 3 < WTPL ≤ 4 --> skor = 50 4 < WTPL ≤ 5 --> skor = 25 WTPL > 5 --> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Farmasi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :  WTOJ ≤ 30 → skor = 100 30 < WTOJ ≤ 40 → skor = 75 40 < WTOJ ≤ 50 → skor = 50 50 < WTOJ ≤ 60 → skor = 25 WTOJ > 60 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



**Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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 medis pasien rawat inap yang diisi lengkap <b>dan</b> dikembalikan ke pengelola rekam medis dalam waktu <math>\leq 24</math> jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ 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	$(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p><math>80 &lt; \text{PRM} \leq 100 \rightarrow \text{skor} = 100</math></p> <p><math>70 &lt; \text{PRM} \leq 80 \rightarrow \text{skor} = 75</math></p> <p><math>60 &lt; \text{PRM} \leq 70 \rightarrow \text{skor} = 50</math></p> <p><math>50 &lt; \text{PRM} \leq 60 \rightarrow \text{skor} = 25</math></p> <p><math>\text{PRM} \leq 50 \rightarrow \text{skor} = 0</math></p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan / Direktur Umum

# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial																						
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)																						
Perspektif	Keuangan																						
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN																						
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas																						
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP Dan APBN yang efektif dan efisien.																						
Definisi Operasional	<div> <u>Pendapatan PNBP</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b> </div> <div> <u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b>, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.         </div>																						
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja																						
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)																						
Numerator	Pendapatan PNBP																						
Denominator	Biaya Operasional																						
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%																						
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>																						
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrual</b> BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU																						
Standar	65%																						
Kriteria Penilaian	<table> <tr> <th>Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)</th><th>Skor</th></tr> <tr> <td>PB &gt; 65</td><td>100</td></tr> <tr> <td>57 &lt; PB ≤ 65</td><td>90</td></tr> <tr> <td>50 &lt; PB ≤ 57</td><td>80</td></tr> <tr> <td>42 &lt; PB ≤ 50</td><td>70</td></tr> <tr> <td>35 &lt; PB ≤ 42</td><td>60</td></tr> <tr> <td>28 &lt; PB ≤ 35</td><td>50</td></tr> <tr> <td>20 &lt; PB ≤ 28</td><td>40</td></tr> <tr> <td>12 &lt; PB ≤ 20</td><td>30</td></tr> <tr> <td>4 &lt; PB ≤ 12</td><td>20</td></tr> <tr> <td>0 ≤ PB ≤ 4</td><td>0</td></tr> </table>	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)	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 PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)	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																						

# **INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) RS PARU**

# PELAYANAN MEDIS

## Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik ( <i>good clinical governance</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum 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	<p>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> <p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <p>1) Dilakukan <b>audit clinical pathway</b> berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).</p> <p>2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis</p> <p>Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.</p> <p>Clinical pathway harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir.</p> <p>Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap tiga bulan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Eksklusi	Kasus dengan varian tambahan
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"> <li>Ada 5 CP → 100</li> <li>Ada 4 CP → 80</li> <li>Ada 3 CP → 60</li> <li>Ada 2 CP → 40</li> <li>Ada 1 CP → 20</li> <li>Tidak ada CP → 0</li> </ol> <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apabila dalam uji petik ditemukan pengisian CP yang tidak lengkap dalam dokumen rekam medik, maka akan menjadi faktor pengurang nilai yang diperoleh / dilaporkan.</li> <li>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.</li> </ol>
Bobot	Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator
Sumber Data	Rekam Medik

Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Prosentase Kejadian Pasien Jatuh

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 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 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 Humpty Dumpty untuk pasien anak - anak, dan skala jatuh untuk pasien geriatri. Tujuannya untuk dilakukan intervensi dan monitoring yang intensif terhadap pasien beresiko jatuh dan harus dilakukan re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 3 %
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 3 % → skor = 100 3% < Hasil ≤ 9 % → skor = 75 9% < Hasil ≤ 14 % → skor = 50 14% < Hasil ≤ 20 % → skor = 25 hasil > 20 % → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Boushon, et.al., How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, 2012

Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pembedahan di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan
Definisi operasional	<p>Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tahapan Sign-in dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi</li><li>2. Tahapan Time-out dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li><li>3. Tahapan Sign-out dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li></ol> <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
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	$\left( \frac{\text{Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu}}{\text{Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb}} \times 100\% \right)$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25 Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 70% $\leq$ Hasil < 80% $\rightarrow$ skor = 75 60% $\leq$ Hasil < 70% $\rightarrow$ skor = 50 50% $\leq$ Hasil < 60% $\rightarrow$ skor = 25 Hasil < 50 $\rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional



Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Definisi Operasional	<p>Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik &gt; 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"><li>• Demam (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) tanpa ditemui penyebab lainnya.</li><li>• Leukopenia (<math>&lt; 4.000\text{ WBC/mm}^3</math>) atau Leukositosis (<math>\geq 12.000\text{ SDP/mm}^3</math>).</li><li>• Untuk penderita berumur <math>\geq 70</math> tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.</li></ul> <p>Minimal disertai 2 dari tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.</li><li>• Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.</li><li>• Ronki basah atau suara napas bronchial.</li><li>• Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi <math>\text{O}_2</math> (<math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240</math>), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.</li></ul> <p>Dasar diagnosis :</p> <p>Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan &gt; 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatocoles pada bayi berumur &lt; 1 tahun</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	$(\text{Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator}) \times 1000$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 5,8\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil <math>\leq 5.8\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 100</p> <p><math>5,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 8,3\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 75</p> <p><math>8,3\% &lt; \text{Hasil} \leq 10,8\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 50</p> <p><math>10,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 13,6\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 25</p> <p>Hasil <math>&gt; 13,6\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
Pic	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>1. CDC NHSN, Maret 2011</p> <p>2. buku pedoman PPI th 2011</p> <p>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</p> <p>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</p>

Kematian Pasien Asma Yang Datang Dalam Serangan

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kasus pulmonologi berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien dengan kasus pulmonologi
Definisi operasional	Persentase Capaian Indikator Penyakit Asma yang dimaksud adalah banyaknya kematian pasien asma yang menggambarkan jumlah pasien asma yang meninggal dari seluruh pasien asma yang datang dengan serangan di IGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah Pasien asma dalam serangan yang meninggal di IGD
Denominator	Jumlah pasien asma yang datang dengan serangan (sedang, berat, mengancam jiwa) di IGD
Inklusi	Pasien asma dengan serangan yang datang ke IGD
Eksklusi	--
Formula	( Jumlah Pasien asma dalam serangan yang meninggal di IGD dibagi Jumlah pasien asma yang datang dengan serangan sedang/berat/mengancam jiwa di IGD) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan IGD ; Rekam Medik
Standar	0 %
Kriteria Penilaian	Hasil = 0% → skor= 100 0% < Hasil ≤ 5% → skor = 75 5% < Hasil ≤ 10% → skor = 50 10% < Hasil ≤ 15% → skor = 25 Hasil > 15% → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Penanganan PPOK

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien khususnya pasien dengan PPOK
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan penyakit PPOK yang aman dan terstandar yang efektif bagi pasien dalam upaya mengurangi angka progesifitas penyakit dan peningkatan kualitas hidup pasien
Definisi operasional	Penyakit PPOK adalah penyakit paru kronik yang bersifat progresif dan irreversibel,sehingga penanganan yang tepat dan komprehensif dapat meningkatkan kualitas hidup pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien PPOK yang ditangani sesuai dengan SOP atau clinical pathway di instalasi rawat inap
Denominator	Jumlah seluruh pasien PPOK di instalasi rawat inap
Inklusi	Seluruh pasien PPOK di instalasi rawat inap
Eksklusi	Penyakit PPOK dengan penyulit
Formula	(Jumlah pasien PPOK yang ditangani sesuai dengan SOP/CP di instalasi rawat inap / Jumlah seluruh pasien PPOK di instalasi rawat inap) x 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	> 75%
Kriteria Penilaian	Hasil > 75% → skor = 100 50% < Hasil ≤ 75% → skor = 75 25% < Hasil ≤ 50% → skor = 50 Hasil ≤ 25% → skor = 25
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Ketepatan Identifikasi Pasien**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Identifikasi Pasien
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk dengan cara yang dapat dipercaya/ <i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut .
Definisi Operasional	<p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan <i>barcode</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p> <p>Ketepatan Identifikasi Pasien difokuskan pada kelengkapan identitas pasien dengan barcode atau cara lain pada produk – produk layanan yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama RS.</p> <p>Direktur Rumah Sakit menetapkan produk layanan yang akan diberikan barcode identitas atau cara lain.</p> <p>Cara lain yang dimaksud adalah penulisan identitas masih secara manual, tetapi harus jelas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur Total Sampling Kelengkapan Identifikasi Pasien dengan Barcode atau cara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nama Pasien</li><li>2. Nomor Identitas Pasien menggunakan Nomer Rekam Medik</li><li>3. Tanggal Lahir</li></ol> <p>Barcode atau cara lain terdiri minimal 2 variabel dari 3 variabel</p> <p>Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dikurangi</b> jumlah seluruh produk layanan yang tidak diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dibagi</b> Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>X</b> 100 %</p>
Eksklusi	Pasien dalam fase akut psikiatri (gaduh gelisah)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik / Unit Layanan
Standar	100
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Kematian Pasien di IGD

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawat daruratan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang ditangani di IGD
Definisi operasional	Kematian pasien di IGD adalah kematian pasien yang terjadi dalam periode ≤ 8 jam sejak pasien datang ke IGD
Frekuensi Pengumpulan Data	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	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2.5 %
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5% → skor = 100 2,5% < Hasil ≤ 3% → skor = 75 3% < Hasil ≤ 3,5% → skor = 50 3,5% < Hasil ≤ 4% → skor = 25 Hasil > 4% → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Cuci Tangan (Hand Hygiene)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Pencegahan dan pengendalian infeksi untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Dimensi Mutu	Keselamatanpasien
Tujuan	Mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<p>Penilaian ini berdasarkan dilakukan atau tidaknya cuci tangan dalam <i>five moments for hand hygiene</i> (lima momen cuci tangan) yang ditetapkan oleh WHO. Lima momen tersebut adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sebelum bersentuhan dengan pasien</li><li>2. Sebelum melakukan prosedur bersih/steril</li><li>3. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien risiko tinggi</li><li>4. Setelah bersentuhan dengan pasien</li><li>5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien</li></ol> <p>Ada enam langkah hand hygiene yang telah ditetapkan oleh WHO. Langkah-langkah tersebut dimulai dengan meratakan sabun dengan menggosokkan pada kedua telapak tangan. Kemudian menggosok punggung tangan dan sela-sela jari, menggosok kedua telapak dan sela-sela jari kedua tangan, menggosok kedua punggung tangan dengan posisi kedua tangan saling mengunci, menggosok ibu jari kiri dengan diputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya. Terakhir mengusap ujung kuku tangan kanan dengan diputar di telapak tangan kiri dan sebaliknya, kemudian bilas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur dokumen :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan</li><li>2. Ada SOP</li><li>3. Dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi</li></ol>
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Ada Kebijakan, ada SOP, dan dilaksanakan sesuai dengan SOP
Kriteria Penilaian	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi = 100</li><li>2. Ada kebijakan, ada SOP dilaksanakan sesuai SOP dan tidak dievaluasi = 75</li><li>3. Ada Kebijakan, ada SOP tidak dilaksanakan sesuai dengan SOP dan tidak dievaluasi = 50</li><li>4. Tidak ada kebijakan, tidak ada SOP, dilaksanakan = 25</li></ol>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%

Kriteria Penilaian	KRK (%) :  75 < KRK ≤ 100 % → skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % → skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % → skor = 50 KRK < 25 % → skor = 25
PIC	Direktur Umum



Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi di IGD (ERRT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik ( <i>good clinical governanc</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien
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	<p>Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi di IGD adalah waktu yang dibutuhkan pasien yang datang dengan kegawatdaruratan respirasi untuk mendapatkan penanganan segera, sejak pasien datang di IGD RS.</p> <p>Kegawatdaruratan respirasi adalah penyakit atu kondisi pada saluran pernapasan / respirasi dan atau paru yang dapat menimbulkan distress atau gagal napas yang mengancam jiwa, misalnya : Pneumothorax,effuse pleura massif, asma acute, PPOK eksaserbasi akut dan hemoptisis masif</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan penanganan kegawatdaruratan respirasi sejak pasien datang di IGD
Denominator	Seluruh pasien IGD dengan kasus kewatdaruratan respirasi
Inklusi	Pasien IGD dengan kasus kewatdaruratan respirasi
Eksklusi	Penyakit respirasi yang berkomplikasi dan atau dengan penyulit penyakit lainnya
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan penanganan kegawatdaruratan respirasi sejak pasien datang di IGD <i>dibagi</i> Seluruh pasien IGD dengan kasus kewatdaruratan respirasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD) Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	<p>ERRT (menit) :</p> <p>ERRT ≤ 30 → skor = 100 30 &lt; ERRT ≤ 45 → skor = 70 45 &lt; ERRT ≤ 60 → skor = 40 ERRT &gt; 60 → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah waktu sejak pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien rawat jalan}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 60 Menit
Kriteria Penilaian	WTRJ (menit) :  WTRJ ≤ 60 → skor = 100 60 < WTRJ ≤ 80 → skor = 75 80 < WTRJ ≤ 100 → skor = 50 100 < WTRJ ≤ 120 → skor = 25 WTRJ > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 48 jam
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :  WTE ≤ 48 → skor = 100 48 < WTE ≤ 72 → skor = 75 72 < WTE ≤ 96 → skor = 50 96 < WTE ≤ 120 → skor = 25 WTE > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu mulai pasien mendaftar di loket radiologi sampai dengan keluar hasil ekspertise}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan radiologi konvensional}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Radiologi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 3 Jam
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :  WTPR ≤ 3 → skor = 100 3 < WTPR ≤ 4 → skor = 75 4 < WTPR ≤ 5 → skor = 50 5 < WTPR ≤ 6 → skor = 25 WTPR > 6 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Laboratorium Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 2 Jam
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :  WTPL ≤ 2 → skor = 100 2 < WTPL ≤ 3 → skor = 75 3 < WTPL ≤ 4 → skor = 50 4 < WTPL ≤ 5 → skor = 25 WTPL > 5 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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 medis pasien rawat inap yang diisi lengkap <b>dan</b> dikembalikan ke pengelola rekam medis dalam waktu <math>\leq 24</math> jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ 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	$(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p><math>80 &lt; \text{PRM} \leq 100 \rightarrow \text{skor} = 100</math> <math>70 &lt; \text{PRM} \leq 80 \rightarrow \text{skor} = 75</math> <math>60 &lt; \text{PRM} \leq 70 \rightarrow \text{skor} = 50</math> <math>50 &lt; \text{PRM} \leq 60 \rightarrow \text{skor} = 25</math> <math>\text{PRM} \leq 50 \rightarrow \text{skor} = 0</math></p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan / Direktur Umum

# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial			
Kategori Indikator	Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)			
Perspektif	Keuangan			
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBPN dan APBN			
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas			
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBPN Dan APBN yang efektif dan efisien.			
Definisi Operasional	<u>Pendapatan PNBPN</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b>			
	<u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b> , dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.			
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja			
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)			
Numerator	Pendapatan PNBPN			
Denominator	Biaya Operasional			
Formula	Pendapatan PNBPN/Biaya Operasional x 100%			
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>			
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrual</b> BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU			
Standar	65%			
Kriteria Penilaian		<div>Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (%)</div>	<div>Skor</div>	
		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			

# **INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) RS KUSTA**



# PELAYANAN MEDIS

## Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik ( <i>good clinical governance</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum 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	<p>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> <p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <p>1) Dilakukan <b>audit clinical pathway</b> berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).</p> <p>2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis</p> <p>Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.</p> <p>Clinical pathway harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir.</p> <p>Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap tiga bulan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Eksklusi	Kasus dengan varian tambahan
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"> <li>Ada 5 CP → 100</li> <li>Ada 4 CP → 80</li> <li>Ada 3 CP → 60</li> <li>Ada 2 CP → 40</li> <li>Ada 1 CP → 20</li> <li>Tidak ada CP → 0</li> </ol> <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apabila dalam uji petik ditemukan pengisian CP yang tidak lengkap dalam dokumen rekam medik, maka akan menjadi faktor pengurang nilai yang diperoleh / dilaporkan.</li> <li>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.</li> </ol>
Bobot	Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator
Sumber Data	Rekam Medik

Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pembedahan di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan
Definisi operasional	<p>Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tahapan Sign-in dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi</li><li>2. Tahapan Time-out dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li><li>3. Tahapan Sign-out dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li></ol> <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
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	$\frac{\text{(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu)}}{\text{Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb}} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25 Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Prosentase Kejadian Pasien Jatuh

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 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 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 Humpty Dumpty untuk pasien anak - anak, dan skala jatuh untuk pasien geriatri. Tujuannya untuk dilakukan intervensi dan monitoring yang intensif terhadap pasien beresiko jatuh dan harus dilakukan re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 3 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 3 % → skor = 100</p> <p>3% &lt; Hasil ≤ 9 % → skor = 75</p> <p>9% &lt; Hasil ≤ 14 % → skor = 50</p> <p>14% &lt; Hasil ≤ 20 % → skor = 25</p> <p>hasil &gt; 20 % → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Boushon, et.al., How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, 2012

**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 70% $\leq$ Hasil < 80% $\rightarrow$ skor = 75 60% $\leq$ Hasil < 70% $\rightarrow$ skor = 50 50% $\leq$ Hasil < 60% $\rightarrow$ skor = 25 Hasil < 50 $\rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
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> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,</li><li>2. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,</li><li>3. 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</li><li>4. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi</li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 2 % → skor = 100 2% &lt; Hasil ≤ 3% → skor = 75 3% &lt; Hasil ≤ 4% → skor = 50 4% &lt; Hasil ≤ 5% → skor = 25 Hasil &gt; 5 % → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. CDC NHSN, Maret 2011</li><li>2. buku pedoman PPI th 2011</li><li>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</li><li>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</li></ol>

Kematian Pasien di IGD

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawat daruratan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang ditangani di IGD
Definisi operasional	Kematian pasien di IGD adalah kematian pasien yang terjadi dalam periode ≤ 8 jam sejak pasien datang ke IGD
Frekuensi Pengumpulan Data	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	Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2.5 %
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5% → skor = 100 2,5% < Hasil ≤ 3% → skor = 75 3% < Hasil ≤ 3,5% → skor = 50 3,5% < Hasil ≤ 4% → skor = 25 Hasil > 4% → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

**Jumlah Pasien Kusta Yang Akan di Operasi Rekonstruksi**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rujukan kusta berbasis mutu dan keselamatan pasien.
Dimensi Mutu	Efisiensi pelayanan operasi rekonstruksi
Tujuan	Peningkatan mutu pelayanan bedah rekonstruksi, mempercepat pelayanan/tindakan yang akan diberikan oleh DPJP
Definisi operasional	Jumlah Pasien Cacat akibat kusta yang akan dioperasi Rekontruksi adalah banyaknya pasien cacat akibat kusta yang memerlukan pelayanan operasi rekonstruksi kusta setelah pasien dirujuk dari Puskesmas ke RS Kusta.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Seluruh operasi rekonstruksi yang dilakukan dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang menunggu untuk dilakukan operasi rekonstruksi yang dirujuk dari puskesmas ke RS kusta
Inklusi	Pasien yang menunggu untuk dilakukan operasi rekonstruksi yang dirujuk dari puskesmas ke RS kusta
Ekslusi	--
Formula	(Seluruh operasi rekonstruksi yang dilakukan dalam 1 bulan dibagi Jumlah pasien yang menunggu untuk dilakukan operasi rekonstruksi yang dirujuk dari puskesmas ke RS kusta) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar / Target	100%
Kriteria Penilaian	Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil < 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil < 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil < 80% → skor = 25 Hasil < 70% → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



Prosentase Kesembuhan Pasien Reaksi Kusta

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap kusta berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kualitas perawatan rawat inap kusta dalam menangani reaksi kusta
Definisi operasional	<p>Waktu Pemulihan pasien reaksi kusta diinstalasi Rawat Inap dan ditatalaksana oleh dokter DPJP sejak masuk kedalam ruang rawat inap</p> <p>Yang dimaksud dengan reaksi kusta adalah keadaan menurunnya daya tahan tubuh pasien akibat M. Leprae yang menimbulkan reaksi hypersensitivitas yang ditandai dengan demam, nyeri dan perubahan struktur kulit yang bila tidak ditatalaksana dapat menimbulkan cacat.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah Pasien yang pemulihan reaksi kusta di instalasi rawat inap dalam 1 bulan
Denominator	Seluruh pasien reaksi kusta di rawat inap
Inklusi	Seluruh pasien reaksi kusta di rawat inap
Ekslusi	--
Formula	(Jumlah Pasien yang pemulihan reaksi kusta di instalasi rawat inap dalam 1 bulan dibagi Seluruh pasien reaksi kusta di rawat inap) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar / Target	100%
Kriteria Penilaian	<p>hasil = 100% → skor = 100</p> <p>90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75</p> <p>80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50</p> <p>70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25</p> <p>Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Ketepatan Identifikasi Pasien

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Identifikasi Pasien
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk dengan cara yang dapat dipercaya/ <i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut .
Definisi Operasional	<p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan <i>barcode</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p> <p>Ketepatan Identifikasi Pasien difokuskan pada kelengkapan identitas pasien dengan barcode atau cara lain pada produk – produk layanan yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama RS.</p> <p>Direktur Rumah Sakit menetapkan produk layanan yang akan diberikan barcode identitas atau cara lain.</p> <p>Cara lain yang dimaksud adalah penulisan identitas masih secara manual, tetapi harus jelas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur Total Sampling Kelengkapan Identifikasi Pasien dengan Barcode atau cara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nama Pasien</li><li>2. Nomor Identitas Pasien menggunakan Nomer Rekam Medik</li><li>3. Tanggal Lahir</li></ol> <p>Barcode atau cara lain terdiri minimal 2 variabel dari 3 variabel</p> <p>Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dikurangi</b> jumlah seluruh produk layanan yang tidak diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dibagi</b> Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>X</b> 100 %</p>
Eksklusi	Pasien dalam fase akut psikiatri (gaduh gelisah)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik / Unit Layanan
Standar	100
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Cuci Tangan (Hand Hygiene)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Pencegahan dan pengendalian infeksi untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Dimensi Mutu	Keselamatanpasien
Tujuan	Mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<p>Penilaian ini berdasarkan dilakukan atau tidaknya cuci tangan dalam <i>five moments for hand hygiene</i> (lima momen cuci tangan) yang ditetapkan oleh WHO. Lima momen tersebut adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sebelum bersentuhan dengan pasien</li><li>2. Sebelum melakukan prosedur bersih/steril</li><li>3. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien risiko tinggi</li><li>4. Setelah bersentuhan dengan pasien</li><li>5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien</li></ol> <p>Ada enam langkah hand hygiene yang telah ditetapkan oleh WHO. Langkah-langkah tersebut dimulai dengan meratakan sabun dengan menggosokkan pada kedua telapak tangan. Kemudian menggosok punggung tangan dan sela-sela jari, menggosok kedua telapak dan sela-sela jari kedua tangan, menggosok kedua punggung tangan dengan posisi kedua tangan saling mengunci, menggosok ibu jari kiri dengan diputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya. Terakhir mengusap ujung kuku tangan kanan dengan diputar di telapak tangan kiri dan sebaliknya, kemudian bilas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur dokumen :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan</li><li>2. Ada SOP</li><li>3. Dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi</li></ol>
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Ada Kebijakan, ada SOP, dan dilaksanakan sesuai dengan SOP
Kriteria Penilaian	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi = 100</li><li>2. Ada kebijakan, ada SOP dilaksanakan sesuai SOP dan tidak dievaluasi = 75</li><li>3. Ada Kebijakan, ada SOP tidak dilaksanakan sesuai dengan SOP dan tidak dievaluasi = 50</li><li>4. Tidak ada kebijakan, tidak ada SOP, dilaksanakan = 25</li></ol>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%

Kriteria Penilaian	KRK (%) :  75 < KRK ≤ 100 % → skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % → skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % → skor = 50 KRK < 25 % → skor = 25
PIC	Direktur Umum

**Pemeriksaan POD (Prevention Of Disability)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya pencegahan kecacatan akibat penyakit kusta
Dimensi Mutu	Tingkat kecacatan akibat penyakit kusta
Tujuan	Terselenggaranya pencegahan kecacatan akibat kusta rawat jalan dan rawat inap sebagai unggulan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Persentase pasien kusta yang dilakukan pemeriksaan prevention of disability (POD) baik rawat jalan maupun rawat inap kusta
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien kusta yang diperiksa POD dalam 1 Bulan
Denominator	Jumlah pasien kusta dalam bulan yang sama
Inklusi	Pasien kusta rawat jalan dan rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah seluruh pasien kusta yang diperiksa POD dalam 1 Bulan dibagi Jumlah seluruh pasien kusta dalam bulan yang sama) dikali 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 80%
Kriteria Penilaian	ERT (menit) :  hasil POD ≥ 80% skor = 100 hasil 60 % ≤ POD ≤ 80 % skor = 75 hasil 40 % ≤ POD < 60 % skor = 50 hasil 20 % ≤ POD < 40 % skor = 25 hasil POD < 20 % skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 60 Menit
Kriteria Penilaian	WTRJ (menit) :  WTRJ ≤ 60 → skor = 100 60 < WTRJ ≤ 80 → skor = 75 80 < WTRJ ≤ 100 → skor = 50 100 < WTRJ ≤ 120 → skor = 25 WTRJ > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Penanganan Luka Sepsis Pasien Kusta

Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penjadwalan pelayanan operasi luka sepsis kusta.
Definisi operasional	Penanganan luka sepsis dimulai sejak dokter penanggungjawab (DPJP) menetapkan bahwa perlu dilakukannya penanganan luka sepsis dan diakhiri sampai luka sepsis ditangani.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulanan
Numerator	Jumlah waktu tunggu pasien yang dioperasi luka sepsis kusta dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi luka sepsis kusta pada bulan tsb
Formula	(Jumlah seluruh waktu tunggu pasien yang dioperasi luka sepsis kusta dalam 1 bln dibagi Jumlah seluruh pasien yang dioperasi luka sepsis kusta pada bulan tsb)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Poli Klinik Luka
Standar	≤ 48 Jam
Kriteria Penilaian	Waktu Tunggu Operasi Luka Sepsis (Jam) :  WTE ≤ 48 --> 100 48 < WTE ≤ 72 --> 75 72 < WTE ≤ 96 --> 50 96 < WTE ≤ 120 --> 25 WTE > 120 --> 0
PIC	Ka. Instalasi Luka



Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Laboratorium Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 2 Jam
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :  WTPL ≤ 2 → skor = 100 2 < WTPL ≤ 3 → skor = 75 3 < WTPL ≤ 4 → skor = 50 4 < WTPL ≤ 5 → skor = 25 WTPL > 5 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Farmasi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :  WTOJ ≤ 30 → skor = 100 30 < WTOJ ≤ 40 → skor = 75 40 < WTOJ ≤ 50 → skor = 50 50 < WTOJ ≤ 60 → skor = 25 WTOJ > 60 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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 <math>\leq 24</math> jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ 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	$(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p><math>80 &lt; \text{PRM} \leq 100 \rightarrow \text{skor} = 100</math> <math>70 &lt; \text{PRM} \leq 80 \rightarrow \text{skor} = 75</math> <math>60 &lt; \text{PRM} \leq 70 \rightarrow \text{skor} = 50</math> <math>50 &lt; \text{PRM} \leq 60 \rightarrow \text{skor} = 25</math> <math>\text{PRM} \leq 50 \rightarrow \text{skor} = 0</math></p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan / Direktur Umum

# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial		
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)		
Perspektif	Keuangan		
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN		
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas		
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP Dan APBN yang efektif dan efisien.		
Definisi Operasional	<u>Pendapatan PNBP</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b>		
	<u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b> , dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.		
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja		
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)		
Numerator	Pendapatan PNBP		
Denominator	Biaya Operasional		
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%		
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>		
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrual</b> BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU		
Standar	65%		
Kriteria Penilaian		<div>Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)</div> <div>PB &gt; 65</div>	<div>Skor</div> <div>100</div>
		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		

# **INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) RS ORTOPEDI**

# PELAYANAN MEDIS

## Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik ( <i>good clinical governance</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum 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	<p>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> <p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <p>1) Dilakukan <b>audit clinical pathway</b> berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).</p> <p>2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis</p> <p>Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.</p> <p>Clinical pathway harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir.</p> <p>Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap tiga bulan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Eksklusi	Kasus dengan varian tambahan
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"> <li>Ada 5 CP → 100</li> <li>Ada 4 CP → 80</li> <li>Ada 3 CP → 60</li> <li>Ada 2 CP → 40</li> <li>Ada 1 CP → 20</li> <li>Tidak ada CP → 0</li> </ol> <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apabila dalam uji petik ditemukan pengisian CP yang tidak lengkap dalam dokumen rekam medik, maka akan menjadi faktor pengurang nilai yang diperoleh / dilaporkan.</li> <li>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.</li> </ol>
Bobot	Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator
Sumber Data	Rekam Medik

Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pembedahan di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan
Definisi operasional	<p>Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tahapan Sign-in dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi</li><li>2. Tahapan Time-out dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li><li>3. Tahapan Sign-out dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li></ol> <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
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	$\frac{\text{(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu)}}{\text{Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb}} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25 Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 70% $\leq$ Hasil < 80% $\rightarrow$ skor = 75 60% $\leq$ Hasil < 70% $\rightarrow$ skor = 50 50% $\leq$ Hasil < 60% $\rightarrow$ skor = 25 Hasil < 50 $\rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

Prosentase Kejadian Pasien Jatuh

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 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 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 Humpty Dumpty untuk pasien anak - anak, dan skala jatuh untuk pasien geriatri. Tujuannya untuk dilakukan intervensi dan monitoring yang intensif terhadap pasien beresiko jatuh dan harus dilakukan re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 3 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 3 % → skor = 100</p> <p>3% &lt; Hasil ≤ 9 % → skor = 75</p> <p>9% &lt; Hasil ≤ 14 % → skor = 50</p> <p>14% &lt; Hasil ≤ 20 % → skor = 25</p> <p>hasil &gt; 20 % → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Boushon, et.al., How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, 2012

Dekubitus

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
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> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus</li><li>2. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :<ol style="list-style-type: none"><li>a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar</li><li>b. Hasil kultur darah positif</li></ol></li><li>3. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.</li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	(Jumlah kejadian dekubitus dibagi Jumlah hari tirah baring) x 1000
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 1,5 \text{ ‰}$
Kriteria Penilaian	<p>hasil <math>\leq 1,5 \text{ ‰} \rightarrow</math> skor = 100 <math>1,5\text{‰} &lt; \text{Hasil} \leq 5 \text{ ‰} \rightarrow</math> skor = 75 <math>5\text{‰} &lt; \text{Hasil} \leq 10 \text{ ‰} \rightarrow</math> skor = 50 <math>10\text{‰} &lt; \text{Hasil} \leq 15 \text{ ‰} \rightarrow</math> skor = 25 Hasil <math>&gt; 15\text{‰} \rightarrow</math> skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. CDC NHSN, Maret 2011</li><li>2. buku pedoman PPI th 2011</li><li>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</li><li>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</li></ol>

Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
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> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,</li><li>2. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,</li><li>3. 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</li><li>4. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi</li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 2 % → skor = 100 2% &lt; Hasil ≤ 3% → skor = 75 3% &lt; Hasil ≤ 4% → skor = 50 4% &lt; Hasil ≤ 5% → skor = 25 Hasil &gt; 5 % → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. CDC NHSN, Maret 2011</li><li>2. buku pedoman PPI th 2011</li><li>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</li><li>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</li></ol>

Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Definisi Operasional	<p>Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik &gt; 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"><li>• Demam (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) tanpa ditemui penyebab lainnya.</li><li>• Leukopenia (<math>&lt; 4.000 \text{ WBC/mm}^3</math>) atau Leukositosis (<math>\geq 12.000 \text{ SDP/mm}^3</math>).</li><li>• Untuk penderita berumur <math>\geq 70</math> tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.</li></ul> <p>Minimal disertai 2 dari tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.</li><li>• Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.</li><li>• Ronki basah atau suara napas bronchial.</li><li>• Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi <math>\text{O}_2</math> (<math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240</math>), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.</li></ul> <p>Dasar diagnosis :</p> <p>Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan &gt; 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatoceles pada bayi berumur &lt; 1 tahun</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	$(\text{Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator}) \times 1000$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 5,8\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil <math>\leq 5.8 \%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 100</p> <p><math>5,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 8,3\% \rightarrow</math> skor = 75</p> <p><math>8,3\% &lt; \text{Hasil} \leq 10,8\% \rightarrow</math> skor = 50</p> <p><math>10,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 13,6\% \rightarrow</math> skor = 25</p> <p>Hasil <math>&gt; 13,6 \%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
Pic	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>1. CDC NHSN, Maret 2011</p> <p>2. buku pedoman PPI th 2011</p> <p>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</p> <p>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</p>

**Pemberian Pencegahan VTE Pada Pasien Hip atau Knee Arthroplasty**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pencegahan VTE di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Mutu Layanan dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan tindakan operasi hip dan knee arthroplasty terbebas dari VTE
Definisi operasional	Hip and Knee arthroplasty merupakan tindakan besar dan memerlukan waktu penanganan yang lama. Untuk mencegah venus trombo emboli dilakukan pencegahan dengan pemberian obat anti trombo emboli.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien yang diberikan pencegahan VTE pada operasi Hip dan Knee arthroplasty
Denominator	Jumlah pasien yang operasi hip dan knee arthroplaty
Inklusi	Pasien yang dilakukan tindakan operasi hip dan knee arthroplasty
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah pasien yang diberi VTE pada operasi Hip & Knee arthroplasty dibagi Jumlah pasien yang dioperasi Hip & Knee arthroplasti) x 100%.
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data
Standar	100%
Kriteria Penilaian	Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil < 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil < 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil < 80% → skor = 25 Hasil < 70% → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Ketepatan Identifikasi Pasien

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Identifikasi Pasien
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk dengan cara yang dapat dipercaya/ <i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut .
Definisi Operasional	<p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan <i>barcode</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p> <p>Ketepatan Identifikasi Pasien difokuskan pada kelengkapan identitas pasien dengan barcode atau cara lain pada produk – produk layanan yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama RS.</p> <p>Direktur Rumah Sakit menetapkan produk layanan yang akan diberikan barcode identitas atau cara lain.</p> <p>Cara lain yang dimaksud adalah penulisan identitas masih secara manual, tetapi harus jelas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur Total Sampling Kelengkapan Identifikasi Pasien dengan Barcode atau cara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nama Pasien</li><li>2. Nomor Identitas Pasien menggunakan Nomer Rekam Medik</li><li>3. Tanggal Lahir</li></ol> <p>Barcode atau cara lain terdiri minimal 2 variabel dari 3 variabel</p> <p>Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dikurangi</b> jumlah seluruh produk layanan yang tidak diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dibagi</b> Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>X</b> 100 %</p>
Eksklusi	Pasien dalam fase akut psikiatri (gaduh gelisah)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik / Unit Layanan
Standar	100
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Cuci Tangan (Hand Hygiene)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Pencegahan dan pengendalian infeksi untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Dimensi Mutu	Keselamatanpasien
Tujuan	Mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<p>Penilaian ini berdasarkan dilakukan atau tidaknya cuci tangan dalam <i>five moments for hand hygiene</i> (lima momen cuci tangan) yang ditetapkan oleh WHO. Lima momen tersebut adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sebelum bersentuhan dengan pasien</li><li>2. Sebelum melakukan prosedur bersih/steril</li><li>3. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien risiko tinggi</li><li>4. Setelah bersentuhan dengan pasien</li><li>5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien</li></ol> <p>Ada enam langkah hand hygiene yang telah ditetapkan oleh WHO. Langkah-langkah tersebut dimulai dengan meratakan sabun dengan menggosokkan pada kedua telapak tangan. Kemudian menggosok punggung tangan dan sela-sela jari, menggosok kedua telapak dan sela-sela jari kedua tangan, menggosok kedua punggung tangan dengan posisi kedua tangan saling mengunci, menggosok ibu jari kiri dengan diputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya. Terakhir mengusap ujung kuku tangan kanan dengan diputar di telapak tangan kiri dan sebaliknya, kemudian bilas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur dokumen :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan</li><li>2. Ada SOP</li><li>3. Dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi</li></ol>
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Ada Kebijakan, ada SOP, dan dilaksanakan sesuai dengan SOP
Kriteria Penilaian	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi = 100</li><li>2. Ada kebijakan, ada SOP dilaksanakan sesuai SOP dan tidak dievaluasi = 75</li><li>3. Ada Kebijakan, ada SOP tidak dilaksanakan sesuai dengan SOP dan tidak dievaluasi = 50</li><li>4. Tidak ada kebijakan, tidak ada SOP, dilaksanakan = 25</li></ol>
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka. Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu



Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%

Kriteria Penilaian	KRK (%) :  75 < KRK ≤ 100 % → skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % → skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % → skor = 50 KRK < 25 % → skor = 25
PIC	Direktur Umum

Emergency Respon Time 2 (ERT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Respon Time 2 (ERT 2) 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
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	<div>a. Operasi cito yang membutuhkan puasa &gt; 2 jam sejak diputuskan harus operasi</div> <div>b. Menunggu persetujuan keluarga</div> <div>c. Tidak adanya kamar perawat post operasi</div>
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Kamar Operasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) / IBS Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 120 menit
Kriteria Penilaian	<div>ERT (menit) :</div> <div>ERT ≤ 120 → skor = 100</div> <div>120 &lt; ERT ≤ 240 → skor = 75</div> <div>240 &lt; ERT ≤ 360 → skor = 50</div> <div>360 &lt; ERT ≤ 480 → skor = 25</div> <div>ERT &gt; 480 → skor = 0</div>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah waktu sejak pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien rawat jalan}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 60 Menit
Kriteria Penilaian	WTRJ (menit) :  WTRJ ≤ 60 → skor = 100 60 < WTRJ ≤ 80 → skor = 75 80 < WTRJ ≤ 100 → skor = 50 100 < WTRJ ≤ 120 → skor = 25 WTRJ > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 48 jam
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :  WTE ≤ 48 → skor = 100 48 < WTE ≤ 72 → skor = 75 72 < WTE ≤ 96 → skor = 50 96 < WTE ≤ 120 → skor = 25 WTE > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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 ekpertise dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seleuruh pemeriksaan radiologi konvensional
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Radiologi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 3 Jam
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :  WTPR ≤ 3 → skor = 100 3 < WTPR ≤ 4 → skor = 75 4 < WTPR ≤ 5 → skor = 50 5 < WTPR ≤ 6 → skor = 25 WTPR > 6 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Laboratorium Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 2 Jam
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :  WTPL ≤ 2 --> skor = 100 2 < WTPL ≤ 3 --> skor = 75 3 < WTPL ≤ 4 --> skor = 50 4 < WTPL ≤ 5 --> skor = 25 WTPL > 5 --> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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 medis pasien rawat inap yang diisi lengkap <b>dan</b> dikembalikan ke pengelola rekam medis dalam waktu <math>\leq 24</math> jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ 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	$(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p><math>80 &lt; \text{PRM} \leq 100 \rightarrow \text{skor} = 100</math></p> <p><math>70 &lt; \text{PRM} \leq 80 \rightarrow \text{skor} = 75</math></p> <p><math>60 &lt; \text{PRM} \leq 70 \rightarrow \text{skor} = 50</math></p> <p><math>50 &lt; \text{PRM} \leq 60 \rightarrow \text{skor} = 25</math></p> <p><math>\text{PRM} \leq 50 \rightarrow \text{skor} = 0</math></p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan / Direktur Umum



# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial		
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)		
Perspektif	Keuangan		
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN		
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas		
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP Dan APBN yang efektif dan efisien.		
Definisi Operasional	<u>Pendapatan PNBP</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b>		
	<u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b> , dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.		
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja		
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)		
Numerator	Pendapatan PNBP		
Denominator	Biaya Operasional		
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%		
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>		
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrual</b> BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU		
Standar	65%		
Kriteria Penilaian		<div>Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)</div> <div>PB &gt; 65</div>	<div>Skor</div> <div>100</div>
		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		

# **INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) RS MATA**

# PELAYANAN MEDIS

## Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik ( <i>good clinical governance</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	<p>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.</p>
Definisi operasional	<p>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> <p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <p>1) Dilakukan <b>audit clinical pathway</b> berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).</p> <p>2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis</p> <p>Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.</p> <p>Clinical pathway harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir.</p> <p>Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap tiga bulan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Eksklusi	Kasus dengan varian tambahan
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"> <li>Ada 5 CP → 100</li> <li>Ada 4 CP → 80</li> <li>Ada 3 CP → 60</li> <li>Ada 2 CP → 40</li> <li>Ada 1 CP → 20</li> <li>Tidak ada CP → 0</li> </ol> <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apabila dalam uji petik ditemukan pengisian CP yang tidak lengkap dalam dokumen rekam medik, maka akan menjadi faktor pengurang nilai yang diperoleh / dilaporkan.</li> <li>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.</li> </ol>
Bobot	Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator
Sumber Data	Rekam Medik

Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pembedahan di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan
Definisi operasional	<p>Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tahapan Sign-in dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi</li><li>2. Tahapan Time-out dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li><li>3. Tahapan Sign-out dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li></ol> <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
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	$\frac{\text{(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu)}}{\text{Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb}} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25 Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 70% $\leq$ Hasil < 80% $\rightarrow$ skor = 75 60% $\leq$ Hasil < 70% $\rightarrow$ skor = 50 50% $\leq$ Hasil < 60% $\rightarrow$ skor = 25 Hasil < 50 $\rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien
Definisi operasional	<p>Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi yang dimaksud adalah tidak terjadinya operasi salah sisi.</p> <p>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.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi
Inklusi	Semua pasien pembedahan di kamar operasi
Eksklusi	--
Formula	$(\text{Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi} \div \text{Jumlah pasien yang dilakukan operasi}) \times 100 \%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	0 %
Kriteria Penilaian	hasil 0 % --> skor = 100 hasil > 0% --> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Glaukoma

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunnya kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Glaukoma
Definisi operasional	Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Glaukoma adalah banyaknya kejadian infeksi endoftalmitis pada pasien pasca operasi glaukoma.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kasus Endoftalmitis pasca bedah Glaukoma
Denominator	Jumlah Pasien Operasi Glaukoma
Inklusi	Pasien dengan pembedahan glaukoma
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kasus Endoftalmitis pasca bedah Glaukoma dibagi Jumlah Pasien Operasi Glaukoma) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	0 %
Kriteria Penilaian	hasil = 0% --> skor = 100 0% < Hasil ≤ 5% --> skor = 75 5% < Hasil ≤ 10% --> skor = 50 10% < Hasil ≤ 15% --> skor = 25 hasil > 15% --> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	1. CDC NHSN, Maret 2011 2. buku pedoman PPI th 2011 3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011 4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention



Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunnya kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak
Definisi operasional	Endoftalmitis Post Operasi Katarak adalah kejadian timbulnya endoftalmitis setelah dilakukannya operasi Katarak
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah Endoftalmitis pasca bedah Katarak
Denominator	Jumlah Pasien Operasi Katarak
Inklusi	Pasien dengan pembedahan katarak
Eksklusi	--
Formula	$\left( \frac{\text{Jumlah Endoftalmitis pasca bedah katarak}}{\text{Jumlah pasien operasi katarak}} \right) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	1,2 %
Kriteria Penilaian	hasil = $\leq 1,2\%$ --> skor = 100 $> 1,2\% < \text{Hasil} \leq 5\%$ --> skor = 75 $5\% < \text{Hasil} \leq 10\%$ --> skor = 50 $10\% < \text{Hasil} \leq 15\%$ --> skor = 25 hasil $> 15\%$ --> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	1. CDC NHSN, Maret 2011 2. buku pedoman PPI th 2011 3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011 4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention

Ketepatan Identifikasi Pasien

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Identifikasi Pasien
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk dengan cara yang dapat dipercaya/ <i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut .
Definisi Operasional	<p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan <i>barcode</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p> <p>Ketepatan Identifikasi Pasien difokuskan pada kelengkapan identitas pasien dengan barcode atau cara lain pada produk – produk layanan yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama RS.</p> <p>Direktur Rumah Sakit menetapkan produk layanan yang akan diberikan barcode identitas atau cara lain.</p> <p>Cara lain yang dimaksud adalah penulisan identitas masih secara manual, tetapi harus jelas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur Total Sampling Kelengkapan Identifikasi Pasien dengan Barcode atau cara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nama Pasien</li><li>2. Nomor Identitas Pasien menggunakan Nomer Rekam Medik</li><li>3. Tanggal Lahir</li></ol> <p>Barcode atau cara lain terdiri minimal 2 variabel dari 3 variabel</p> <p>Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dikurangi</b> jumlah seluruh produk layanan yang tidak diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dibagi</b> Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>X</b> 100 %</p>
Eksklusi	Pasien dalam fase akut psikiatri (gaduh gelisah)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik / Unit Layanan
Standar	100
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Tingkat Pencegahan Kebutaan di IGD

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawat daruratan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien mengalami kebutaan yang ditangani di IGD
Definisi operasional	Tingkat kebutaan di IGD adalah kecepatan penanganan pasien dengan gangguan mata harus dilaksanakan dalam $\leq 8$ jam sejak pasien datang ke IGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami kebutaan di IGD $\leq 8$ jam
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan mata di IGD
Inklusi	Seluruh pasien gangguan mata di IGD
Eksklusi	Pasien bukan dengan gangguan mata
Formula	Jumlah pasien yang mengalami kebutaan di IGD $\leq 8$ jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat di IGD x 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 2,5$ %
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 2,5$ %--> skor = 100 2,6% < Hasil $\leq 3,0\%$ --> skor = 75 3,0% < Hasil $\leq 3,5\%$ --> skor = 50 3,5% < Hasil $\leq 4,0$ % --> skor = 25 Hasil > 4 %--> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Attachment Retina Post Operasi VPP

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawat daruratan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk mengetahui keberhasilan operasi retina
Definisi operasional	Attachment retina adalah pelekatan retina pada pasien ablation retina rhematogen setelah dilakukan tindakan operasi vitrectomy dalam waktu 1 bulan pasca operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien pasca operasi VPP dengan bukle atau tanpa bukle yang mengalami perlekatan retina selama 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh Pasien pasca operasi VPP dengan bukle atau tanpa bukle (B)
Inklusi	Seluruh Pasien pasca operasi VPP
Eksklusi	--
Formula	$\left( \frac{\text{Jumlah pasien pasca operasi vpp dengan bukle atau tanpa bukle yang mengalami perlekatan retina}}{\text{Jumlah seluruh Pasien pasca operasi vpp dengan bukle atau tanpa bukle}} \right) \times 100 \%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	75 %
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 75\%$ --> skor = 100 60% $\leq$ Hasil < 75% --> skor = 75 45% $\leq$ Hasil < 60% --> skor = 50 25% $\leq$ Hasil < 45% --> skor = 25 Hasil $\leq 25\%$ --> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Cuci Tangan (Hand Hygiene)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Pencegahan dan pengendalian infeksi untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Dimensi Mutu	Keselamatanpasien
Tujuan	Mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<p>Penilaian ini berdasarkan dilakukan atau tidaknya cuci tangan dalam <i>five moments for hand hygiene</i> (lima momen cuci tangan) yang ditetapkan oleh WHO. Lima momen tersebut adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sebelum bersentuhan dengan pasien</li><li>2. Sebelum melakukan prosedur bersih/steril</li><li>3. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien risiko tinggi</li><li>4. Setelah bersentuhan dengan pasien</li><li>5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien</li></ol> <p>Ada enam langkah hand hygiene yang telah ditetapkan oleh WHO. Langkah-langkah tersebut dimulai dengan meratakan sabun dengan menggosokkan pada kedua telapak tangan. Kemudian menggosok punggung tangan dan sela-sela jari, menggosok kedua telapak dan sela-sela jari kedua tangan, menggosok kedua punggung tangan dengan posisi kedua tangan saling mengunci, menggosok ibu jari kiri dengan diputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya. Terakhir mengusap ujung kuku tangan kanan dengan diputar di telapak tangan kiri dan sebaliknya, kemudian bilas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur dokumen :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan</li><li>2. Ada SOP</li><li>3. Dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi</li></ol>
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Ada Kebijakan, ada SOP, dan dilaksanakan sesuai dengan SOP
Kriteria Penilaian	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi = 100</li><li>2. Ada kebijakan, ada SOP dilaksanakan sesuai SOP dan tidak dievaluasi = 75</li><li>3. Ada Kebijakan, ada SOP tidak dilaksanakan sesuai dengan SOP dan tidak dievaluasi = 50</li><li>4. Tidak ada kebijakan, tidak ada SOP, dilaksanakan = 25</li></ol>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%

Kriteria Penilaian	KRK (%) :  75 < KRK ≤ 100 % → skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % → skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % → skor = 50 KRK < 25 % → skor = 25
PIC	Direktur Umum

Emergency Respon Time 2 (ERT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Respon Time 2 (ERT 2) 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
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	<div>a. Operasi cito yang membutuhkan puasa &gt; 2 jam sejak diputuskan harus operasi</div> <div>b. Menunggu persetujuan keluarga</div> <div>c. Tidak adanya kamar perawat post operasi</div>
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Kamar Operasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) / IBS Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 120 menit
Kriteria Penilaian	<div>ERT (menit) :</div> <div>ERT ≤ 120 → skor = 100</div> <div>120 &lt; ERT ≤ 240 → skor = 75</div> <div>240 &lt; ERT ≤ 360 → skor = 50</div> <div>360 &lt; ERT ≤ 480 → skor = 25</div> <div>ERT &gt; 480 → skor = 0</div>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah waktu sejak pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien rawat jalan}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	$\leq 60$ Menit
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 Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 48 jam
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :  WTE ≤ 48 → skor = 100 48 < WTE ≤ 72 → skor = 75 72 < WTE ≤ 96 → skor = 50 96 < WTE ≤ 120 → skor = 25 WTE > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Farmasi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :  WTOJ ≤ 30 → skor = 100 30 < WTOJ ≤ 40 → skor = 75 40 < WTOJ ≤ 50 → skor = 50 50 < WTOJ ≤ 60 → skor = 25 WTOJ > 60 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Laboratorium Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 2 Jam
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :  WTPL ≤ 2 --> skor = 100 2 < WTPL ≤ 3 --> skor = 75 3 < WTPL ≤ 4 --> skor = 50 4 < WTPL ≤ 5 --> skor = 25 WTPL > 5 --> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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 <b>dan</b> dikembalikan ke pengelola rekam medik dalam waktu <math>\leq 24</math> jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ 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	$(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p><math>80 &lt; \text{PRM} \leq 100 \rightarrow \text{skor} = 100</math> <math>70 &lt; \text{PRM} \leq 80 \rightarrow \text{skor} = 75</math> <math>60 &lt; \text{PRM} \leq 70 \rightarrow \text{skor} = 50</math> <math>50 &lt; \text{PRM} \leq 60 \rightarrow \text{skor} = 25</math> <math>\text{PRM} \leq 50 \rightarrow \text{skor} = 0</math></p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan / Direktur Umum

# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial																						
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)																						
Perspektif	Keuangan																						
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN																						
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas																						
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP Dan APBN yang efektif dan efisien.																						
Definisi Operasional	<div> <u>Pendapatan PNBP</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b> </div> <div> <u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b>, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.         </div>																						
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja																						
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)																						
Numerator	Pendapatan PNBP																						
Denominator	Biaya Operasional																						
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%																						
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>																						
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrual</b> BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU																						
Standar	65%																						
Kriteria Penilaian	<table> <tr> <th>Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)</th><th>Skor</th></tr> <tr> <td>PB &gt; 65</td><td>100</td></tr> <tr> <td>57 &lt; PB ≤ 65</td><td>90</td></tr> <tr> <td>50 &lt; PB ≤ 57</td><td>80</td></tr> <tr> <td>42 &lt; PB ≤ 50</td><td>70</td></tr> <tr> <td>35 &lt; PB ≤ 42</td><td>60</td></tr> <tr> <td>28 &lt; PB ≤ 35</td><td>50</td></tr> <tr> <td>20 &lt; PB ≤ 28</td><td>40</td></tr> <tr> <td>12 &lt; PB ≤ 20</td><td>30</td></tr> <tr> <td>4 &lt; PB ≤ 12</td><td>20</td></tr> <tr> <td>0 ≤ PB ≤ 4</td><td>0</td></tr> </table>	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)	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 PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)	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																						

**INDIKATOR KINERJA  
INDIVIDU (IKI)  
RS ANAK & BUNDA  
HARAPAN KITA**

# PELAYANAN MEDIS

## Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik ( <i>good clinical governance</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum 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	<p>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> <p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <p>1) Dilakukan <b>audit clinical pathway</b> berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).</p> <p>2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis</p> <p>Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.</p> <p>Clinical pathway harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir.</p> <p>Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap tiga bulan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Eksklusi	Kasus dengan varian tambahan
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"> <li>Ada 5 CP → 100</li> <li>Ada 4 CP → 80</li> <li>Ada 3 CP → 60</li> <li>Ada 2 CP → 40</li> <li>Ada 1 CP → 20</li> <li>Tidak ada CP → 0</li> </ol> <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apabila dalam uji petik ditemukan pengisian CP yang tidak lengkap dalam dokumen rekam medik, maka akan menjadi faktor pengurang nilai yang diperoleh / dilaporkan.</li> <li>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.</li> </ol>
Bobot	Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator
Sumber Data	Rekam Medik



Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pembedahan di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan
Definisi operasional	<p>Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tahapan Sign-in dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi</li><li>2. Tahapan Time-out dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li><li>3. Tahapan Sign-out dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li></ol> <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
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	$\frac{\text{(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu)}}{\text{Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb}} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25 Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 70% $\leq$ Hasil < 80% $\rightarrow$ skor = 75 60% $\leq$ Hasil < 70% $\rightarrow$ skor = 50 50% $\leq$ Hasil < 60% $\rightarrow$ skor = 25 Hasil < 50 $\rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

Prosentase Kejadian Pasien Jatuh

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 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 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 Humpty Dumpty 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 re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 3 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 3 % → skor = 100</p> <p>3% &lt; Hasil ≤ 9 % → skor = 75</p> <p>9% &lt; Hasil ≤ 14 % → skor = 50</p> <p>14% &lt; Hasil ≤ 20 % → skor = 25</p> <p>hasil &gt; 20 % → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Boushon, et.al., How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, 2012

Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
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> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,</li><li>2. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,</li><li>3. 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</li><li>4. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi</li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 2 % → skor = 100 2% &lt; Hasil ≤ 3% → skor = 75 3% &lt; Hasil ≤ 4% → skor = 50 4% &lt; Hasil ≤ 5% → skor = 25 Hasil &gt; 5 % → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. CDC NHSN, Maret 2011</li><li>2. buku pedoman PPI th 2011</li><li>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</li><li>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</li></ol>

Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Definisi Operasional	<p>Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik &gt; 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"><li>• Demam (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) tanpa ditemui penyebab lainnya.</li><li>• Leukopenia (<math>&lt; 4.000 \text{ WBC/mm}^3</math>) atau Leukositosis (<math>\geq 12.000 \text{ SDP/mm}^3</math>).</li><li>• Untuk penderita berumur <math>\geq 70</math> tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.</li></ul> <p>Minimal disertai 2 dari tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.</li><li>• Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.</li><li>• Ronki basah atau suara napas bronchial.</li><li>• Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi <math>\text{O}_2</math> (<math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240</math>), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.</li></ul> <p>Dasar diagnosis :</p> <p>Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan &gt; 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatoceles pada bayi berumur &lt; 1 tahun</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	$(\text{Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator}) \times 1000$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 5,8\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil <math>\leq 5.8 \%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 100</p> <p><math>5,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 8,3\% \rightarrow</math> skor = 75</p> <p><math>8,3\% &lt; \text{Hasil} \leq 10,8\% \rightarrow</math> skor = 50</p> <p><math>10,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 13,6\% \rightarrow</math> skor = 25</p> <p>Hasil <math>&gt; 13,6 \%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
Pic	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>1. CDC NHSN, Maret 2011</p> <p>2. buku pedoman PPI th 2011</p> <p>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</p> <p>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</p>

Kejadian Kematian Ibu Saat Persalinan Karena Perdarahan

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawatdaruratan persalinan berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
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 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Perdarahan ≤ 1 %
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 1% → skor = 100 1% < Hasil ≤ 3 % → skor = 75 3% < Hasil ≤ 6 % → skor = 50 6% < Hasil ≤ 10 % → skor = 25 Hasil > 10% → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Kejadian Kematian Ibu Saat Persalinan Karena Sepsis

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawatdaruratan persalinan berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan sepsis
Inklusi	pasien persalinan dengan sepsis
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis dibagi Jumlah pasien persalinan dengan sepsis) X 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Sepsis ≤ 0,2 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 0,2% → skor = 100</p> <p>0,2% &lt; Hasil ≤ 1,0% → skor = 75</p> <p>1,0% &lt; Hasil ≤ 2,0% → skor = 50</p> <p>2,0% &lt; Hasil ≤ 3,0% → skor = 25</p> <p>Hasil &gt; 3,0% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



**Kemampuan Menangani BBLSR < 1500 gr**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawat daruratan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam melayani BBLSR
Definisi operasional	BBLSR adalah bayi yang lahir di RSAB Harapan Kita dengan berat badan sangat rendah yaitu < 1500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah BBLSR < 1500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	jumlah BBLSR < 1500 gr yang ditangani
Inklusi	Bayi dengan Berat Badan < 1500 gr
Eksklusi	--
Formula	$\frac{\text{Jumlah BBLSR < 1500 gr yang berhasil ditangani}}{\text{jumlah BBLSR < 1500 gr yang ditangani}} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 60\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 60\% \rightarrow$ skor = 100 50% $\leq$ Hasil < 60 % $\rightarrow$ skor = 90 40% $\leq$ Hasil < 50% $\rightarrow$ skor = 80 30% $\leq$ Hasil < 40% $\rightarrow$ skor = 60 Hasil < 30% $\rightarrow$ skor = 25
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Tindakan Operasi di Ruang Neonatal Intensive Care Unit (NICU)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawat daruratan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam melakukan tindakan operatif di Neonatal Intensif Care Unit (NICU)
Definisi operasional	Tindakan operasi diruangan Neonatal Intensive Case Unit (NICU) adalah kemampuan untuk melakukan operasi tertentu di ruang NICU, misalnya ligasi PDA
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah tindakan operasi di NICU yang berhasil dilakukan
Denominator	Jumlah tindakan operasi di NICU yang dilakukan
Inklusi	Tindakan tindakan yang dapat dilakukan di ruang NICU
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah tindakan operasi di NICU yang berhasil dilakukan dibagi Jumlah tindakan operasi di NICU yang dilakukan) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	NICU, catatan data
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	Hasil > 80% → skor = 100 60% < Hasil ≤ 80% → skor = 90 50% < Hasil ≤ 60% → skor = 75 40% < Hasil ≤ 50% → skor = 50 Hasil ≤ 40% → skor = 25
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Ketepatan Identifikasi Pasien

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Identifikasi Pasien
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk dengan cara yang dapat dipercaya/ <i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut .
Definisi Operasional	<p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan <i>barcode</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p> <p>Ketepatan Identifikasi Pasien difokuskan pada kelengkapan identitas pasien dengan barcode atau cara lain pada produk – produk layanan yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama RS.</p> <p>Direktur Rumah Sakit menetapkan produk layanan yang akan diberikan barcode identitas atau cara lain.</p> <p>Cara lain yang dimaksud adalah penulisan identitas masih secara manual, tetapi harus jelas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur Total Sampling Kelengkapan Identifikasi Pasien dengan Barcode atau cara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nama Pasien</li><li>2. Nomor Identitas Pasien menggunakan Nomer Rekam Medik</li><li>3. Tanggal Lahir</li></ol> <p>Barcode atau cara lain terdiri minimal 2 variabel dari 3 variabel</p> <p>Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dikurangi</b> jumlah seluruh produk layanan yang tidak diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dibagi</b> Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>X</b> 100 %</p>
Eksklusi	Pasien dalam fase akut psikiatri (gaduh gelisah)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik / Unit Layanan
Standar	100
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%

Kriteria Penilaian	KRK (%) :  75 < KRK ≤ 100 % → skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % → skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % → skor = 50 KRK < 25 % → skor = 25
PIC	Direktur Umum

Emergency Respon Time 2 (ERT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Respon Time 2 (ERT 2) 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
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	<div>a. Operasi cito yang membutuhkan puasa &gt; 2 jam sejak diputuskan harus operasi</div> <div>b. Menunggu persetujuan keluarga</div> <div>c. Tidak adanya kamar perawat post operasi</div>
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Kamar Operasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) / IBS Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 120 menit
Kriteria Penilaian	<div>ERT (menit) :</div> <div>ERT ≤ 120 → skor = 100</div> <div>120 &lt; ERT ≤ 240 → skor = 75</div> <div>240 &lt; ERT ≤ 360 → skor = 50</div> <div>360 &lt; ERT ≤ 480 → skor = 25</div> <div>ERT &gt; 480 → skor = 0</div>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah waktu sejak pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien rawat jalan}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	$\leq 60$ Menit
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 Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 48 jam
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :  WTE ≤ 48 → skor = 100 48 < WTE ≤ 72 → skor = 75 72 < WTE ≤ 96 → skor = 50 96 < WTE ≤ 120 → skor = 25 WTE > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Radiologi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 3 Jam
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :  WTPR ≤ 3 → skor = 100 3 < WTPR ≤ 4 → skor = 75 4 < WTPR ≤ 5 → skor = 50 5 < WTPR ≤ 6 → skor = 25 WTPR > 6 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Laboratorium Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 2 Jam
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :  WTPL ≤ 2 --> skor = 100 2 < WTPL ≤ 3 --> skor = 75 3 < WTPL ≤ 4 --> skor = 50 4 < WTPL ≤ 5 --> skor = 25 WTPL > 5 --> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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 medis pasien rawat inap yang diisi lengkap <b>dan</b> dikembalikan ke pengelola rekam medis dalam waktu <math>\leq 24</math> jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ 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	$\left( \frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \right) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p>80 &lt; PRM <math>\leq</math> 100 <math>\rightarrow</math> skor = 100 70 &lt; PRM <math>\leq</math> 80 <math>\rightarrow</math> skor = 75 60 &lt; PRM <math>\leq</math> 70 <math>\rightarrow</math> skor = 50 50 &lt; PRM <math>\leq</math> 60 <math>\rightarrow</math> skor = 25 PRM <math>\leq</math> 50 <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan / Direktur Umum

# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial																						
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)																						
Perspektif	Keuangan																						
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN																						
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas																						
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP Dan APBN yang efektif dan efisien.																						
Definisi Operasional	<div> <u>Pendapatan PNBP</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b> </div> <div> <u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b>, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.         </div>																						
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja																						
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)																						
Numerator	Pendapatan PNBP																						
Denominator	Biaya Operasional																						
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%																						
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>																						
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrual</b> BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU																						
Standar	65%																						
Kriteria Penilaian	<table> <tr> <th>Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)</th><th>Skor</th></tr> <tr> <td>PB &gt; 65</td><td>100</td></tr> <tr> <td>57 &lt; PB ≤ 65</td><td>90</td></tr> <tr> <td>50 &lt; PB ≤ 57</td><td>80</td></tr> <tr> <td>42 &lt; PB ≤ 50</td><td>70</td></tr> <tr> <td>35 &lt; PB ≤ 42</td><td>60</td></tr> <tr> <td>28 &lt; PB ≤ 35</td><td>50</td></tr> <tr> <td>20 &lt; PB ≤ 28</td><td>40</td></tr> <tr> <td>12 &lt; PB ≤ 20</td><td>30</td></tr> <tr> <td>4 &lt; PB ≤ 12</td><td>20</td></tr> <tr> <td>0 ≤ PB ≤ 4</td><td>0</td></tr> </table>	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)	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 PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)	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																						

**INDIKATOR KINERJA  
INDIVIDU (IKI)  
RS JANTUNG &  
PEMBULUH DARAH  
HARAPAN KITA**

# PELAYANAN MEDIS

## Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik ( <i>good clinical governance</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	<p>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.</p>
Definisi operasional	<p>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> <p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <p>1) Dilakukan <b>audit clinical pathway</b> berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).</p> <p>2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis</p> <p>Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.</p> <p>Clinical pathway harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir.</p> <p>Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap tiga bulan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Eksklusi	Kasus dengan varian tambahan
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"> <li>Ada 5 CP → 100</li> <li>Ada 4 CP → 80</li> <li>Ada 3 CP → 60</li> <li>Ada 2 CP → 40</li> <li>Ada 1 CP → 20</li> <li>Tidak ada CP → 0</li> </ol> <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apabila dalam uji petik ditemukan pengisian CP yang tidak lengkap dalam dokumen rekam medik, maka akan menjadi faktor pengurang nilai yang diperoleh / dilaporkan.</li> <li>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.</li> </ol>
Bobot	Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator
Sumber Data	Rekam Medik

Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pembedahan di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan
Definisi operasional	<p>Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tahapan Sign-in dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi</li><li>2. Tahapan Time-out dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li><li>3. Tahapan Sign-out dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li></ol> <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
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	$\frac{\text{(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu)}}{\text{Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb}} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25 Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 70% $\leq$ Hasil < 80% $\rightarrow$ skor = 75 60% $\leq$ Hasil < 70% $\rightarrow$ skor = 50 50% $\leq$ Hasil < 60% $\rightarrow$ skor = 25 Hasil < 50 $\rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

Prosentase Kejadian Pasien Jatuh

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 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 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 Humpty Dumpty untuk pasien anak - anak, dan skala jatuh untuk pasien geriatri. Tujuannya untuk dilakukan intervensi dan monitoring yang intensif terhadap pasien beresiko jatuh dan harus dilakukan re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 3 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 3 % → skor = 100</p> <p>3% &lt; Hasil ≤ 9 % → skor = 75</p> <p>9% &lt; Hasil ≤ 14 % → skor = 50</p> <p>14% &lt; Hasil ≤ 20 % → skor = 25</p> <p>hasil &gt; 20 % → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Boushon, et.al., How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, 2012

Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
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> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,</li><li>2. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,</li><li>3. 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</li><li>4. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi</li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 2 % → skor = 100 2% &lt; Hasil ≤ 3% → skor = 75 3% &lt; Hasil ≤ 4% → skor = 50 4% &lt; Hasil ≤ 5% → skor = 25 Hasil &gt; 5 % → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. CDC NHSN, Maret 2011</li><li>2. buku pedoman PPI th 2011</li><li>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</li><li>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</li></ol>

Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Definisi Operasional	<p>Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik &gt; 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"><li>• Demam (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) tanpa ditemui penyebab lainnya.</li><li>• Leukopenia (<math>&lt; 4.000\text{ WBC/mm}^3</math>) atau Leukositosis (<math>\geq 12.000\text{ SDP/mm}^3</math>).</li><li>• Untuk penderita berumur <math>\geq 70</math> tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.</li></ul> <p>Minimal disertai 2 dari tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.</li><li>• Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.</li><li>• Ronki basah atau suara napas bronchial.</li><li>• Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi <math>\text{O}_2</math> (<math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240</math>), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.</li></ul> <p>Dasar diagnosis :</p> <p>Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan &gt; 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatoceles pada bayi berumur &lt; 1 tahun</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	$(\text{Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator}) \times 1000$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 5,8\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil <math>\leq 5.8\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 100</p> <p><math>5,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 8,3\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 75</p> <p><math>8,3\% &lt; \text{Hasil} \leq 10,8\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 50</p> <p><math>10,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 13,6\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 25</p> <p>Hasil <math>&gt; 13,6\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
Pic	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>1. CDC NHSN, Maret 2011</p> <p>2. buku pedoman PPI th 2011</p> <p>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</p> <p>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</p>

Ketepatan Identifikasi Pasien

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Identifikasi Pasien
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk dengan cara yang dapat dipercaya/ <i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut .
Definisi Operasional	<p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan <i>barcode</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p> <p>Ketepatan Identifikasi Pasien difokuskan pada kelengkapan identitas pasien dengan barcode atau cara lain pada produk – produk layanan yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama RS.</p> <p>Direktur Rumah Sakit menetapkan produk layanan yang akan diberikan barcode identitas atau cara lain.</p> <p>Cara lain yang dimaksud adalah penulisan identitas masih secara manual, tetapi harus jelas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur Total Sampling Kelengkapan Identifikasi Pasien dengan Barcode atau cara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nama Pasien</li><li>2. Nomor Identitas Pasien menggunakan Nomer Rekam Medik</li><li>3. Tanggal Lahir</li></ol> <p>Barcode atau cara lain terdiri minimal 2 variabel dari 3 variabel</p> <p>Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dikurangi</b> jumlah seluruh produk layanan yang tidak diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dibagi</b> Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>X</b> 100 %</p>
Eksklusi	Pasien dalam fase akut psikiatri (gaduh gelisah)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik / Unit Layanan
Standar	100
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan laboratorium rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	<p>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 mengirim (lisan atau tulisan).</p> <p>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</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 Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium</li><li>• Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita</li></ul>
Frekuensi Pengumpulan Data	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 RED Category Condition
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	(Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit dibagi jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis) X 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100</p> <p>90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75</p> <p>80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50</p> <p>70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25</p> <p>Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Kematian Pasien di IGD

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawat daruratan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang ditangani di IGD
Definisi operasional	Kematian pasien di IGD adalah kematian pasien yang terjadi dalam periode $\leq 8$ jam sejak pasien datang ke IGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	jumlah pasien meninggal di IGD $\leq 8$ jam sejak datang
Denominator	jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD
Inklusi	Pasien yang meninggal di IGD $\leq 8$ Jam
Eksklusi	Pasien DOA (Death On Arrival)
Formula	$(\text{Jumlah pasien meninggal di IGD} \leq 8 \text{ jam dibagi Jumlah seluruh pasien di IGD}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 2.5 \%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 2,5\% \rightarrow$ skor = 100 $2,5\% < \text{Hasil} \leq 3\% \rightarrow$ skor = 75 $3\% < \text{Hasil} \leq 3,5\% \rightarrow$ skor = 50 $3,5\% < \text{Hasil} \leq 4\% \rightarrow$ skor = 25 Hasil $> 4\% \rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Cuci Tangan (Hand Hygiene)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Pencegahan dan pengendalian infeksi untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Dimensi Mutu	Keselamatanpasien
Tujuan	Mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<p>Penilaian ini berdasarkan dilakukan atau tidaknya cuci tangan dalam <i>five moments for hand hygiene</i> (lima momen cuci tangan) yang ditetapkan oleh WHO. Lima momen tersebut adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sebelum bersentuhan dengan pasien</li><li>2. Sebelum melakukan prosedur bersih/steril</li><li>3. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien risiko tinggi</li><li>4. Setelah bersentuhan dengan pasien</li><li>5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien</li></ol> <p>Ada enam langkah hand hygiene yang telah ditetapkan oleh WHO. Langkah-langkah tersebut dimulai dengan meratakan sabun dengan menggosokkan pada kedua telapak tangan. Kemudian menggosok punggung tangan dan sela-sela jari, menggosok kedua telapak dan sela-sela jari kedua tangan, menggosok kedua punggung tangan dengan posisi kedua tangan saling mengunci, menggosok ibu jari kiri dengan diputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya. Terakhir mengusap ujung kuku tangan kanan dengan diputar di telapak tangan kiri dan sebaliknya, kemudian bilas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur dokumen :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan</li><li>2. Ada SOP</li><li>3. Dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi</li></ol>
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Ada Kebijakan, ada SOP, dan dilaksanakan sesuai dengan SOP
Kriteria Penilaian	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi = 100</li><li>2. Ada kebijakan, ada SOP dilaksanakan sesuai SOP dan tidak dievaluasi = 75</li><li>3. Ada Kebijakan, ada SOP tidak dilaksanakan sesuai dengan SOP dan tidak dievaluasi = 50</li><li>4. Tidak ada kebijakan, tidak ada SOP, dilaksanakan = 25</li></ol>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%

Kriteria Penilaian	KRK (%) :  75 < KRK ≤ 100 % → skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % → skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % → skor = 50 KRK < 25 % → skor = 25
PIC	Direktur Umum

**Persentase Door To Balloon Time < 90 Menit**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kecepatan Pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis.
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	RSJPDHK sebagai RS dengan pelayanan intervensi koroner 24 jam berupaya agar dapat melayani pasien serangan jantung akut dengan cepat menggunakan metoda yang sudah terbukti efektif dalam mengatasi kegawatan, menurunkan mortalitas dan morbiditas perawatan serta memperbaiki prognosis
Definisi operasional	Door to baloon time atau door to device time : adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk pintu IGD dengan sindroma koroner akut yang indikasi dilakukan angioplasti koroner primer hingga dilakukan dilatasi balon koroner yang pertama kali, atau upaya penyedotan trombus pertama kali. Waktu yang ditargetkan adalah < 90 menit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	(Jumlah pasien yang menjalani angioplasti koroner primer dengan door to balloon < 90 mnt / Jumlah pasien yang menjalani angioplasti koroner primer sesuai indikasi) X 100%.
Inklusi	Pasien yang datang ke IGD dengan sindroma koroner akut
Eksklusi	Bila keputusan / persetujuan dari pasien atau keluarga tidak dapat diperoleh dalam waktu 30 menit setelah diagnosis dan rencana tindakan diinformasikan atau bila diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukakn angioplasti koroner. Bila kasus atau kondisi pasien dengan penyulit: - Syok - Gagal jantung akut - Gagal nafas - Aritmia malignan (VT, VF)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Register/ catatan UGD & register DI-INB.
Standar	>80% tindakan angioplasti koroner primer terhadap pasien dengan sindroma koroner akut dilakukan dalam waktu < 90 menit
Kriteria Penilaian	> 80% nilai 100 > 75 - <80% nilai 90 > 70 - <75% nilai 80 < 70% nilai 70
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah waktu sejak pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien rawat jalan}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 60 Menit
Kriteria Penilaian	WTRJ (menit) :  WTRJ ≤ 60 → skor = 100 60 < WTRJ ≤ 80 → skor = 75 80 < WTRJ ≤ 100 → skor = 50 100 < WTRJ ≤ 120 → skor = 25 WTRJ > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 48 jam
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :  WTE ≤ 48 → skor = 100 48 < WTE ≤ 72 → skor = 75 72 < WTE ≤ 96 → skor = 50 96 < WTE ≤ 120 → skor = 25 WTE > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Radiologi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 3 Jam
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :  WTPR ≤ 3 → skor = 100 3 < WTPR ≤ 4 → skor = 75 4 < WTPR ≤ 5 → skor = 50 5 < WTPR ≤ 6 → skor = 25 WTPR > 6 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Farmasi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :  WTOJ ≤ 30 → skor = 100 30 < WTOJ ≤ 40 → skor = 75 40 < WTOJ ≤ 50 → skor = 50 50 < WTOJ ≤ 60 → skor = 25 WTOJ > 60 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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 <b>dan</b> dikembalikan ke pengelola rekam medik dalam waktu <math>\leq 24</math> jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ 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	$\left( \frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \right) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p>80 &lt; PRM <math>\leq</math> 100 <math>\rightarrow</math> skor = 100 70 &lt; PRM <math>\leq</math> 80 <math>\rightarrow</math> skor = 75 60 &lt; PRM <math>\leq</math> 70 <math>\rightarrow</math> skor = 50 50 &lt; PRM <math>\leq</math> 60 <math>\rightarrow</math> skor = 25 PRM <math>\leq</math> 50 <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan / Direktur Umum



# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial		
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)		
Perspektif	Keuangan		
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN		
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas		
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP Dan APBN yang efektif dan efisien.		
Definisi Operasional	<u>Pendapatan PNBP</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b>		
	<u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b> , dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.		
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja		
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)		
Numerator	Pendapatan PNBP		
Denominator	Biaya Operasional		
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%		
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>		
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrual</b> BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU		
Standar	65%		
Kriteria Penilaian		<div>Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)</div> <div>PB &gt; 65</div>	<div>Skor</div> <div>100</div>
		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		

# **INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) RS KANKER DHARMAIS**

# PELAYANAN MEDIS

## Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik ( <i>good clinical governance</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	<p>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.</p>
Definisi operasional	<p>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> <p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <p>1) Dilakukan <b>audit clinical pathway</b> berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).</p> <p>2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis</p> <p>Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.</p> <p>Clinical pathway harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir.</p> <p>Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap tiga bulan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Eksklusi	Kasus dengan varian tambahan
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"> <li>Ada 5 CP → 100</li> <li>Ada 4 CP → 80</li> <li>Ada 3 CP → 60</li> <li>Ada 2 CP → 40</li> <li>Ada 1 CP → 20</li> <li>Tidak ada CP → 0</li> </ol> <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apabila dalam uji petik ditemukan pengisian CP yang tidak lengkap dalam dokumen rekam medik, maka akan menjadi faktor pengurang nilai yang diperoleh / dilaporkan.</li> <li>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.</li> </ol>
Bobot	Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator
Sumber Data	Rekam Medik

Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pembedahan di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan
Definisi operasional	<p>Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tahapan Sign-in dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi</li><li>2. Tahapan Time-out dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li><li>3. Tahapan Sign-out dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li></ol> <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
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	$\frac{\text{(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu)}}{\text{Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb}} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25 Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 70% $\leq$ Hasil < 80% $\rightarrow$ skor = 75 60% $\leq$ Hasil < 70% $\rightarrow$ skor = 50 50% $\leq$ Hasil < 60% $\rightarrow$ skor = 25 Hasil < 50 $\rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

Prosentase Kejadian Pasien Jatuh

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 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 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 Humpty Dumpty 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 re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 3 %
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 3 % → skor = 100 3% < Hasil ≤ 9 % → skor = 75 9% < Hasil ≤ 14 % → skor = 50 14% < Hasil ≤ 20 % → skor = 25 hasil > 20 % → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Boushon, et.al., How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, 2012

Dekubitus

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
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> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus</li><li>2. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :<ol style="list-style-type: none"><li>a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar</li><li>b. Hasil kultur darah positif</li></ol></li><li>3. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.</li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	(Jumlah kejadian dekubitus dibagi Jumlah hari tirah baring) x 1000
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 1,5 ‰
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 1,5 ‰ → skor = 100 1,5‰ < Hasil ≤ 5 ‰ → skor = 75 5‰ < Hasil ≤ 10 ‰ → skor = 50 10‰ < Hasil ≤ 15 ‰ → skor = 25 Hasil > 15‰ → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	1. CDC NHSN, Maret 2011 2. buku pedoman PPI th 2011 3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011 4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention



Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Definisi Operasional	<p>Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik &gt; 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"><li>• Demam (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) tanpa ditemui penyebab lainnya.</li><li>• Leukopenia (<math>&lt; 4.000 \text{ WBC/mm}^3</math>) atau Leukositosis (<math>\geq 12.000 \text{ SDP/mm}^3</math>).</li><li>• Untuk penderita berumur <math>\geq 70</math> tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.</li></ul> <p>Minimal disertai 2 dari tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.</li><li>• Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.</li><li>• Ronki basah atau suara napas bronchial.</li><li>• Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi <math>\text{O}_2</math> (<math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240</math>), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.</li></ul> <p>Dasar diagnosis :</p> <p>Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan &gt; 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatocoles pada bayi berumur &lt; 1 tahun</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	$(\text{Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator}) \times 1000$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 5,8\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil <math>\leq 5.8 \%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 100</p> <p><math>5,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 8,3\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 75</p> <p><math>8,3\% &lt; \text{Hasil} \leq 10,8\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 50</p> <p><math>10,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 13,6\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 25</p> <p>Hasil <math>&gt; 13,6 \%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
Pic	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>1. CDC NHSN, Maret 2011</p> <p>2. buku pedoman PPI th 2011</p> <p>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</p> <p>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</p>

**Presentase Angka Kejadian Ektravasasi Dengan Pemberian Kemoterapi Melalui Intravena**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya Kepuasan pelanggan, efisiensi biaya, manageman resiko dan keselamatan pasien
Definisi operasional	Presentase Angka Kejadian Ektravasasi dengan Pemberian kemoterapi melalui Intravena adalah banyaknya jumlah kejadian ektravasasi pada pasien dengan pemberian khemoterapi secara intavena
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kejadian Ektravasasi
Denominator	Jumlah seluruh sample atau seluruh pasien yang diberikan khemo terapi melalui intavena
Inklusi	Pasien Khemoterapi Intravena
Eksklusi	Pasien Pemberian Khemoterapi intra tecal,vena central (selain intravena)
Formula	(Jumlah kejadian Ektravasasi dibagi Jumlah seluruh sample atau seluruh pasien yang diberikan khemo terapi melalui intavena) x 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data Instalasi Rawat Inap, Sampling dilakukan jika jumlah pasien > 50 pasien
Standar	≤ 5%
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 5% --> skor = 100 5% < Hasil ≤ 7 % --> skor = 75 7% < Hasil ≤ 9 % --> skor = 50 9% < Hasil ≤ 11 % --> skor = 25 Hasil >11% --> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Ketepatan Identifikasi Pasien

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Identifikasi Pasien
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk dengan cara yang dapat dipercaya/ <i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut .
Definisi Operasional	<p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan <i>barcode</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p> <p>Ketepatan Identifikasi Pasien difokuskan pada kelengkapan identitas pasien dengan barcode atau cara lain pada produk – produk layanan yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama RS.</p> <p>Direktur Rumah Sakit menetapkan produk layanan yang akan diberikan barcode identitas atau cara lain.</p> <p>Cara lain yang dimaksud adalah penulisan identitas masih secara manual, tetapi harus jelas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur Total Sampling Kelengkapan Identifikasi Pasien dengan Barcode atau cara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nama Pasien</li><li>2. Nomor Identitas Pasien menggunakan Nomer Rekam Medik</li><li>3. Tanggal Lahir</li></ol> <p>Barcode atau cara lain terdiri minimal 2 variabel dari 3 variabel</p> <p>Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dikurangi</b> jumlah seluruh produk layanan yang tidak diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dibagi</b> Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>X</b> 100 %</p>
Eksklusi	Pasien dalam fase akut psikiatri (gaduh gelisah)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik / Unit Layanan
Standar	100
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Presentase Jumlah Kasus Kanker Servik yang di Diskusikan oleh Tim Multi Disiplin Sebelum Pengobatan Definitif**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya center of excellent dengan layanan comprehensive dan interdisiplin sebagai pusat rujukan kanker
Dimensi Mutu	Efisiensi dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya penilaian nilai , keunggulan teknis dan keselamatan pasien
Definisi operasional	Presentase Jumlah kasus kanker servik yang didiskusikan oleh tim multidisiplin sebelum pengobatan definitif adalah proporsi jumlah kasus pasien kanker serviks yang didiskusikan oleh tim multidisiplin sebelum pengobatan definitif dibandingkan dengan seluruh pasien dengan kanker serviks.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kasus pasien kanker serviks yang didiskusikan oleh tim multidisiplin sebelum pengobatan definitif
Denominator	Jumlah seluruh pasien dengan kanker serviks
Inklusi	Pasien dengan kanker serviks
Eksklusi	1. Pasien Kanker serviks yang meninggal sebelum terapi pertama dimulai. 2. Pasien dengan histopathological FIGO stadium IA1
Formula	(Jumlah kasus pasien kanker serviks yang didiskusikan oleh tim multidisiplin sebelum pengobatan definitif dibagi Jumlah seluruh pasien dengan kanker serviks) x 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data, Sampling dilakukan jika jumlah pasien > 50 pasien
Standar	≥ 95%
Kriteria Penilaian	Hasil ≥ 95% → skor = 100 85% ≤ Hasil < 95% → skor = 75 75% ≤ Hasil < 85% → skor = 50 65% ≤ Hasil < 75% → skor = 25 Hasil < 65% → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Cuci Tangan (Hand Hygiene)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Pencegahan dan pengendalian infeksi untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Dimensi Mutu	Keselamatanpasien
Tujuan	Mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<p>Penilaian ini berdasarkan dilakukan atau tidaknya cuci tangan dalam <i>five moments for hand hygiene</i> (lima momen cuci tangan) yang ditetapkan oleh WHO. Lima momen tersebut adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sebelum bersentuhan dengan pasien</li><li>2. Sebelum melakukan prosedur bersih/steril</li><li>3. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien risiko tinggi</li><li>4. Setelah bersentuhan dengan pasien</li><li>5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien</li></ol> <p>Ada enam langkah hand hygiene yang telah ditetapkan oleh WHO. Langkah-langkah tersebut dimulai dengan meratakan sabun dengan menggosokkan pada kedua telapak tangan. Kemudian menggosok punggung tangan dan sela-sela jari, menggosok kedua telapak dan sela-sela jari kedua tangan, menggosok kedua punggung tangan dengan posisi kedua tangan saling mengunci, menggosok ibu jari kiri dengan diputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya. Terakhir mengusap ujung kuku tangan kanan dengan diputar di telapak tangan kiri dan sebaliknya, kemudian bilas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur dokumen :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan</li><li>2. Ada SOP</li><li>3. Dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi</li></ol>
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Ada Kebijakan, ada SOP, dan dilaksanakan sesuai dengan SOP
Kriteria Penilaian	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi = 100</li><li>2. Ada kebijakan, ada SOP dilaksanakan sesuai SOP dan tidak dievaluasi = 75</li><li>3. Ada Kebijakan, ada SOP tidak dilaksanakan sesuai dengan SOP dan tidak dievaluasi = 50</li><li>4. Tidak ada kebijakan, tidak ada SOP, dilaksanakan = 25</li></ol>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%

Kriteria Penilaian	KRK (%) :  75 < KRK ≤ 100 % → skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % → skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % → skor = 50 KRK < 25 % → skor = 25
PIC	Direktur Umum

Emergency Respon Time 2 (ERT) Kedaruratan Onkologi

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Manfaat dan keselamatan pasien serta kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	<p>Adalah jumlah waktu yang dibutuhkan dalam penanganan pasien kanker sejak pasien ditetapkan dalam kondisi kegawatdaruratan onkologi sampai mendapatkan terapi definitif sesuai program pengobatan</p> <p>Kegawatdaruratan Onkologi adalah kondisi klinis diakibatkan oleh adanya kelainan metabolik, neurologi, jantung - paru, Hematologi, dan sistem imun yang disebabkan penyakit kanker atau pengobatannya yang memerlukan tatalaksana segera untuk mencegah terjadinya kematian atau memburuknya kualitas hidup</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang dibutuhkan dalam penanganan pasien dengan kegawatdaruratan onkologi periode tertentu
Denominator	Jumlah seluruh pasien dengan kegawatdaruratan onkologi
Inklusi	Inklusi : Kasus pasien IGD dengan trombositopenia ( ≤ 20,000 g/l), Hyperlekositosis( > 100,000 g/l)
Eksklusi	Pasien bukan kanker
Formula	Jumlah kumulatif waktu yang dibutuhkan dalam penanganan pasien dengan kegawatdaruratan onkologi periode tertentu dibagi jumlah seluruh pasien dengan kegawatdaruratan onkologi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	IGD, Sampling jika jumlah pasien > 50
Standar	≤ 180 menit
Kriteria Penilaian	<p>ERT (menit) :</p> <p>ERT ≤ 180 --&gt; skor = 100 180 &lt; ERT ≤ 210 --&gt; skor = 75 210 &lt; ERT ≤ 240 --&gt; skor = 50 240 &lt; ERT ≤ 270 --&gt; skor = 25 ERT &gt; 270 --&gt; skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 60 Menit
Kriteria Penilaian	WTRJ (menit) :  WTRJ ≤ 60 → skor = 100 60 < WTRJ ≤ 80 → skor = 75 80 < WTRJ ≤ 100 → skor = 50 100 < WTRJ ≤ 120 → skor = 25 WTRJ > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 48 jam
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :  WTE ≤ 48 → skor = 100 48 < WTE ≤ 72 → skor = 75 72 < WTE ≤ 96 → skor = 50 96 < WTE ≤ 120 → skor = 25 WTE > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium Leukemia Phenotyping (WTLP)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Center of ecxellent pusat diagnostik dan terapi kanker
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Laboratorium Leukemia Phenotyping
Definisi operasional	Adalah persentase pemeriksaan Leukemia Phenotyping yang dilaporkan secara tepat waktu yaitu dalam waktu 3 hari kerja sejak sampel diterima sampai adanya hasil expertise
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah expertise hasil pemeriksaan Leukemia Phenotyping yang selesai dalam $\leq 3$ hari kerja pada satu periode
Denominator	Jumlah seluruh expertise pemeriksaan Leukemia Phenotyping pada periode yang sama
Inklusi	Seluruh Pemeriksaan Leukemia Phenotyping
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah expertise hasil pemeriksaan Leukemia Phenotyping yang selesai dalam $\leq 3$ hari kerja pada satu periode dibagi Jumlah seluruh expertise pemeriksaan Leukemia Phenotyping pada periode yang sama) dikali 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Laboratorium PA Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	$\geq 70\%$
Kriteria Penilaian	WTLP (jam) :  WTLP $\geq 70\%$ --> skor = 100 70% < WTLP $\leq 60\%$ --> skor = 75 60% < WTLP $\leq 50\%$ --> skor = 50 50% < WTLP $\leq 40\%$ --> skor = 25 WTLP > 40% --> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Laboratorium Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 2 Jam
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :  WTPL ≤ 2 --> skor = 100 2 < WTPL ≤ 3 --> skor = 75 3 < WTPL ≤ 4 --> skor = 50 4 < WTPL ≤ 5 --> skor = 25 WTPL > 5 --> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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 medis pasien rawat inap yang diisi lengkap <b>dan</b> dikembalikan ke pengelola rekam medis dalam waktu <math>\leq 24</math> jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ 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	$\frac{\text{(Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang)}}{\text{jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p>80 &lt; PRM <math>\leq</math> 100 <math>\rightarrow</math> skor = 100 70 &lt; PRM <math>\leq</math> 80 <math>\rightarrow</math> skor = 75 60 &lt; PRM <math>\leq</math> 70 <math>\rightarrow</math> skor = 50 50 &lt; PRM <math>\leq</math> 60 <math>\rightarrow</math> skor = 25 PRM <math>\leq</math> 50 <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan / Direktur Umum

# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial		
Kategori Indikator	Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)		
Perspektif	Keuangan		
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBPN dan APBN		
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas		
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBPN Dan APBN yang efektif dan efisien.		
Definisi Operasional	<u>Pendapatan PNBPN</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b>		
	<u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b> , dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.		
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja		
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)		
Numerator	Pendapatan PNBPN		
Denominator	Biaya Operasional		
Formula	Pendapatan PNBPN/Biaya Operasional x 100%		
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>		
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrual</b> BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU		
Standar	65%		
Kriteria Penilaian		<div>Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (%)</div> <div>PB &gt; 65</div>	<div>Skor</div> <div>100</div>
		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		

# **INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) RS STROKE NASIONAL**

# PELAYANAN MEDIS

## Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik ( <i>good clinical governance</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	<p>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.</p>
Definisi operasional	<p>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> <p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dilakukan <b>audit clinical pathway</b> berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).</li> <li>2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis</li> </ol> <p>Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.</p> <p>Clinical pathway harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir.</p> <p>Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap tiga bulan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Eksklusi	Kasus dengan varian tambahan
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"> <li>1. Ada 5 CP → 100</li> <li>2. Ada 4 CP → 80</li> <li>3. Ada 3 CP → 60</li> <li>4. Ada 2 CP → 40</li> <li>5. Ada 1 CP → 20</li> <li>6. Tidak ada CP → 0</li> </ol> <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Apabila dalam uji petik ditemukan pengisian CP yang tidak lengkap dalam dokumen rekam medik, maka akan menjadi faktor pengurang nilai yang diperoleh / dilaporkan.</li> <li>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.</li> </ol>
Bobot	Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator
Sumber Data	Rekam Medik



Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pembedahan di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan
Definisi operasional	<p>Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tahapan Sign-in dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi</li><li>2. Tahapan Time-out dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li><li>3. Tahapan Sign-out dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li></ol> <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
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	$\frac{\text{(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklisk keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu)}}{\text{Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb}} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25 Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 70% $\leq$ Hasil < 80% $\rightarrow$ skor = 75 60% $\leq$ Hasil < 70% $\rightarrow$ skor = 50 50% $\leq$ Hasil < 60% $\rightarrow$ skor = 25 Hasil < 50 $\rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

Prosentase Kejadian Pasien Jatuh

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 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 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 Humpty Dumpty 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 re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 3 %
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 3 % → skor = 100 3% < Hasil ≤ 9 % → skor = 75 9% < Hasil ≤ 14 % → skor = 50 14% < Hasil ≤ 20 % → skor = 25 hasil > 20 % → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Boushon, et.al., How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, 2012

Dekubitus

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
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> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus</li><li>2. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :<ol style="list-style-type: none"><li>a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar</li><li>b. Hasil kultur darah positif</li></ol></li><li>3. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.</li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	(Jumlah kejadian dekubitus dibagi Jumlah hari tirah baring) x 1000
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 1,5 ‰
Kriteria Penilaian	<p>hasil ≤ 1,5 ‰ → skor = 100</p> <p>1,5‰ &lt; Hasil ≤ 5 ‰ → skor = 75</p> <p>5‰ &lt; Hasil ≤ 10 ‰ → skor = 50</p> <p>10‰ &lt; Hasil ≤ 15 ‰ → skor = 25</p> <p>Hasil &gt; 15‰ → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. CDC NHSN, Maret 2011</li><li>2. buku pedoman PPI th 2011</li><li>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</li><li>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</li></ol>

Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Definisi Operasional	<p>Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik &gt; 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"><li>• Demam (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) tanpa ditemui penyebab lainnya.</li><li>• Leukopenia (<math>&lt; 4.000 \text{ WBC/mm}^3</math>) atau Leukositosis (<math>\geq 12.000 \text{ SDP/mm}^3</math>).</li><li>• Untuk penderita berumur <math>\geq 70</math> tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.</li></ul> <p>Minimal disertai 2 dari tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.</li><li>• Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.</li><li>• Ronki basah atau suara napas bronchial.</li><li>• Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi <math>\text{O}_2</math> (<math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240</math>), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.</li></ul> <p>Dasar diagnosis :</p> <p>Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan &gt; 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatoceles pada bayi berumur &lt; 1 tahun</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	$(\text{Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator}) \times 1000$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 5,8\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil <math>\leq 5.8 \%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 100</p> <p><math>5,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 8,3\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 75</p> <p><math>8,3\% &lt; \text{Hasil} \leq 10,8\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 50</p> <p><math>10,8\% &lt; \text{Hasil} \leq 13,6\%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 25</p> <p>Hasil <math>&gt; 13,6 \%</math> <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	<p>1. CDC NHSN, Maret 2011</p> <p>2. buku pedoman PPI th 2011</p> <p>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</p> <p>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</p>

Ketepatan Identifikasi Pasien

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Identifikasi Pasien
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk dengan cara yang dapat dipercaya/ <i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut .
Definisi Operasional	<p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan <i>barcode</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p> <p>Ketepatan Identifikasi Pasien difokuskan pada kelengkapan identitas pasien dengan barcode atau cara lain pada produk – produk layanan yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama RS.</p> <p>Direktur Rumah Sakit menetapkan produk layanan yang akan diberikan barcode identitas atau cara lain.</p> <p>Cara lain yang dimaksud adalah penulisan identitas masih secara manual, tetapi harus jelas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur Total Sampling Kelengkapan Identifikasi Pasien dengan Barcode atau cara lain :</p> <p>1. Nama Pasien</p> <p>2. Nomor Identitas Pasien menggunakan Nomer Rekam Medik</p> <p>3. Tanggal Lahir</p> <p>Barcode atau cara lain terdiri minimal 2 variabel dari 3 variabel</p> <p>Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dikurangi</b> jumlah seluruh produk layanan yang tidak diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dibagi</b> Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>X</b> 100 %</p>
Eksklusi	Pasien dalam fase akut psikiatri (gaduh gelisah)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik / Unit Layanan
Standar	100
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Pemberian Anti Platelet < 48 Jam Pada Pasien Stroke Iskemik**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan stroke rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terwujudnya mutu pelayanan pasien stroke
Definisi operasional	Pemberian anti platelet < 48 jam pada pasien stroke iskemik adalah pemberian anti platelet yang diberikan segera di RS (< 48 jam ) setelah pasien di diagnosa stroke iskemik
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Seluruh pasien stroke iskemik yang diberi anti platelet < 48 jam
Denominator	Seluruh pasien yang didiagnosis stroke iskemik
Inklusi	Pasien Stroke Iskemik
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah pasien stroke iskemik yang diberi anti platelet < 48 jam dibagi Jumlah pasien yang didiagnosa stroke iskemik) X 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	IGD , Rawat Inap
Standar	> 70%
Kriteria Penilaian	hasil > 70% --> skor = 100 60% < Hasil ≤ 70% --> skor = 75 50% < Hasil ≤ 60% --> skor = 50 40% < Hasil ≤ 50% --> skor = 25 Hasil ≤ 50% --> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



Kematian Pasien di IGD

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawat daruratan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang ditangani di IGD
Definisi operasional	Kematian pasien di IGD adalah kematian pasien yang terjadi dalam periode $\leq 8$ jam sejak pasien datang ke IGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	jumlah pasien meninggal di IGD $\leq 8$ jam sejak datang
Denominator	jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD
Inklusi	Pasien yang meninggal di IGD $\leq 8$ Jam
Eksklusi	Pasien DOA (Death On Arrival)
Formula	$(\text{Jumlah pasien meninggal di IGD} \leq 8 \text{ jam dibagi Jumlah seluruh pasien di IGD}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 2.5 \%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 2,5\% \rightarrow$ skor = 100 $2,5\% < \text{Hasil} \leq 3\% \rightarrow$ skor = 75 $3\% < \text{Hasil} \leq 3,5\% \rightarrow$ skor = 50 $3,5\% < \text{Hasil} \leq 4\% \rightarrow$ skor = 25 Hasil $> 4\% \rightarrow$ skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Cuci Tangan (Hand Hygiene)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Pencegahan dan pengendalian infeksi untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Dimensi Mutu	Keselamatanpasien
Tujuan	Mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
Definisi Operasional	<p>Penilaian ini berdasarkan dilakukan atau tidaknya cuci tangan dalam <i>five moments for hand hygiene</i> (lima momen cuci tangan) yang ditetapkan oleh WHO. Lima momen tersebut adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sebelum bersentuhan dengan pasien</li><li>2. Sebelum melakukan prosedur bersih/steril</li><li>3. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien risiko tinggi</li><li>4. Setelah bersentuhan dengan pasien</li><li>5. Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien</li></ol> <p>Ada enam langkah hand hygiene yang telah ditetapkan oleh WHO. Langkah-langkah tersebut dimulai dengan meratakan sabun dengan menggosokkan pada kedua telapak tangan. Kemudian menggosok punggung tangan dan sela-sela jari, menggosok kedua telapak dan sela-sela jari kedua tangan, menggosok kedua punggung tangan dengan posisi kedua tangan saling mengunci, menggosok ibu jari kiri dengan diputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya. Terakhir mengusap ujung kuku tangan kanan dengan diputar di telapak tangan kiri dan sebaliknya, kemudian bilas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur dokumen :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan</li><li>2. Ada SOP</li><li>3. Dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi</li></ol>
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Ada Kebijakan, ada SOP, dan dilaksanakan sesuai dengan SOP
Kriteria Penilaian	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi = 100</li><li>2. Ada kebijakan, ada SOP dilaksanakan sesuai SOP dan tidak dievaluasi = 75</li><li>3. Ada Kebijakan, ada SOP tidak dilaksanakan sesuai dengan SOP dan tidak dievaluasi = 50</li><li>4. Tidak ada kebijakan, tidak ada SOP, dilaksanakan = 25</li></ol>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%

Kriteria Penilaian	KRK (%) :  75 < KRK ≤ 100 % → skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % → skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % → skor = 50 KRK < 25 % → skor = 25
PIC	Direktur Umum

**Pemeriksaan CT Scan Kepala Pada Pasien Stroke < 1 Jam (ERT)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pasien suspek stroke yang berbasis mutu pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan cepat dan responsive serta mampu menyelamatkan pasien stroke
Definisi operasional	Pemeriksaan penunjang diagnostik CT Scan Kepala yang dilakukan pada semua pasien suspek stroke yang masuk RS
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien suspek stroke yang dilakukan pemeriksaan CT Scan Kepala < 1 jam
Denominator	Jumlah pasien suspek stroke
Inklusi	Pasien suspek stroke
Eksklusi	--
Formula	$(\text{Jumlah pasien suspek stroke yang dilakukan pemeriksaan CT Scan Kepala} < 1 \text{ jam} \div \text{Jumlah pasien suspek stroke}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	> 70 %
Kriteria Penilaian	ERT (menit) :  ERT > 70 --> skor = 100 60 < ERT ≤ 70 --> skor = 75 50 < ERT ≤ 60 --> skor = 50 40 < ERT ≤ 50 --> skor = 25 ERT ≤ 40 --> skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah waktu sejak pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien rawat jalan}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	$\leq 60$ Menit
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 Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 48 jam
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :  WTE ≤ 48 → skor = 100 48 < WTE ≤ 72 → skor = 75 72 < WTE ≤ 96 → skor = 50 96 < WTE ≤ 120 → skor = 25 WTE > 120 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu mulai pasien mendaftar di loket radiologi sampai dengan keluar hasil ekpertise}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seleuruh pemeriksaan radiologi konvensional}}$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Radiologi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	$\leq 3$ Jam
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :  $\begin{aligned} \text{WTPR} &\leq 3 \rightarrow \text{skor} = 100 \\ 3 < \text{WTPR} &\leq 4 \rightarrow \text{skor} = 75 \\ 4 < \text{WTPR} &\leq 5 \rightarrow \text{skor} = 50 \\ 5 < \text{WTPR} &\leq 6 \rightarrow \text{skor} = 25 \\ \text{WTPR} &> 6 \rightarrow \text{skor} = 0 \end{aligned}$
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Farmasi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :  WTOJ ≤ 30 → skor = 100 30 < WTOJ ≤ 40 → skor = 75 40 < WTOJ ≤ 50 → skor = 50 50 < WTOJ ≤ 60 → skor = 25 WTOJ > 60 → skor = 0
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

**Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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 <b>dan</b> dikembalikan ke pengelola rekam medik dalam waktu <math>\leq 24</math> jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ 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	$\left( \frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \right) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p>80 &lt; PRM <math>\leq</math> 100 <math>\rightarrow</math> skor = 100 70 &lt; PRM <math>\leq</math> 80 <math>\rightarrow</math> skor = 75 60 &lt; PRM <math>\leq</math> 70 <math>\rightarrow</math> skor = 50 50 &lt; PRM <math>\leq</math> 60 <math>\rightarrow</math> skor = 25 PRM <math>\leq</math> 50 <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan / Direktur Umum

# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial		
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)		
Perspektif	Keuangan		
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN		
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas		
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP Dan APBN yang efektif dan efisien.		
Definisi Operasional	<u>Pendapatan PNBP</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b>		
	<u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b> , dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.		
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja		
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)		
Numerator	Pendapatan PNBP		
Denominator	Biaya Operasional		
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%		
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>		
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrual</b> BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU		
Standar	65%		
Kriteria Penilaian		<div>Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)</div> <div>PB &gt; 65</div>	<div>Skor</div> <div>100</div>
		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		

**INDIKATOR KINERJA  
INDIVIDU (IKI)  
BALAI BESAR  
KESEHATAN PARU  
MASYARAKAT (BBKPM)**

# PELAYANAN MEDIS

## Prosentase Kejadian Pasien Jatuh

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 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 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 Humpty Dumpty 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 re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 3 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 3 % → skor = 100</p> <p>3% &lt; Hasil ≤ 9 % → skor = 75</p> <p>9% &lt; Hasil ≤ 14 % → skor = 50</p> <p>14% &lt; Hasil ≤ 20 % → skor = 25</p> <p>hasil &gt; 20 % → skor = 0</p>
PIC	Kepala Bidang Pelayanan
Referensi	Boushon, et.al., How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, 2012

**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$\left( \frac{\text{Jumlah item resep (R/ yang sesuai Fornas)}}{\text{Jumlah total item resep (R/)}} \times 100\% \right)$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 70% $\leq$ Hasil < 80% $\rightarrow$ skor = 75 60% $\leq$ Hasil < 70% $\rightarrow$ skor = 50 50% $\leq$ Hasil < 60% $\rightarrow$ skor = 25 Hasil < 50 $\rightarrow$ skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

Hospital Aquired Pneumonie (HAP)

Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Judul KPI	Hospital Acquired Pneumonia (HAP)
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi saluran napas (ISN)
Definisi operasional	<p>Hospital Acquired Pneumonia (HAP) adalah infeksi akut pada parenkim paru setelah pasien dirawat di rumah sakit &gt; 48 jam tanpa dilakukan intubasi dan sebelumnya tidak menderita infeksi saluran napas bawah</p> <p>Kriteria :</p> <p>Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Demam (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) tanpa ditemui penyebab lainnya.</li><li>- Leukopenia (<math>&lt; 4.000 \text{ WBC/mm}^3</math>) atau Leukositosis (<math>\geq 12.000 \text{ SDP/mm}^3</math>).</li><li>- Untuk penderita berumur <math>\geq 70</math> tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya dan Minimal disertai 2 dari tanda berikut:</li><li>- Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.</li><li>- Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea (napas frekuen).</li><li>- Rhonci basah atau suara napas bronchial.</li><li>- Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi <math>\text{O}_2</math> (<math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240</math>), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.</li></ul> <p>Dasar diagnosis :</p> <p>Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan &gt; 2 foto serial :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Infiltrat baru atau progresif yang menetap</li><li>- Konsolidasi</li><li>- Kavitasi</li><li>- Pneumatocoles pada bayi berumur &lt; 1 tahun</li></ul>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien yang terinfeksi Pneumonia
Denominator	Jumlah hari rawat
Inklusi	Pasien rawat inap > 48 jam
Eksklusi	Pasien rawat inap < 48 jam
Formula	$(\text{Jumlah pasien yang terinfeksi pneumonia} \div \text{Jumlah hari rawat}) \times 1000$
Bobot KPI	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	< 1‰
Standar / Target	<p>Hasil &lt; 1‰ <math>\rightarrow</math> skor = 100</p> <p>1‰ <math>\leq</math> Hasil <math>\leq</math> 1,3‰ <math>\rightarrow</math> skor = 75</p> <p>1,3‰ &lt; Hasil <math>\leq</math> 1,6‰ <math>\rightarrow</math> skor = 50</p> <p>1,6‰ &lt; Hasil <math>\leq</math> 1,9‰ <math>\rightarrow</math> skor = 25</p> <p>Hasil &gt; 1,9‰ <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Ketepatan Identifikasi Pasien

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Identifikasi Pasien
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk dengan cara yang dapat dipercaya/ <i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut .
Definisi Operasional	<p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan <i>barcode</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p> <p>Ketepatan Identifikasi Pasien difokuskan pada kelengkapan identitas pasien dengan barcode atau cara lain pada produk – produk layanan yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama RS.</p> <p>Direktur Rumah Sakit menetapkan produk layanan yang akan diberikan barcode identitas atau cara lain.</p> <p>Cara lain yang dimaksud adalah penulisan identitas masih secara manual, tetapi harus jelas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur Total Sampling Kelengkapan Identifikasi Pasien dengan Barcode atau cara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nama Pasien</li><li>2. Nomor Identitas Pasien menggunakan Nomer Rekam Medik</li><li>3. Tanggal Lahir</li></ol> <p>Barcode atau cara lain terdiri minimal 2 variabel dari 3 variabel</p> <p>Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dikurangi</b> jumlah seluruh produk layanan yang tidak diberikan barcode identitas atau cara lain <b>dibagi</b> Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain <b>X</b> 100 %</p>
Eksklusi	Pasien dalam fase akut psikiatri (gaduh gelisah)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik / Unit Layanan
Standar	100
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan



Persentase Capaian Indikator Penyakit TB

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kasus pulmonologi berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien dengan kasus pulmonologi
Definisi operasional	Persentase Capaian Indikator Penyakit TB yang dimaksud adalah angka kesembuhan pasien TB yang menggambarkan persentase pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh diantara pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh
Denominator	Jumlah seluruh pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati
Inklusi	Seluruh pasien TB BTA positif kasus baru
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh dibagi Jumlah seluruh pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik ; Catatan Data
Standar	> 85 %
Kriteria Penilaian	Hasil > 85% → skor= 100 75% < Hasil ≤ 85% → skor = 75 50% < Hasil ≤ 75% → skor = 50 25% < Hasil ≤ 50% → skor = 25 Hasil ≤ 25% → skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Persentase Capaian Indikator Penyakit Asma

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kasus pulmonologi berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien dengan kasus pulmonologi
Definisi operasional	Persentase Capaian Indikator Penyakit Asma yang dimaksud adalah banyaknya kematian pasien asma yang menggambarkan jumlah pasien asma yang meninggal dari seluruh pasien asma yang datang dengan serangan di IGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah Pasien asma dalam serangan yang meninggal di IGD
Denominator	Jumlah pasien asma yang datang dengan serangan (sedang, berat, mengancam jiwa) di IGD
Inklusi	Pasien asma dengan serangan yang datang ke IGD
Eksklusi	--
Formula	( Jumlah Pasien asma dalam serangan yang meninggal di IGD dibagi Jumlah pasien asma yang datang dengan serangan sedang/berat/mengancam jiwa di IGD) x 100%
Bobot	Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator
Sumber Data	Catatan IGD ; Rekam Medik
Standar	0 %
Kriteria Penilaian	Hasil = 0% → skor= 100 0% < Hasil ≤ 5% → skor = 75 5% < Hasil ≤ 10% → skor = 50 10% < Hasil ≤ 15% → skor = 25 Hasil > 15% → skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Persentase Capaian Indikator Penyakit PPOK

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kasus pulmonologi berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien dengan kasus pulmonologi
Definisi operasional	Persentase Capaian Indikator Penyakit PPOK yang dimaksud adalah banyaknya pasien PPOK yang ditatalaksana berhenti merokok
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien baru PPOK yang ditatalaksana berhenti merokok
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang baru didiagnosis PPOK
Inklusi	Pasien yang baru didiagnosis PPOK
Eksklusi	--
Formula	$\left( \frac{\text{Jumlah pasien baru PPOK yang ditatalaksana berhenti merokok}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang baru didiagnosis PPOK}} \right) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	> 70 %
Kriteria Penilaian	Hasil > 70% → skor= 100 60% < Hasil ≤ 70% → skor = 75 50% < Hasil ≤ 60% → skor = 50 40% < Hasil ≤ 50% → skor = 25 Hasil ≤ 40% → skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

**Persentase Pasien TB Beresiko TB-HIV yang di Konseling (PTBP)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Utilisasi
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya pemanfaatan sarana yang optimal
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya pemanfaatan pelayanan konseling
Definisi operasional	Persentase Pasien TB Beresiko TB-HIV yang dikonseling adalah seluruh pasien TB baru yang dilakukan PITC untuk dilakukan test HIV karena adanya risiko terjangkit HIV yang akan memperberat penyakit TB-nya
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Pasien TB yang dilakukan PITC
Denominator	Pasien TB baru
Inklusi	Pasien TB baru pada bulan berjalan
Eksklusi	--
Formula	(Pasien TB yang dilakukan PITC dibagi Pasien TB baru) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Data catatan Instalasi Rawat Jalan ; Rekam Medik
Standar	> 85 %
Kriteria Penilaian	PTBP (%) :  PTBP > 85 → skor = 100 70 < PTBP ≤ 85 → skor = 75 55 < PTBP ≤ 70 → skor = 50 40 < PTBP ≤ 55 → skor = 25 PTBP ≤ 40 → skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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 BKPM 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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%

Kriteria Penilaian	KRK (%) :  75 < KRK ≤ 100 % → skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % → skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % → skor = 50 KRK < 25 % → skor = 25
PIC	Kepala Bidang Pelayanan / Kepala Bagian Umum

Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi di IGD (ERRT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik ( <i>good clinical governanc</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien
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	<p>Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi di IGD adalah waktu yang dibutuhkan pasien yang datang dengan kegawatdaruratan respirasi untuk mendapatkan penanganan segera, sejak pasien datang di IGD RS.</p> <p>Kegawatdaruratan respirasi adalah penyakit atu kondisi pada saluran pernapasan / respirasi dan atau paru yang dapat menimbulkan distress atau gagal napas yang mengancam jiwa, misalnya : Pneumothorax,effuse pleura massif, asma acute, PPOK eksaserbasi akut dan hemoptisis masif</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan penanganan kegawatdaruratan respirasi sejak pasien datang di IGD
Denominator	Seluruh pasien IGD dengan kasus kewatdaruratan respirasi
Inklusi	Pasien IGD dengan kasus kewatdaruratan respirasi
Eksklusi	Penyakit respirasi yang berkomplikasi dan atau dengan penyulit penyakit lainnya
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan penanganan kegawatdaruratan respirasi sejak pasien datang di IGD <i>dibagi</i> Seluruh pasien IGD dengan kasus kewatdaruratan respirasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD) Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	<p>ERRT (menit) :</p> <p>ERRT ≤ 30 → skor = 100 30 &lt; ERRT ≤ 45 → skor = 70 45 &lt; ERRT ≤ 60 → skor = 40 ERRT &gt; 60 → skor = 0</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik & Keperawatan

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 60 Menit
Kriteria Penilaian	WTRJ (menit) :  WTRJ ≤ 60 --> skor = 100 60 < WTRJ ≤ 80 --> skor = 75 80 < WTRJ ≤ 100 --> skor = 50 100 < WTRJ ≤ 120 --> skor = 25 WTRJ > 120 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan



Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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 ekpertise dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seleuruh pemeriksaan radiologi konvensional
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Radiologi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 3 Jam
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :  WTPR ≤ 3 --> skor = 100 3 < WTPR ≤ 4 --> skor = 75 4 < WTPR ≤ 5 --> skor = 50 5 < WTPR ≤ 6 --> skor = 25 WTPR > 6 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Laboratorium Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 2 Jam
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :  WTPL ≤ 2 --> skor = 100 2 < WTPL ≤ 3 --> skor = 75 3 < WTPL ≤ 4 --> skor = 50 4 < WTPL ≤ 5 --> skor = 25 WTPL > 5 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Farmasi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :  WTOJ ≤ 30 --> skor = 100 30 < WTOJ ≤ 40 --> skor = 75 40 < WTOJ ≤ 50 --> skor = 50 50 < WTOJ ≤ 60 --> skor = 25 WTOJ > 60 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 Jam (PRM)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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 <b>dan</b> dikembalikan ke pengelola rekam medik dalam waktu <math>\leq 24</math> jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ 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	$\frac{\text{(Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang)}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien pulang}} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p>80 &lt; PRM <math>\leq</math> 100 --&gt; skor = 100 70 &lt; PRM <math>\leq</math> 80 --&gt; skor = 75 60 &lt; PRM <math>\leq</math> 70 --&gt; skor = 50 50 &lt; PRM <math>\leq</math> 60 --&gt; skor = 25 PRM <math>\leq</math> 50 --&gt; skor = 0</p>
PIC	Kepala Bidang Pelayanan / Kepala Bidang Umum

# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial														
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)														
Perspektif	Keuangan														
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN														
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas														
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP Dan APBN yang efektif dan efisien.														
Definisi Operasional	<div> <u>Pendapatan PNBP</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b> </div> <div> <u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b>, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.         </div>														
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja														
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)														
Numerator	Pendapatan PNBP														
Denominator	Biaya Operasional														
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%														
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>														
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrual</b> BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU														
Standar	30%														
Kriteria Penilaian	<table> <tr> <th>Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)</th><th>Skor</th></tr> <tr> <td>PB &gt; 30</td><td>100</td></tr> <tr> <td>30 &lt; PB ≤ 25</td><td>80</td></tr> <tr> <td>25 &lt; PB ≤ 20</td><td>60</td></tr> <tr> <td>20 &lt; PB ≤ 15</td><td>40</td></tr> <tr> <td>15 &lt; PB ≤ 10</td><td>20</td></tr> <tr> <td>10 &lt; PB ≤ 0</td><td>0</td></tr> </table>	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)	Skor	PB > 30	100	30 < PB ≤ 25	80	25 < PB ≤ 20	60	20 < PB ≤ 15	40	15 < PB ≤ 10	20	10 < PB ≤ 0	0
Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)	Skor														
PB > 30	100														
30 < PB ≤ 25	80														
25 < PB ≤ 20	60														
20 < PB ≤ 15	40														
15 < PB ≤ 10	20														
10 < PB ≤ 0	0														
PIC	Kepala Bagian Keuangan														

**INDIKATOR KINERJA  
INDIVIDU (IKI)  
BALAI LABORATORIUM  
KESEHATAN (BBLK)**

PELAYANAN MEDIS

Kegagalan Pengambilan Sampel Uji (KS)

Area	Mutu Pelayanan
Kategori Indikator	Prosedur Penanganan sampel uji
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terjaminnya mutu dan keberhasilan pengambilan sampel uji
Dimensi Mutu	Efektivitas pelayanan
Tujuan	Terjaminnya mutu dan keberhasilan pengambilan sampel uji
Definisi Operasional	Kegagalan pengambilan sampel uji (KS) adalah banyaknya kegagalan dalam pengambilan sampel uji klinis dan kesehatan masyarakat pada suatu periode waktu
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	(Jumlah kegagalan pengambilan sampel uji <i>dibagi</i> Jumlah pengambilan sampel uji) X 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	laporan kegagalan pengambilan sampel di PPC dan laporan jumlah pengambilan sampel
Standar	KS < 5 %
Kriteria Penilaian	KS (%) :  KS < 5 --> skor = 100 5 ≤ KS < 8 --> skor = 75 8 ≤ KS < 11 --> skor = 50 11 ≤ KS < 14 --> skor = 25 KS ≥ 14 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (APL)

Area	Mutu Pelayanan
Kategori Indikator	Prosedur Penanganan sampel uji
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya efisiensi pelaksanaan pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Hasil pemeriksaan Laboratorium
Tujuan	Terjaminnya efisiensi pemeriksaan laboratorium
Definisi Operasional	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (APL) adalah jumlah rata-rata pengulangan pemeriksaan yang dilakukan diluar prosedur tetap (tidak termasuk duplo) selama 1 bulan
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	Jumlah pemeriksaan laboratorium yang diulang <i>dibagi</i> Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan pengulangan pemeriksaan
Standar	APL < 5
Kriteria Penilaian	APL :  APL < 5 --> skor = 100 5 ≤ APL < 10 --> skor = 75 10 ≤ APL < 15 --> skor = 50 15 ≤ APL < 20 --> skor = 25 AKS ≥ 20 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan



Kecepatan Pendistribusian Sampel (KPS)

Area	Mutu Pelayanan
Kategori Indikator	Prosedur Penanganan sampel uji
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektifitas pendistribusian sampel
Dimensi Mutu	Hasil Pengujian
Tujuan	Terwujudnya kecepatan pendistribusian sampel sesuai prosedur
Definisi Operasional	Kecepatan Pendistribusian Sampel (KPS) adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan dalam pendistribusian sampel sejak diambil sampai ke instalasi pemeriksa.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	Jumlah kumulatif waktu pendistribusian sampel sejak diambil sampai ke instalasi pemeriksa <i>dibagi</i> Jumlah sampel
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	kartu kendali
Standar	KPS ≤ 15 menit
Kriteria Penilaian	KPS (menit) :  KPS ≤ 15 --> skor = 100 16 ≤ KPS < 20 --> skor = 75 20 ≤ KPS < 25 --> skor = 50 25 ≤ KPS < 30 --> skor = 25 KPS ≥ 30 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Cakupan kegiatan Pemantapan Mutu Internal (KPI)

Area	Mutu Pelayanan
Kategori Indikator	Pengendalian Mutu
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya mutu hasil pemeriksaan
Dimensi Mutu	Mutu Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Tujuan	Menjamin mutu hasil pemeriksaan Laboratorium
Definisi Operasional	Hasil kegiatan pemantapan mutu internal dihitung berdasarkan jumlah parameter pemeriksaan yang dilakukan pemantapan mutu internal (proses analitik) dibandingkan dengan jumlah parameter pemeriksaan keseluruhan
Frekuensi Pengumpulan data	Bulanan
Formula	(Jumlah Parameter pemeriksaan yang dilakukan PMI <i>dibagi</i> Jumlah parameter pemeriksaan keseluruhan) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan PMI per bulan
Standar	KPI ≥ 90%
Kriteria Penilaian	KPI (%) :  KPI ≥ 90 --> skor = 100 80 ≤ KPI < 90 --> skor = 75 70 ≤ KPI < 80 --> skor = 50 60 ≤ KPI < 70 --> skor = 25 KPI < 60 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pemantapan Mutu dan Bimtek

**Tingkat Kepesertaan Penyelenggaraan PME (TKPP)**

Area	Mutu Pelayanan
Kategori Indikator	Pengendalian Mutu
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya mutu pemeriksaan
Dimensi Mutu	Pemantapan Mutu Eksternal
Tujuan	Melihat berapa banyak peserta penyelenggaraan PME yang memberikan jawaban terhadap bahan uji yang dikirimkan.
Definisi Operasional	Tingkat kepesertaan penyelenggaraan PME adalah jumlah laboratorium yang memberikan jawaban dibagi jumlah peserta yang mengikuti PME.
Frekuensi pengumpulan data	Semester
Formula	(Jumlah lab yang memberi jawaban dibagi Jumlah peserta yang mengikuti PME) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Hasil Jawaban PME
Standar	TKPP ≥ 75%
Kriteria Penilaian	TKPP (%) :  TKPP ≥ 75 --> skor = 100 60 ≤ TKPP < 75 --> skor = 75 45 ≤ TKPP < 60 --> skor = 50 30 ≤ TKPP < 45 --> skor = 25 TKPP < 30 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pemantapan Mutu dan Bimtek

Angka Kejadian Kecelakaan Kerja Pada Petugas di Laboratorium (AKK)

Area	Mutu Pelayanan
Kategori Indikator	Pengendalian Mutu
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya keselamatan kerja
Dimensi Mutu	Keselamatan petugas
Tujuan	untuk melihat tingkat keselamatan kerja di laboratorium.
Definisi Operasional	Angka kejadian kecelakaan kerja pada petugas di laboratorium adalah banyaknya jumlah kecelakaan kerja di laboratorium selama 1 bulan
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	Jumlah kecelakaan kerja perbulan <i>dibagi</i> Hari kerja perbulan
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan Kecelakaan Kerja
Standar	AKK < 1
Kriteria Penilaian	AKK :  AKK < 1 --> skor = 100 1 ≤ AKK < 2 --> skor = 75 2 ≤ AKK < 3 --> skor = 50 3 ≤ AKK< 4 --> skor = 25 AKK ≥ 4 --> Skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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 BBLK 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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	$(KKM + KKK + KKH) : 3$

Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%
Kriteria Penilaian	KRK (%) :  75 < KRK ≤ 100 % --> skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % --> skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % --> skor = 50 KRK < 25 % --> skor = 25
PIC	Kepala Bidang Pemantapan Mutu dan Bimtek

Waktu Tunggu Pelayanan (WTP)

Area	Manajerial
Kategori indikator	Ketepatan waktu pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya ketepatan waktu tunggu pelayanan
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan laboratorium pada hari kerja yang mudah dan cepat di akses oleh pelanggan.
Definisi Operasional	Waktu Tunggu Pelayanan (WTP) adalah rata-rata waktu tunggu pasien sejak mendaftar sampai mendapatkan pelayanan dibagian sampling
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelanggan sampai mendapatkan pelayanan dibagian sampling <i>Dibagi</i> Jumlah seluruh pelanggan yang mendapat pelayanan
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Form Permintaan pemeriksaan laboratorium
Standar	< 15 menit
Kriteria Penilaian	WTP (menit) :  WTP < 15 --> skor = 100 15 ≤ WTP ≤ 80 --> skor = 75 20 ≤ WTP ≤ 100 --> skor = 50 25 ≤ WTP ≤ 120 --> skor = 25 WTP > 120 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Waktu Layanan Bidang Pemeriksaan Mikrobiologi (WLM)

Area	Manajerial
Kategori indikator	Ketepatan waktu pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya ketepatan waktu pemeriksaan Mikrobiologi
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan bidang pemeriksaan mikrobiologi
Definisi Operasional	Waktu layanan Pemeriksaan Mikrobiologi adalah rata-rata waktu layanan pemeriksaan mikrobiologi mulai dari sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan  Eksklusi : pemeriksaan kultur TB
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	Jumlah kumulatif hari pemeriksaan dari sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan <i>dibagi</i> Jumlah seluruh pemeriksaan mikrobiologi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Form Permintaan pemeriksaan
Standar	< 7 hari
Kriteria Penilaian	WLM (hari) :  WLM < 7 --> skor = 100 7 ≤ WLM ≤ 9 --> skor = 75 9 ≤ WLM ≤ 11 --> skor = 50 11 ≤ WLM ≤ 13 --> skor = 25 WLM > 13 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan



Waktu Layanan Bidang Pemeriksaan Patologi Klinik (WLPK)

Area	Manajerial
Kategori indikator	Ketepatan waktu pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya ketepatan waktu pemeriksaan Patologi Klinik
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan bidang pemeriksaan Patogi klinik
Definisi Operasional	Waktu layanan Pemeriksaan Patologi Klinik adalah rata-rata waktu layanan pemeriksaan saat mulai sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	Jumlah kumulatif waktu (menit) pemeriksaan dari sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan <i>dibagi</i> Jumlah seluruh pemeriksaan patologi klinik
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Form Permintaan pemeriksaan
Standar	< 180 menit
Kriteria Penilaian	WLPK (menit) :  WLPK < 180 --> skor = 100 180 ≤ WLPK ≤ 210 --> skor = 75 210 ≤ WLPK ≤ 240 --> skor = 50 240 ≤ WLPK ≤ 270 --> skor = 25 WLPK > 270 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Waktu Layanan Bidang Pemeriksaan Imunologi (WLI)

Area	Manajerial
Kategori indikator	Ketepatan waktu pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya ketepatan waktu pemeriksaan Imunologi
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan bidang pemeriksaan Imunologi
Definisi Operasional	Waktu layanan Pemeriksaan Imunologi adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan mulai dari sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan imunologi.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	Jumlah kumulatif waktu (menit) pemeriksaan dari sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan <i>dibagi</i> Jumlah seluruh pemeriksaan imunologi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Form Permintaan pemeriksaan
Standar	< 180 menit
Kriteria Penilaian	WLI (menit) :  WLI < 180 --> skor = 100 180 ≤ WLI ≤ 210 --> skor = 75 210 ≤ WLI ≤ 240 --> skor = 50 240 ≤ WLI ≤ 270 --> skor = 25 WLI ≥ 270 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Waktu Layanan Pemeriksaan Bidang Kimia Kesehatan (WLKK)

Area	Manajerial
Kategori indikator	Ketepatan waktu pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya ketepatan waktu pemeriksaan Kimia Kesehatan
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan bidang pemeriksaan Kimia Kesehatan
Definisi Operasional	Waktu layanan Pemeriksaan Kimia Kesehatan adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan mulai dari sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	Jumlah kumulatif hari pemeriksaan dari sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan <i>dibagi</i> Jumlah seluruh pemeriksaan bidang kimia kesehatan
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Form Permintaan pemeriksaan
Standar	< 7 hari
Kriteria Penilaian	WLKK (hari) :  WLKK < 7 --> skor = 100 7 ≤ WLKK ≤ 9 --> skor = 75 9 ≤ WLKK ≤ 11 --> skor = 50 11 ≤ WLKK ≤ 13 --> skor = 25 WLKK ≥ 13 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

**Persentase Temuan Ketidaktersediaan Media dan Reagensia yang Ditindaklanjuti (TKMRD)**

Area	Manajerial
Kategori indikator	Temuan yang ditindaklanjuti
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Tersedianya media dan reagensia sesuai kebutuhan
Dimensi Mutu	Efektivitas dan mutu pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kesiapan BBLK dalam menyediakan pelayanan laboratorium.
Definisi Operasional	Ketidaktersediaan media dan reagensia yang ditindaklanjuti adalah jumlah jenis media dan reagensia di instalasi laboratorium yang kosong dalam satu bulan, yang dipenuhi sehingga tidak terjadi kekosongan.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	Jumlah jenis media dan reagensia yang kosong dalam 1 bulan yang ditindaklanjuti <i>dibagi</i> jumlah jenis media dan reagensia yang kosong dalam bulan tersebut
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan permintaan media dan reagensia
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	TKMRD (%) :  TKMRD > 80 --> skor = 100 70 < TKMRD ≤ 80 --> skor = 75 60 < TKMRD ≤ 70 --> skor = 50 50 < TKMRD ≤ 60 --> skor = 25 TKMRD ≤ 50 --> skor = 0
PIC	Kepala Bagian Keuangan

Utilisasi Alat Laboratorium Canggih (UALC)

Area	Manajerial
Kategori indikator	Tingkat kehandalan sumber daya
Perspektif	Pembelajaran dan Pertumbuhan
Sasaran Strategis	Terwujudnya pemeriksaan laboratorium dengan peralatan canggih
Dimensi Mutu	Pemeriksaan Laboratorium dengan alat canggih
Tujuan	Optimalisasi pemanfaatan peralatan laboratorium canggih
Definisi Operasional	Utilisasi alat laboratorium canggih adalah pemanfaatan peralatan laboratorium canggih yang memiliki harga beli diatas 500 juta rupiah yang akan digunakan untuk mendukung pemeriksaan laboratorium yang spesifik di instalasi laboratorium dalam upaya meningkatkan mutu hasil uji.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	(Jumlah penggunaan alat laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium <i>dibagi</i> Jumlah kapasitas maksimal kemampuan dari peralatan laboratorium) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan pemeriksaan menggunakan alat canggih
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	UALC (%) :  UALC > 80 --> skor = 100 70 < UALC ≤ 80 --> skor = 75 60 < UALC ≤ 70 --> skor = 50 50 < UALC ≤ 60 --> skor = 25 UALC ≤ 50 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial														
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)														
Perspektif	Keuangan														
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN														
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas														
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP Dan APBN yang efektif dan efisien.														
Definisi Operasional	<div> <u>Pendapatan PNBP</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b> </div> <div> <u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b>, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.         </div>														
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja														
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)														
Numerator	Pendapatan PNBP														
Denominator	Biaya Operasional														
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%														
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>														
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrua</b> l BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU														
Standar	30%														
Kriteria Penilaian	<table> <tr> <th>Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)</th><th>Skor</th></tr> <tr> <td>PB &gt; 30</td><td>100</td></tr> <tr> <td>30 &lt; PB ≤ 25</td><td>80</td></tr> <tr> <td>25 &lt; PB ≤ 20</td><td>60</td></tr> <tr> <td>20 &lt; PB ≤ 15</td><td>40</td></tr> <tr> <td>15 &lt; PB ≤ 10</td><td>20</td></tr> <tr> <td>10 &lt; PB ≤ 0</td><td>0</td></tr> </table>	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)	Skor	PB > 30	100	30 < PB ≤ 25	80	25 < PB ≤ 20	60	20 < PB ≤ 15	40	15 < PB ≤ 10	20	10 < PB ≤ 0	0
Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)	Skor														
PB > 30	100														
30 < PB ≤ 25	80														
25 < PB ≤ 20	60														
20 < PB ≤ 15	40														
15 < PB ≤ 10	20														
10 < PB ≤ 0	0														
PIC	Kepala Bagian Keuangan														

**INDIKATOR KINERJA  
INDIVIDU (IKI)  
BALAI KESEHATAN MATA  
MASYARAKAT (BKMM)**

PELAYANAN MEDIS
Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien
Definisi operasional	<p>Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi yang dimaksud adalah tidak terjadinya operasi salah sisi.</p> <p>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.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi
Inklusi	Semua pasien pembedahan di kamar operasi
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi dibagi Jumlah pasien yang dilakukan operasi) x 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	0 %
Kriteria Penilaian	<p>hasil 0 % --&gt; skor = 100</p> <p>hasil &gt; 0% --&gt; skor = 0</p>
PIC	Kepala Bidang Pelayanan



Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pembedahan di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan
Definisi operasional	<p>Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tahapan Sign-in dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi</li><li>2. Tahapan Time-out dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li><li>3. Tahapan Sign-out dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator</li></ol> <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
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	(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu dibagi Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil &lt; 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil &lt; 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil &lt; 80% → skor = 25 Hasil &lt; 70% → skor = 0</p>
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)**

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
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
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$\left( \frac{\text{Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas}}{\text{Jumlah total item resep (R/)}} \right) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	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
PIC	Kepala Bidang Pelayanan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
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,</p> <p>B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,</p> <p>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> <p>D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	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	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 2 % → skor = 100</p> <p>2% &lt; Hasil ≤ 3% → skor = 75</p> <p>3% &lt; Hasil ≤ 4% → skor = 50</p> <p>4% &lt; Hasil ≤ 5% → skor = 25</p> <p>Hasil &gt; 5 % → skor = 0</p>
PIC	Kepala Bidang Pelayanan
Referensi	<p>1. CDC NHSN, Maret 2011</p> <p>2. buku pedoman PPI th 2011</p> <p>3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011</p> <p>4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention</p>

Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Glaukoma

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunnya kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Glaukoma
Definisi operasional	Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Glaukoma adalah banyaknya kejadian infeksi endoftalmitis pada pasien pasca operasi glaukoma.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kasus Endoftalmitis pasca bedah Glaukoma
Denominator	Jumlah Pasien Operasi Glaukoma
Inklusi	Pasien dengan pembedahan glaukoma
Eksklusi	--
Formula	$(\text{Jumlah kasus Endoftalmitis pasca bedah Glaukoma} \div \text{Jumlah Pasien Operasi Glaukoma}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	0 %
Kriteria Penilaian	hasil = 0% --> skor = 100 0% < Hasil ≤ 5% --> skor = 75 5% < Hasil ≤ 10% --> skor = 50 10% < Hasil ≤ 15% --> skor = 25 hasil > 15% --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan
Referensi	1. CDC NHSN, Maret 2011 2. buku pedoman PPI th 2011 3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011 4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention

Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunnya kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak
Definisi operasional	Endoftalmitis Post Operasi Katarak adalah kejadian timbulnya endoftalmitis setelah dilakukannya operasi Katarak
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah Endoftalmitis pasca bedah Katarak
Denominator	Jumlah Pasien Operasi Katarak
Inklusi	Pasien dengan pembedahan katarak
Eksklusi	--
Formula	$\left( \frac{\text{Jumlah Endoftalmitis pasca bedah katarak}}{\text{Jumlah pasien operasi katarak}} \right) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	1,2 %
Kriteria Penilaian	hasil = $\leq 1,2\%$ --> skor = 100 > 1,2% IKT < Hasil $\leq 5\%$ --> skor = 75 5% < Hasil $\leq 10\%$ --> skor = 50 10% < Hasil $\leq 15\%$ --> skor = 25 hasil > 15% --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan
Referensi	1. CDC NHSN, Maret 2011 2. buku pedoman PPI th 2011 3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011 4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention

Tingkat Pencegahan Kebutaan di IGD

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawat daruratan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien mengalami kebutaan yang ditangani di IGD
Definisi operasional	Tingkat kebutaan di IGD adalah kecepatan penanganan pasien dengan gangguan mata harus dilaksanakan dalam ≤ 8 jam sejak pasien datang ke IGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami kebutaan di IGD ≤ 8 jam
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan mata di IGD
Inklusi	Seluruh pasien gangguan mata di IGD
Eksklusi	Pasien bukan dengan gangguan mata
Formula	Jumlah pasien yang mengalami kebutaan di IGD ≤ 8 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat di IGD x 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2,5 %
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5 %--> skor = 100 2,6% < Hasil ≤ 3,0% --> skor = 75 3,0% < Hasil ≤ 3,5% --> skor = 50 3,5% < Hasil ≤ 4,0 % --> skor = 25 Hasil > 4 %--> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Insiden Katarak

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Promotif dan Preventif
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Penemuan kasus baru Katarak di masyarakat
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambangnya tingkat penemuan kasus baru katarak di masyarakat
Definisi operasional	Katarak adalah lensa mata yang menjadi keruh, sehingga cahaya tidak dapat menembusnya, bervariasi sesuai tingkatannya dari sedikit sampai kebutaan total. Dalam perkembangannya katarak yang terkait dengan usia penderita dapat menyebabkan pengerasan lensa, menyebabkan penderita menderita miopi, berwarna kuning menjadi coklat/putih secara bertahap dan kebutaan lensa dapat mengurangi persepsi akan warna biru. Katarak biasanya berlangsung perlahan-lahan menyebabkan kehilangan penglihatan dan berpotensi kebutaan jika katarak terlalu tebal. Kondisi ini biasanya memengaruhi kedua mata, tapi hampir selalu satu mata dipengaruhi lebih awal dari yang lain. Perhitungan besaran insiden katarak dengan melihat jumlah kunjungan pasien mata dengan kasus baru penyakit katarak
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kasus baru penyakit katarak dalam periode yang sama dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah kunjungan penyakit katarak dalam periode yang sama dalam 1 tahun
Inklusi	Pasien dengan kasus katarak
Eksklusi	--
Formula	Jumlah seluruh penderita katarak kunjungan baru dlm setahun dibagi jumlah kunjungan penderita katarak dalam setahun x 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	kartu status pasien, repitulasi jumlah penderita katarak di rekam medik
Standar	≥ 26 %
Kriteria Penilaian	IK (%) :  IK ≥ 26 --> skor = 100 20 < KP < 26 --> skor = 75 15 < KP ≤ 20 --> skor = 50 10 < KP ≤ 15 --> skor = 25 KP < 10 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Insiden Glaukoma

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Promotif dan Preventif
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Penemuan kasus Glaukoma di masyarakat
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambangnya tingkat penemuan kasus baru katarak di masyarakat
Definisi operasional	Glaukoma adalah penyakit mata dimana tekanan cairan dalam bola mata menjadi terlalu tinggi, sehingga merusak serat lembut saraf optik yang membawa sinyal penglihatan dari mata ke otak. Kerusakan ini tidak dapat disembuhkan dan dapat menyebabkan kebutaan pada tahapan yang parah.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kasus baru penyakit Glaukoma dalam periode yang sama dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah kunjungan penyakit Glaukoma dalam periode yang sama dalam 1 tahun
Inklusi	Risiko glaucoma bertambah tinggi dengan bertambahnya usia. Terdapat 2% dari populasi usia 40 tahun yang terkena glaucoma.
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah seluruh penderita Glaukoma kunjungan baru dlm setahun dibagi jumlah kunjungan penderita Glaukoma dalam setahun) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	kartu status pasien, repitulasi jumlah penderita katarak di rekam medik
Standar	≥ 25 %
Kriteria Penilaian	IG (%) :  IK ≥ 25 --> skor = 100 20 < KP < 25 --> skor = 75 15 < KP ≤ 19 --> skor = 50 10 < KP ≤ 15 --> skor = 25 KP <10 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan



**Jumlah Operasi Katarak (Surgical Cataract Rate)**

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Promotif dan Preventif
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Definisi operasional	Rapid Assessment of Avoidable Blindness (RAAB) merupakan standar pengumpulan data Kebutaan dan Gangguan Penglihatan yang ditetapkan oleh WHO, melalui Global Action Plan (GAP) 2014 – 2019.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah operasi penyakit katarak dalam periode yang sama dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh operasi penyakit mata dalam periode yang sama dalam 1 tahun
Inklusi	Penderita mata yang mengalami penurunan visus = 5/60 s/d 1/~
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah seluruh operasi katarak setahun dibagi Jumlah seluruh operasi penyakit mata setahun) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	kartu status pasien, repitulasi jumlah operasi penderita katarak di OK
Standar	≥ 75 %
Kriteria Penilaian	OK (%) :  IK ≥ 75 --> skor = 100 65 < KP < 75 --> skor = 75 55 < KP ≤ 64 --> skor = 50 45 < KP ≤ 54 --> skor = 25 KP < 45 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
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 BKMM 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, poptensi 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"><li>1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li><li>2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li><li>3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori<ol style="list-style-type: none"><li>a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li><li>b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li><li>c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li></ol></li></ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	KKM + KKK + KKH (%)
Denominator	3
Inklusi	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa
Eksklusi	--
Formula	(KKM + KKK + KKH) : 3
Bobot	Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator

Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%
Kriteria Penilaian	KRK (%) :  75 < KRK ≤ 100 % --> skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % --> skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % --> skor = 50 KRK < 25 % --> skor = 25
PIC	Kepala Bidang Pemantapan Mutu dan Bimtek

Emergency Respon Time 2 (ERT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Respon Time 2 (ERT 2) 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
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	<div>a. Operasi cito yang membutuhkan puasa &gt; 2 jam sejak diputuskan harus operasi</div> <div>b. Menunggu persetujuan keluarga</div> <div>c. Tidak adanya kamar perawat post operasi</div>
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Kamar Operasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) / IBS Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 120 menit
Kriteria Penilaian	<div>ERT (menit) :</div> <div>ERT ≤ 120 → skor = 100</div> <div>120 &lt; ERT ≤ 240 → skor = 75</div> <div>240 &lt; ERT ≤ 360 → skor = 50</div> <div>360 &lt; ERT ≤ 480 → skor = 25</div> <div>ERT &gt; 480 → skor = 0</div>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 60 Menit
Kriteria Penilaian	WTRJ (menit) :  WTRJ ≤ 60 --> skor = 100 60 < WTRJ ≤ 80 --> skor = 75 80 < WTRJ ≤ 100 --> skor = 50 100 < WTRJ ≤ 120 --> skor = 25 WTRJ > 120 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Waktu Tunggu Pemeriksaan USG Mata (WTUM)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan USG Mata
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan USG Mata adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan pasien dimulai semenjak dokter memutuskan untuk melakukan USG Mata dilanjutkan dengan pemeriksaan oleh dokter sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise dan diagnosa banding untuk tindakan operatif katarak maupun evaluasi bilik mata belakang (corpus alienum)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien mendaftar di loket sampai pemeriksaan dengan alat USG Mata dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau seluruh pasien USG Mata
Inklusi	pemeriksaan USG Mata pada pasien dengan diagnosa katarak (katarak stadium I - III), visus penderita $\leq 5/60$ tidak dapat dikoreksi dengan kacamata
Eksklusi	-
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien mendaftar di loket sampai pemeriksaan dengan alat USG Mata dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien rawat jalan
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	$\leq 60$ Menit
Kriteria Penilaian	WTUM (menit) :  WTOJ $\leq 60$ --> skor = 100 60 < WTUM $\leq 75$ --> skor = 75 75 < WTUM $\leq 90$ --> skor = 50 90 < WTUM $\leq 105$ --> skor = 25 WTUM > 105 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Laboratorium Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 2 Jam
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :  WTPL ≤ 2 --> skor = 100 2 < WTPL ≤ 3 --> skor = 75 3 < WTPL ≤ 4 --> skor = 50 4 < WTPL ≤ 5 --> skor = 25 WTPL > 5 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
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
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Farmasi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :  WTOJ ≤ 30 --> skor = 100 30 < WTOJ ≤ 40 --> skor = 75 40 < WTOJ ≤ 50 --> skor = 50 50 < WTOJ ≤ 60 --> skor = 25 WTOJ > 60 --> skor = 0
PIC	Kepala Bidang Pelayanan



# PELAYANAN KEUANGAN

## Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial		
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)		
Perspektif	Keuangan		
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN		
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas		
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP Dan APBN yang efektif dan efisien.		
Definisi Operasional	<u>Pendapatan PNBP</u> 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, <b>tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</b>		
	<u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, <b>berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan</b> , dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.		
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan → di input di aplikasi e-Kinerja		
Periode Analisa	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)		
Numerator	Pendapatan PNBP		
Denominator	Biaya Operasional		
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%		
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>		
Sumber Data	Laporan Keuangan <b>Akrual</b> BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan Pemimpin BLU		
Standar	65%		
Kriteria Penilaian		<div>Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (%)</div> <div>PB &gt; 65</div>	<div>Skor</div> <div>100</div>
		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	Kepala Bagian Keuangan		