



**KAMUS INDIKATOR KINERJA  
BADAN LAYANAN UMUM  
UNIT PELAKSANA TEKNIS VERTIKAL**

**DITJEN PELAYANAN KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI**



**KAMUS INDIKATOR KINERJA  
BADAN LAYANAN UMUM  
RUMAH SAKIT UMUM**

<b>AREA KLINIS</b>		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <i>good clinical governance</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	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.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
Sumber Data	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
	Rekam Medik	
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Kriteria Penilaian	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	2
	Ada CP, belum diimplementasikan	1
	Belum ada CP	0
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	

Persentase 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	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.	
	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.	
	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.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :	
	1. Tahapan Sign-in	
	dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi	
	2. Tahapan Time-out	
	dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	3. Tahapan Sign-out	
	dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)	
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%	
Sumber Data	Catatan data pasien operasi	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$	1.5
	$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$	1
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	0.5
	Hasil < 70% ☹️👎	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral	

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	$\left(\frac{\text{Jumlah item resep (R/ yang sesuai Fornas)}}{\text{Jumlah total item resep (R/)}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 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	Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi yang dimaksud adalah tidak terjadinya operasi salah sisi.	
	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian pembedahan di kamar operasi yang dilakukan pada sisi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan sebelumnya, hal tersebut tidak disadari oleh operator maupun oleh asisten bedahnya.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi	
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi	
Inklusi	Semua pasien pembedahan di kamar operasi	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi dibagi Jumlah pasien yang dilakukan operasi}) \times 100 \%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	0	
Kriteria Penilaian	hasil 0 %	2
	hasil > 0%	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah	

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	Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS.	
	Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)	
	Kriteria :	
	A. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus	
	B. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :	
	a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar	
	b. Hasil kultur darah positif	
	C. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.	
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	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 1,5 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 1,5 ‰	3
	1,5‰ < Hasil ≤ 7,5 ‰	2
	7,5‰ < Hasil ≤ 15 ‰	1
	Hasil > 15‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	



Infeksi saluran kencing (ISK)

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 saluran kencing (ISK)	
Definisi operasional	Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam	
	Kriteria :	
	A. Gejala dan Tanda :	
	Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik	
	Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah	
	B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)	
	C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus	
	D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur	
	E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK	
	F. Terapi dokter sesuai ISK	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Saluran Kemih (ISK)	
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap	
Inklusi	Pasien rawat inap dengan kateter terpasang > 48 jam	
Eksklusi	Pasien yang terpasang kateter urin ≤ 48 jam	
Formula	(Jumlah kasus ISK dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 4.7 ‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 4.7 ‰	2
	4.7‰ < Hasil ≤ 5.2‰	1.5
	5.2‰ < Hasil ≤ 5.7‰	1
	5.7‰ < Hasil ≤ 6.2‰	0.5
	Hasil > 6.2‰	0
PIC	Ka unit pelayanan rawat inap/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

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	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.	
	Kriteria :	
	A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,	
	B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,	
	C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan	
	D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi	
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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2 % ☺☺ skor = 2	2
	2% < Hasil ≤ 3% ☺☹ skor = 1,5	1.5
	3% < Hasil ≤ 4% ☹☹ skor = 1	1
	4% < Hasil ≤ 5% ☹☺ skor = 0,5	0.5
	Hasil > 5 % ☹☹ skor = 0	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral dan ketua komite/ panitia/tim PPI	
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	Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.	
	Kriteria :	
	Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :	
	- Leukopenia (< 4.000 WBC/mm3) atau Leukositosis (≥12.000 SDP/mm3).	
	- Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.	
	Minimal disertai 2 dari tanda berikut:	
	- Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.	
	- Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.	
	- Ronki basah atau suara napas bronchial.	
	- Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O2 (PaO2/FiO2 ≤240), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.	
	Dasar diagnosis :	
	Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan > 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatocelles pada bayi berumur < 1 tahun	
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	(Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 5,8‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 5.8 ‰	2
	5,8‰ < Hasil ≤ 8,3‰	1.5
	8,3‰ < Hasil ≤ 10,8‰	1
	10,8‰ < Hasil ≤ 13,6‰	0.5
	Hasil > 13,6 ‰	0
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

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	$(\text{Jumlah kasus phlebitis dibagi Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena}) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap	
Standar	$\leq 5 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 5 \%$	2
	$5\% < \text{Hasil} \leq 10\%$	1.5
	$10\% < \text{Hasil} \leq 15\%$	1
	$15\% < \text{Hasil} \leq 20\%$	0.5
	Hasil $> 20\%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Intravenous Nurses Sociaty (INS)	

Nett Death Rate (NDR)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan	
Definisi operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati	
Inklusi	Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 Jam	
Eksklusi	Pasien yang meninggal dirawat inap ≤ 48 Jam	
Formula	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 24 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 24‰	3
	24‰ < Hasil ≤ 50‰	2
	50‰ < Hasil ≤ 70‰	1
	Hasil > 70‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

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%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2.5 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5%	2
	2,5% < Hasil ≤ 3%	1.5
	3% < Hasil ≤ 3,5%	1
	3,5% < Hasil ≤ 4%	0.5
	Hasil > 4%	0
PIC	Ka. IGD	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

Kejadian Kematian Ibu

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	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre-eklamsi,eklamsi dan sepsis.	
	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.	
	Per-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada trimester kedua.	
	Pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua atau tiga tanda, yaitu:	
	a. Tekanan darah sistolik > 160 mmHg, dan diastolik > 110 mmHg	
	b. Protein uria > 5gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif	
	c. Oedem tungkai	
	Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai denagn kejang dan atau penurunan kesadaran.	
	Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab)	
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis	
Inklusi	Semua pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis	
Eksklusi	--	
Formula	(Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsisdibagi total Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis) X 100 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Perdarahan ≤ 1 %, pre-eklampsia <30%, Sepsis ≤ 0,2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 25 %	2
	25 % < Hasil ≤ 30 %	1.5
	30 % < Hasil ≤ 35 %	1
	35 % < Hasil ≤ 40 %	0.5
	Hasil > 40 %	0
PIC	Ka. Instalasi Gawat Darurat / Ka. Dept Obsgyn	

Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian klinik berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan kesalahan obat	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap	
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan	
Definisi operasional		
	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.	
	Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi	
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter	
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP	
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan	
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%	
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep> 50 per bulan	
Standar	< 5%	
Kriteria Penilaian	Hasil < 5%	2
	5% ≤ Hasil < 10%	1.5
	10% ≤ Hasil < 15%	1
	15% ≤ Hasil < 20%	0.5
	Hasil ≥ 20 %	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	



Waktu Lapor 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	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).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
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 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi laboratorium	

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	(Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis) x 100	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi radiologi	

AREA MANAGERIAL

Bed Occupancy Rate (BOR)

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 rawat inap	
Definisi operasional	Bed Occupancy Rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit	
Denominator	Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode	
Inklusi	--	
Eksklusi	--	
Formula	[Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Parameter ideal : 70 – 80 %	
Kriteria Penilaian	BOR (%) :	
	BOR ≥ 100	0.5
	90 ≤ BOR < 100	1
	80 ≤ BOR < 90	1.5
	70 ≤ BOR < 80	2
	60 ≤ BOR < 70	1.5
	50 ≤ BOR < 60	1
	BOR < 50	0.5
PIC	Ka Ins Rawat Inap ; Ka Rekam Medik	

Kepuasan Pelanggan (KP)

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	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.	
	Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).	
	Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam	
	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	$(\text{Hasil penilaian IKM} \div \text{Skala maksimal nilai IKM}) \times 100\%$	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	$\geq 85\%$	
Kriteria Penilaian	KP (%) :	
	$K \geq 85$	2
	$70 < KP < 85$	1.5
	$55 < KP \leq 70$	1
	$40 < KP \leq 55$	0.5
	$KP \leq 40$	0
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.	

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	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.	
	Warna Merah :	
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.	
	Warna Kuning :	
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.	
	Warna Hijau :	
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.	
	Kriteria Penilaian :	
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau	
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar	
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori	
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam	
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari	
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari	
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	
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 %	1.5
	25 < KRK ≤ 50 %	1
	KRK < 25 %	0.5
	RS Non Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	3
	50 < KRK ≤ 75 %	2.25
	25 < KRK ≤ 50 %	1.5
	KRK < 25 %	0.75
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	

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.	
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	operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi	
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi	
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 120 menit	
Kriteria Penilaian	ERT (menit) :	
	ERT ≤ 120	3
	120 < ERT ≤ 240	2
	240< ERT ≤ 480	2
	ERT >480	0
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat	

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	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan.	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

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	
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 48 jam	
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :	
	WTE ≤ 48	2
	48 < WTE ≤ 72	1.5
	72 < WTE ≤ 96	1
	96 < WTE ≤ 120	0.5
	WTE > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral	



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	
Sumber Data	Instalasi Radiologi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 3 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :	
	WTPR ≤ 3	2
	3 < WTPR ≤ 4	1.5
	4 < WTPR ≤ 5	1
	5 < WTPR ≤ 6	0.5
	WTPR > 6	0
PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik	

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	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 2 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL ≤ 2	2
	2 < WTPL ≤ 3	1.5
	3 < WTPL ≤ 4	1
	4 < WTPL ≤ 5	0.5
	WTPL > 5	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	

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	
Sumber Data	Instalasi Farmasi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :	
	WTOJ ≤ 30	2
	30 < WTOJ ≤ 40	1.5
	40 < WTOJ ≤ 50	1
	50 < WTOJ ≤ 60	0.5
	WTOJ > 60	0
PIC	Ka. Inst. Farmasi	

Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 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	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 $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
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	$\left( \frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	

Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sumber daya manusia	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kapabilitas staf	
Dimensi Mutu	Pengembangan SDM, keselamatan pasien	
Tujuan	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi	
Definisi operasional	Staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam / orang per tahun adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/ staf/tahun	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Numerator	Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun	
Denominator	Jumlah Staf nakes di area kritis	
Inklusi	Staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis RS	
Eksklusi	--	
Formula	$\left(\frac{\text{Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun}}{\text{Jumlah nakes di area kritis RS}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	a) Data kepegawaian unit kerja area kritis	
	b) Daftar/agenda diklat tahunan	
	c) Data staf yang ikut pelatihan	
	d) Laporan evaluasi kinerja staf	
Standar	2015 --> 60 %	
	2016 --> 70 %	
	2017 --> 80 %	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 70%	3
	60% $\leq$ Hasil < 70%	2.25
	50% $\leq$ Hasil < 60%	1.5
	40% $\leq$ Hasil < 50%	0.75
	Hasil < 40%	0
PIC	Ka Bid Diklat	

Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.	
	A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b> , adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi	
	B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b> , adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat	
	C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b> , adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut	
Frekuensi Pengumpulan Data	Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya	
	Tahunan	
	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
	OEE = (Ka x Ki x Ku) x 100%	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya	
	(b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 %	
	2016 --> 80 %	
	2017 --> 85%	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	OEE ≥ 80%	2
	70% ≤ OEE < 80%	1.5
	60% ≤ OEE < 70%	1
	50% ≤ OEE < 60%	0.5
	OEE < 50%	0
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016:	
	OEE ≥ 80%	3
	70% ≤ OEE < 80%	2.25
	60% ≤ OEE < 70%	1.5
	50% ≤ OEE < 60%	0.75
	OEE < 50%	0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	

Tingkat Penilaian Proper

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem pengelolaan kesehatan lingkungan berbasis quality and safety	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit	
Definisi operasional	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	
	Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan ( <i>beyond compliance</i> ). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Formula	Sesuai penilaian KLH	
	Undang-undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2013 Tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup	
Sumber Data	Umum dan Operasional	
Standar	2015 s.d 2019 --> Biru	
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 :	
	Emas ; Hijau ; Biru	2
	Merah	1.5
	Hitam	1
PIC	Ka Bagian Umum	

Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemapanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	• Basic/siloed 1 Enteprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalsi penunjang diagnostik	
	• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya	
	• Standar/ Integrated Entepriases : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement	
	• Advanced/ Extended Entepriases : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
	Integrated 1	1.8
	Siloed 2	1.2
	Siloed 1	0.6
PIC	Ka. Instalasi SIRS	



**Jumlah Penelitian yang dipublikasikan\***

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem penyelenggaraan pendidikan yang komprehensif dan penelitian berbasis bukti berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya kompetensi staf medis yang komprehensif dan unggul dalam penyelenggaraan penelitian	
Definisi operasional	Jumlah penelitian yang dipublikasikan adalah jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun.	
	Ukuran pengaruh suatu kelompok dokumen ilmiah dari SMF atau Departemen medik disebut nilai impact factor, selanjutnya rerata nilai impact adalah ukuran kinerja ilmiah SMF atau Departemen Medik yang dipublikasikan secara internasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Penelitian ilmiah yang dilakukan oleh staf medis	
Eksklusi	--	
Formula	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun	
Sumber Data	(a) Daftar karya ilmiah/ penelitian dalam kurun 1 tahun	
	(b) Daftar staf medis yg melakukan penelitian	
Standar	2015 --> 2	
	2016 --> 4	
	2017 --> 6	
	2018 --> 8	
	2019 --> 10	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq 4$	2
	Hasil = 3	1.5
	Hasil = 2	1
	Hasil = 1	0.5
	Hasil = 0	0
PIC	Kabag penelitian	

Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Pembelajaran dan Pertumbuhan	
Sasaran Strategis	Tercapainya kebutuhan tenaga dosen pada proses belajar mengajar	
Demensi Mutu	Efektifitas dan Kualitas pendidikan	
Tujuan	Peningkatan kebutuhan dosen dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar sesuai dengan mahasiswa kedokteran yang menjadi peserta didik	
Definisi Operasional	Rasio Dosen di RS Pendidikan dengan Mahasiswa Kedokteran yang dimaksud adalah Perbandingan jumlah dokter spesialis yang bekerja di RS Pendidikan yang sudah memenuhi kriteria sebagai dosen pembimbing/supervisor klinik, pendidik atau penguji, dan sudah mendapatkan TOT/OSCE, dan mempunyai rekomendasi dari Dekan Fakultas Kedokteran mitra kerjasamanya serta mempunyai Surat Keputusan Pengangkatan sebagai Dosen sesuai peraturan perundang-undangan dengan mahasiswa kedokteran	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Program diskusi, bed side teaching, pembimbingan kasus	
Eksklusi	Kuliah Classroom	
Formula	Jumlah dosen per SMF atau Per Departemen dibandingkan	
	Dihitung per SMF/Per Departemen, dijumlahkan, dibagi rata-rata dengan jumlah SMF yang ada	
Sumber Data	Data Kepegawaian dari Bagian SDM dan data mahasiswa yang belajar per batch saat masuk di Bagian Diklat.	
Standar / Target	1 : 5 untuk mahasiswa Kedokteran	
Kriteria Penilaian	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran :	
	1 : 1-5	2
	1 : 6-8	1.5
	1 : 9-11	1
	1 : 11-13	0.5
	1 : 14-dst	0
Pic	Bagian SDM dan Bagian Diklat	

**KAMUS INDIKATOR KINERJA  
BADAN LAYANAN UMUM  
RUMAH SAKIT PENYAKIT INFEKSI**

AREA KLINIS		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <i>good clinical governance</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	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.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
Sumber Data	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
	Rekam Medik	
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Kriteria Penilaian	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	2
	Ada CP, belum diimplementasikan	1
	Belum ada CP	0
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	

Persentase 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	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.	
	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.	
	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.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$\frac{\text{(Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap)}}{100\%}$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :	
	1. Tahapan Sign-in	
	dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi	
	2. Tahapan Time-out	
	dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	3. Tahapan Sign-out	
	dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)	
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%	
Sumber Data	Catatan data pasien operasi	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$	1.5
	$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$	1
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	0.5
	Hasil < 70% ☹️👎	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral	

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	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 tentang Formularium Nasional	

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	Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS.	
	Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)	
	Kriteria :	
	A. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus	
	B. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :	
	a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar	
	b. Hasil kultur darah positif	
	C. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.	
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	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 1,5 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 1,5 ‰	3
	1,5‰ < Hasil ≤ 7,5 ‰	2
	7,5‰ < Hasil ≤ 15 ‰	1
	Hasil > 15‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	



Infeksi saluran kencing (ISK)

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 saluran kencing (ISK)	
Definisi operasional	Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam	
	Kriteria :	
	A. Gejala dan Tanda :	
	Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik	
	Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah	
	B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)	
	C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus	
	D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur	
	E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK	
	F. Terapi dokter sesuai ISK	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Saluran Kemih (ISK)	
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap	
Inklusi	Pasien rawat inap dengan kateter terpasang > 48 jam	
Eksklusi	Pasien yang terpasang kateter urin ≤ 48 jam	
Formula	(Jumlah kasus ISK dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 4.7 ‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 4.7 ‰	2
	4.7‰ < Hasil ≤ 5.2‰	1.5
	5.2‰ < Hasil ≤ 5.7‰	1
	5.7‰ < Hasil ≤ 6.2‰	0.5
	Hasil > 6.2‰	0
PIC	Ka unit pelayanan rawat inap/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

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	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.	
	Kriteria :	
	A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,	
	B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,	
	C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan	
	D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi	
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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2 % ☺☺ skor = 2	2
	2% < Hasil ≤ 3% ☺☹ skor = 1,5	1.5
	3% < Hasil ≤ 4% ☹☹ skor = 1	1
	4% < Hasil ≤ 5% ☹☺ skor = 0,5	0.5
	Hasil > 5 % ☹☹ skor = 0	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral dan ketua komite/ panitia/tim PPI	
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	Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.	
	Kriteria :	
	Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :	
	- Leukopenia (< 4.000 WBC/mm3) atau Leukositosis (≥12.000 SDP/mm3).	
	- Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.	
	Minimal disertai 2 dari tanda berikut:	
	- Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.	
	- Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.	
	- Ronki basah atau suara napas bronchial.	
	- Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O2 (PaO2/FiO2 ≤240), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.	
	Dasar diagnosis :	
	Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan > 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatocelles pada bayi berumur < 1 tahun	
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	(Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 5,8‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 5.8 ‰	2
	5,8‰ < Hasil ≤ 8,3‰	1.5
	8,3‰ < Hasil ≤ 10,8‰	1
	10,8‰ < Hasil ≤ 13,6‰	0.5
	Hasil > 13,6 ‰	0
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

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	$(\text{Jumlah kasus phlebitis dibagi Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena}) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap	
Standar	$\leq 5 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 5 \%$	2
	$5\% < \text{Hasil} \leq 10\%$	1,5
	$10\% < \text{Hasil} \leq 15\%$	1
	$15\% < \text{Hasil} \leq 20\%$	0,5
	Hasil $> 20\%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Intravenous Nurses Society (INS)	

Nett Death Rate (NDR)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan	
Definisi operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati	
Inklusi	Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 Jam	
Eksklusi	Pasien yang meninggal dirawat inap ≤ 48 Jam	
Formula	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 24 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 24‰	3
	24‰ < Hasil ≤ 50‰	2
	50‰ < Hasil ≤ 70‰	1
	Hasil > 70‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

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%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2.5 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5%	2
	2,5% < Hasil ≤ 3%	1.5
	3% < Hasil ≤ 3,5%	1
	3,5% < Hasil ≤ 4%	0.5
	Hasil > 4%	0
PIC	Ka. IGD	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian klinik berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan kesalahan obat	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap	
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan	
Definisi operasional		
	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.	
	Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi	
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter	
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP	
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan	
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%	
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep> 50 per bulan	
Standar	< 5%	
Kriteria Penilaian	Hasil < 5%	2
	5% ≤ Hasil < 10%	1.5
	10% ≤ Hasil < 15%	1
	15% ≤ Hasil < 20%	0.5
	Hasil ≥ 20 %	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	(Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis) x 100	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi radiologi	



Waktu Lapor 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	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).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
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 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi laboratorium	

Angka Keberhasilan Pengobatan HIV (Kepatuhan Minum Obat /adherences)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan system pelayananpasien dengan HIVAIDS	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien dengan HIV yang mendapat ARV	
Definisi operasional	Angka kepatuhan (adherences) adalah perbandingan jumlah obat yang diminum dengan jumlah obat yang seharusnya diminum dalam satu bulan	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah penderita dengan adherances yang baik	
Denominator	Jumlah penderita HIV yang mendapat ARV	
Inklusi		
Eksklusi		
Formula	$\frac{\text{Jumlahpenderita dengan adherances yang baik } (\geq 95\%)}{\text{Jumlahpenderita HIV yang mendapat ARV}} \times 100\%$	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	90%	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq$ 90%	2
	Hasil 80% - 89%	1,5
	Hasil 70% - 79%	1
	Hasil $\leq$ 70%	0,5
PIC	Pokja HIV	

Kepatuhan Kultur dan Resistensi Antibiotik

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan diagnostik mikrobiologi yang berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Melihat kepekaan bakteri penyebab infeksi yang ditemukan terhadap antibiotika yang digunakan	
Definisi operasional	Kepatuhan melakukan kultur dan uji kepekaan antibiotika pada kasuskasus tersangka infeksi, terutama : (1) sepsis, (2) hospital acquired infection, (3) infeksi saluran napas yang dicurigai disebabkan oleh C.diphtheriae, B.pertusis, S.pyogenes, (4) infeksi berat pada organ, (5) ulkus diabeticum, (6) tuberculosis, (7) infeksi lain yang ditentukan oleh dokter pemeriksa	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kultur dan uji resistensi yang dilakukan	
Denominator	Jumlah kasus infeksi sesuai definisi operasional	
Inklusi	Kultur dan uji kepekaan yang diambil untuk tujuan pelayanan	
Eksklusi	Kultur dan uji kepekaan yang diambil untuk tujuan penelitian khusus diluar pelayanan.	
Formula	Kultur diambil dari specimen tergantung pada patogenis penyakitnya atau porte d' entre Mengukur zona hambat cakram antibiotik yang diuji terhadap kuman yang tumbuh dari kultur. Kriteria menentukan zona hambat menjadi sensistif/intermediate/resisten dilakukan dengan melihat buku pedoman yang dikeluarkan oleh Clinical and Laboratory Standar Institute (CLSI) yang diterbitkan tiap tahun atau buku Europian Commitee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST) tiap tahun diterbitkan.	
Target Sampel & ukuran Sampel	Hasil pemeriksaan kultur dan uji kepekaan antibiotika dan rekam medik	
Wilayah Pengamatan		
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$ $\rightarrow$ Skor = 2	2
	Hasil 60% - 79% $\rightarrow$ Skor = 1,5	1,5
	Hasil 40% - 59% $\rightarrow$ Skor = 1	1
	Hasil $\leq 39\%$ $\rightarrow$ Skor = 0,5	0,5
PIC	Tim PPRA	

AREA MANAGERIAL

Bed Occupancy Rate (BOR)

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 rawat inap	
Definisi operasional	Bed Occupancy Rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit	
Denominator	Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode	
Inklusi	--	
Eksklusi	--	
Formula	[Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Parameter ideal : 70 – 80 %	
Kriteria Penilaian	BOR (%) :	
	BOR ≥ 100	0.5
	90 ≤ BOR < 100	1
	80 ≤ BOR < 90	1.5
	70 ≤ BOR < 80	2
	60 ≤ BOR < 70	1.5
	50 ≤ BOR < 60	1
	BOR < 50	0.5
PIC	Ka Ins Rawat Inap ; Ka Rekam Medik	

Kepuasan Pelanggan (KP)

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	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.	
	Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).	
	Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam	
	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	(Hasil penilaian IKM dibagi Skala maksimal nilai IKM) x 100%	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	≥ 85%	
Kriteria Penilaian	KP (%) :	
	K ≥ 85	2
	70 < KP < 85	1.5
	55 < KP ≤ 70	1
	40 < KP ≤ 55	0.5
	KP ≤ 40	0
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.	

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	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.	
	Warna Merah :	
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.	
	Warna Kuning :	
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.	
	Warna Hijau :	
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.	
	Kriteria Penilaian :	
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau	
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar	
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori	
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam	
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari	
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari	
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	
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 %	1.5
	25 < KRK ≤ 50 %	1
	KRK < 25 %	0.5
	RS Non Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	3
	50 < KRK ≤ 75 %	2.25
	25 < KRK ≤ 50 %	1.5
	KRK < 25 %	0.75
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	

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.	
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	operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi	
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi	
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 120 menit	
Kriteria Penilaian	ERT (menit) :	
	ERT ≤ 120	3
	120 < ERT ≤ 240	2
	240< ERT ≤ 480	2
	ERT >480	0
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat	

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	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan.	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	



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	
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 48 jam	
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :	
	WTE ≤ 48	2
	48 < WTE ≤ 72	1.5
	72 < WTE ≤ 96	1
	96 < WTE ≤ 120	0.5
	WTE > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

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	
Sumber Data	Instalasi Radiologi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 3 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :	
	WTPR ≤ 3	2
	3 < WTPR ≤ 4	1.5
	4 < WTPR ≤ 5	1
	5 < WTPR ≤ 6	0.5
	WTPR > 6	0
PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik	

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	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 2 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL ≤ 2	2
	2 < WTPL ≤ 3	1.5
	3 < WTPL ≤ 4	1
	4 < WTPL ≤ 5	0.5
	WTPL > 5	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	

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	
Sumber Data	Instalasi Farmasi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :	
	WTOJ ≤ 30	2
	30 < WTOJ ≤ 40	1.5
	40 < WTOJ ≤ 50	1
	50 < WTOJ ≤ 60	0.5
	WTOJ > 60	0
PIC	Ka. Inst. Farmasi	

Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 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	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 $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
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	$\left( \frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	

Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sumber daya manusia	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kapabilitas staf	
Dimensi Mutu	Pengembangan SDM, keselamatan pasien	
Tujuan	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi	
Definisi operasional	Staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam / orang per tahun adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/ staf/tahun	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Numerator	Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun	
Denominator	Jumlah Staf nakes di area kritis	
Inklusi	Staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis RS	
Eksklusi	--	
Formula	$\left(\frac{\text{Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun}}{\text{Jumlah nakes di area kritis RS}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	a) Data kepegawaian unit kerja area kritis	
	b) Daftar/agenda diklat tahunan	
	c) Data staf yang ikut pelatihan	
	d) Laporan evaluasi kinerja staf	
Standar	2015 --> 60 %	
	2016 --> 70 %	
	2017 --> 80 %	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 70%	3
	60% $\leq$ Hasil < 70%	2.25
	50% $\leq$ Hasil < 60%	1.5
	40% $\leq$ Hasil < 50%	0.75
	Hasil < 40%	0
PIC	Ka Bid Diklat	

Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.	
	A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b> , adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi	
	B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b> , adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat	
	C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b> , adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut	
Frekuensi Pengumpulan Data	Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya	
	Tahunan	
	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
	OEE = (Ka x Ki x Ku) x 100%	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya	
	(b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 %	
	2016 --> 80 %	
	2017 --> 85%	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	OEE ≥ 80%	2
	70% ≤ OEE < 80%	1.5
	60% ≤ OEE < 70%	1
	50% ≤ OEE < 60%	0.5
	OEE < 50%	0
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016:	
	OEE ≥ 80%	3
	70% ≤ OEE < 80%	2.25
	60% ≤ OEE < 70%	1.5
	50% ≤ OEE < 60%	0.75
	OEE < 50%	0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	

Tingkat Penilaian Proper

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem pengelolaan kesehatan lingkungan berbasis quality and safety	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit	
Definisi operasional	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	
	Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan ( <i>beyond compliance</i> ). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Formula	Sesuai penilaian KLH	
	Undang-undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2013 Tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup	
Sumber Data	Umum dan Operasional	
Standar	2015 s.d 2019 --> Biru	
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 :	
	Emas ; Hijau ; Biru	2
	Merah	1.5
	Hitam	1
PIC	Ka Bagian Umum	



Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemapanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	• Basic/siloed 1 Enteprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalsi penunjang diagnostik	
	• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya	
	• Standar/ Integrated Entepriases : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement	
	• Advanced/ Extended Entepriases : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
	Integrated 1	1.8
	Siloed 2	1.2
	Siloed 1	0.6
PIC	Ka. Instalasi SIRS	

Kajian/ Penelitian Klinis yang memanfaatkan data

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya Penguatan RS untuk Penelitian	
Dimensi Mutu	Hasil kajian/penelitian yang di aplikasikan dalam bentuk basic research, translational research dan atau dipublikasikan baik Nasional maupun Internasional	
Tujuan	Mendapatkan hasil kajian/penelitian dalam bentuk basic research, translational research dan dapat dipublikasikan baik Nasional maupun Internasional	
Definisi operasional	Kajian/Penelitian kesehatan yang menggunakan data (baik data rekam medik maupun data BBT) ataupun pasien sebagai subyek penelitian, baik penelitian survey maupun eksperimental	
Frekuensi Pengumpulan Data	Triwulan	
Numerator	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan international dalam setahun	
Denominator		
Inklusi		
Eksklusi	--	
Formula	Banyaknya kajian/penelitian klinis yang menjadi basic research yang dilakukan RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso	
Sumber Data	Direktorat Pengkajian PI & PM	
Standar	1 kajian/penelitian per tahun	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq$ 1 Hasil kajian/penelitian	2
	Hasil pengumpulan data kajian/penelitian	1,5
	Hasil proposal kajian/penelitian	1
	Hasil judul kajian/penelitian	0,5
PIC	Direktorat Pengkajian PI & PM	

Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Pembelajaran dan Pertumbuhan	
Sasaran Strategis	Tercapainya kebutuhan tenaga dosen pada proses belajar mengajar	
Demensi Mutu	Efektifitas dan Kualitas pendidikan	
Tujuan	Peningkatan kebutuhan dosen dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar sesuai dengan mahasiswa kedokteran yang menjadi peserta didik	
Definisi Operasional	Rasio Dosen di RS Pendidikan dengan Mahasiswa Kedokteran yang dimaksud adalah Perbandingan jumlah dokter spesialis yang bekerja di RS Pendidikan yang sudah memenuhi kriteria sebagai dosen pembimbing/supervisor klinik, pendidik atau penguji, dan sudah mendapatkan TOT/OSCE, dan mempunyai rekomendasi dari Dekan Fakultas Kedokteran mitra kerjasamanya serta mempunyai Surat Keputusan Pengangkatan sebagai Dosen sesuai peraturan perundang-undangan dengan mahasiswa kedokteran	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Program diskusi, bed side teaching, pembimbingan kasus	
Eksklusi	Kuliah Classroom	
Formula	Jumlah dosen per SMF atau Per Departemen dibandingkan	
	Dihitung per SMF/Per Departemen, dijumlahkan, dibagi rata-rata dengan jumlah SMF yang ada	
Sumber Data	Data Kepegawaian dari Bagian SDM dan data mahasiswa yang belajar per batch saat masuk di Bagian Diklat.	
Standar / Target	1 : 5 untuk mahasiswa Kedokteran	
Kriteria Penilaian	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran :	
	1 : 1-5	2
	1 : 6-8	1.5
	1 : 9-11	1
	1 : 11-13	0.5
	1 : 14-dst	0
Pic	Bagian SDM dan Bagian Diklat	

**KAMUS INDIKATOR KINERJA  
BADAN LAYANAN UMUM  
RUMAH SAKIT JIWA DAN  
KETERGANTUNGAN OBAT**

<b>AREA KLINIS</b>		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <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	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.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
Sumber Data	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
	Rekam Medik	
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Kriteria Penilaian	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	2
	Ada CP, belum diimplementasikan	1
	Belum ada CP	0
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	

Persentase 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	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.	
	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.	
	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.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	$\left(\frac{\text{Jumlah item resep (R/ yang sesuai Fornas)}}{\text{Jumlah total item resep (R/)}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 tentang Formularium Nasional	

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	
Sumber Data	Ruang Tindakan ECT	
Standar	Tersedia SOP, sesuai indikasi dan dilakukan oleh tenaga yang kompeten	
Kriteria Penilaian	<div>-Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten</div> <div>-Ada SOP, sesuai indikasi, belum dilaksanakan oleh tenaga kompeten</div> <div>-Tidak ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten</div> <div>-Tidak ada SOP, tidak sesuai indikasi, tidak dilaksanakan tenaga kompeten</div>	<div>2</div> <div>1,5</div> <div>1</div> <div>0,5</div>
PIC	Ka Ins Elektromedik / Ka. Instalasi Rawat Inap	



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%	
Sumber Data	Rekam Medik dan UPIP	
Standar	≤ 1,5 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 1,5% 1,5% < Hasil ≤ 5% 5% < Hasil ≤ 10% 10% < Hasil ≤ 15% Hasil > 15%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	

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	Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS.	
	Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)	
	Kriteria :	
	A. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus	
	B. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :	
	a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar	
	b. Hasil kultur darah positif	
	C. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.	
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	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 1,5 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 1,5 ‰	3
	1,5‰ < Hasil ≤ 7,5 ‰	2
	7,5‰ < Hasil ≤ 15 ‰	1
	Hasil > 15‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	

Infeksi saluran kencing (ISK)

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 saluran kencing (ISK)	
Definisi operasional	Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam	
	Kriteria :	
	A. Gejala dan Tanda :	
	Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik	
	Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah	
	B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)	
	C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus	
	D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur	
	E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK	
	F. Terapi dokter sesuai ISK	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Saluran Kemih (ISK)	
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap	
Inklusi	Pasien rawat inap dengan kateter terpasang > 48 jam	
Eksklusi	Pasien yang terpasang kateter urin ≤ 48 jam	
Formula	(Jumlah kasus ISK dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 4.7 ‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 4.7 ‰	2
	4.7‰ < Hasil ≤ 5.2‰	1.5
	5.2‰ < Hasil ≤ 5.7‰	1
	5.7‰ < Hasil ≤ 6.2‰	0.5
	Hasil > 6.2‰	0
PIC	Ka unit pelayanan rawat inap/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

**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	$(\text{Jumlah kasus phlebitis dibagi Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena}) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap	
Standar	$\leq 5 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 5 \%$	2
	$5\% < \text{Hasil} \leq 10\%$	1,5
	$10\% < \text{Hasil} \leq 15\%$	1
	$15\% < \text{Hasil} \leq 20\%$	0,5
	Hasil $> 20\%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Intravenous Nurses Society (INS)	

Prosentase Kejadian Skabies

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	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Menurunnya kejadian skabies pada pasien	
Definisi operasional	Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap tungau Sarcoptes scabei varietas hominis. Di Indonesia, skabies lebih dikenal dengan nama gudik, kudis, buduk, kerak, penyakit ampera dan gatal agogo. (Djuanda, 2006)	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus skabies	
Denominator	Seluruh pasien yang dirawat inap	
Formula	$\frac{\text{(Jumlah kasus skabies dibagi Seluruh pasien yang dirawat inap)}}{x} \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap	
Standar	0	
Kriteria Penilaian	Hasil 0%	2
	$0\% < \text{Hasil} \leq 5\%$	1,5
	$5\% < \text{Hasil} \leq 10\%$	1
	$10\% < \text{Hasil} \leq 15\%$	0,5
	$\text{Hasil} > 15\%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S., 2006. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia	

**Nett Death Rate (NDR)**

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan	
Definisi operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati	
Inklusi	Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 Jam	
Eksklusi	Pasien yang meninggal dirawat inap ≤ 48 Jam	
Formula	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 24 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 24‰	3
	24‰ < Hasil ≤ 50‰	2
	50‰ < Hasil ≤ 70‰	1
	Hasil > 70‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

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%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2.5 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5%	2
	2,5% < Hasil ≤ 3%	1.5
	3% < Hasil ≤ 3,5%	1
	3,5% < Hasil ≤ 4%	0.5
	Hasil > 4%	0
PIC	Ka. IGD	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian klinik berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan kesalahan obat	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap	
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan	
Definisi operasional		
	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.	
	Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi	
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter	
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP	
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan	
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%	
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep> 50 per bulan	
Standar	< 5%	
Kriteria Penilaian	Hasil < 5%	2
	5% ≤ Hasil < 10%	1.5
	10% ≤ Hasil < 15%	1
	15% ≤ Hasil < 20%	0.5
	Hasil ≥ 20 %	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	



Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan mutu pelayanan	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan mutu pelayanan	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan bermutu	
Definisi operasional	Tidak adanya pasien yang dirawat inap psikiatri lebih dari 42 hari	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Analisa	3 bulanan	
Numerator	Jumlah seluruh pasien rawat inap psikiatri dikurangi jumlah pasien yang dirawat > 42 hari	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap psikiatri	
Formula	((Jumlah seluruh pasien rawat inap psikiatri dikurangi jumlah pasien yang dirawat > 42 hari Jumlah pasien rawat inap psikiatri) dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap psikiatri) x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik dan Instalasi Rawat Inap	
Standar	≥ 90 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≥ 90 % 80% ≤ Hasil < 90% 70% ≤ Hasil < 80% 60% ≤ Hasil < 70% Hasil < 60%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	

Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 10 hari

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan mutu pelayanan	
Judul KPI	Lama rawat inap di bangsal akut	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan mutu pelayanan	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan bermutu	
Definisi operasional	Tidak adanya pasien yang dirawat di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP) lebih dari 10 hari	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang di rawat inap di UPIP dikurangi jumlah pasien yang dirawat > 10 hari	
Denominator	Jumlah seluruh yang pasien yang dirawat inap di UPIP	
Inklusi	Seluruh yang pasien yang dirawat inap di UPIP	
Formula	{(Jumlah seluruh pasien yang di rawat inap di UPIP dikurangi jumlah pasien yang dirawat > 10 hari) dibagi Jumlah seluruh yang pasien yang dirawat inap di UPIP} x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik dan UPIP	
Standar	≥ 90%	
Kriteria Penilaian	Hasil ≥ 90 % 80% ≤ Hasil < 90% 70% ≤ Hasil < 80% 60% ≤ Hasil < 70% Hasil < 60%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Inst Rawat Inap	

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	$\left\{ \left( \text{Jumlah seluruh pasien rawat inap psikiatri dikurangi Jumlah pasien yang meninggal karena bunuh diri} \right) \div \text{Jumlah seluruh pasien rawat inap psikiatri} \right\} \times 100\%$	
Bobot		
Sumber Data	Rekam Medik dan Instalasi Rawat Inap	
Standar / Target	≥ 90 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≥ 90 % 80% ≤ Hasil < 90% 70% ≤ Hasil < 80% 60% ≤ Hasil < 70% Hasil < 60%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	

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	<div> <div>Hasil ≥ 95%</div> <div>76% ≤ Hasil &lt; 95%</div> <div>51% ≤ Hasil &lt; 76%</div> <div>26% ≤ Hasil &lt; 51%</div> <div>Hasil &lt; 26%</div> </div>	<div> <div>2</div> <div>1,5</div> <div>1</div> <div>0,5</div> <div>0</div> </div>
PIC	Ka. Instalasi rawat inap	

AREA MANAGERIAL

Bed Occupancy Rate (BOR)

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 rawat inap	
Definisi operasional	Bed Occupancy Rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit	
Denominator	Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode	
Inklusi	--	
Eksklusi	--	
Formula	[Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Parameter ideal : 70 – 80 %	
Kriteria Penilaian	BOR (%) :	
	BOR ≥ 100	0.5
	90 ≤ BOR < 100	1
	80 ≤ BOR < 90	1.5
	70 ≤ BOR < 80	2
	60 ≤ BOR < 70	1.5
	50 ≤ BOR < 60	1
	BOR < 50	0.5
PIC	Ka Ins Rawat Inap ; Ka Rekam Medik	

Kepuasan Pelanggan (KP)

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	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.	
	Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).	
	Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam	
	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	(Hasil penilaian IKM dibagi Skala maksimal nilai IKM) x 100%	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	≥ 85%	
Kriteria Penilaian	KP (%) :	
	K ≥ 85	2
	70 < KP < 85	1.5
	55 < KP ≤ 70	1
	40 < KP ≤ 55	0.5
	KP ≤ 40	0
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.	

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	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.	
	Warna Merah :	
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.	
	Warna Kuning :	
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.	
	Warna Hijau :	
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.	
	Kriteria Penilaian :	
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau	
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar	
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori	
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam	
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari	
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari	
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	
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 %	1.5
	25 < KRK ≤ 50 %	1
	KRK < 25 %	0.5
	RS Non Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	3
	50 < KRK ≤ 75 %	2.25
	25 < KRK ≤ 50 %	1.5
	KRK < 25 %	0.75
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	

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.	
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	operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi	
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi	
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 120 menit	
Kriteria Penilaian	ERT (menit) :	
	ERT ≤ 120	3
	120 < ERT ≤ 240	2
	240< ERT ≤ 480	2
	ERT >480	0
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat	



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	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan.	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

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	
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 48 jam	
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :	
	WTE ≤ 48	2
	48 < WTE ≤ 72	1.5
	72 < WTE ≤ 96	1
	96 < WTE ≤ 120	0.5
	WTE > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

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	
Sumber Data	Instalasi Radiologi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 3 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :	
	WTPR ≤ 3	2
	3 < WTPR ≤ 4	1.5
	4 < WTPR ≤ 5	1
	5 < WTPR ≤ 6	0.5
	WTPR > 6	0
PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik	

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	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 2 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL ≤ 2	2
	2 < WTPL ≤ 3	1.5
	3 < WTPL ≤ 4	1
	4 < WTPL ≤ 5	0.5
	WTPL > 5	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	

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	
Sumber Data	Instalasi Farmasi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :	
	WTOJ ≤ 30	2
	30 < WTOJ ≤ 40	1.5
	40 < WTOJ ≤ 50	1
	50 < WTOJ ≤ 60	0.5
	WTOJ > 60	0
PIC	Ka. Inst. Farmasi	

Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 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	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 $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
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	$\left( \frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	

Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sumber daya manusia	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kapabilitas staf	
Dimensi Mutu	Pengembangan SDM, keselamatan pasien	
Tujuan	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi	
Definisi operasional	Staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam / orang per tahun adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/ staf/tahun	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Numerator	Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun	
Denominator	Jumlah Staf nakes di area kritis	
Inklusi	Staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis RS	
Eksklusi	--	
Formula	$\left(\frac{\text{Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun}}{\text{Jumlah nakes di area kritis RS}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	a) Data kepegawaian unit kerja area kritis	
	b) Daftar/agenda diklat tahunan	
	c) Data staf yang ikut pelatihan	
	d) Laporan evaluasi kinerja staf	
Standar	2015 --> 60 %	
	2016 --> 70 %	
	2017 --> 80 %	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 70%	3
	60% $\leq$ Hasil < 70%	2.25
	50% $\leq$ Hasil < 60%	1.5
	40% $\leq$ Hasil < 50%	0.75
	Hasil < 40%	0
PIC	Ka Bid Diklat	

Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.	
	A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b> , adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi	
	B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b> , adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat	
	C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b> , adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut	
Frekuensi Pengumpulan Data	Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya	
	Tahunan	
	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
	OEE = (Ka x Ki x Ku) x 100%	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya	
	(b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 %	
	2016 --> 80 %	
	2017 --> 85%	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	OEE ≥ 80%	2
	70% ≤ OEE < 80%	1.5
	60% ≤ OEE < 70%	1
	50% ≤ OEE < 60%	0.5
	OEE < 50%	0
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016:	
	OEE ≥ 80%	3
	70% ≤ OEE < 80%	2.25
	60% ≤ OEE < 70%	1.5
	50% ≤ OEE < 60%	0.75
	OEE < 50%	0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	



Tingkat Penilaian Proper

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem pengelolaan kesehatan lingkungan berbasis quality and safety	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit	
Definisi operasional	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	
	Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan ( <i>beyond compliance</i> ). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Formula	Sesuai penilaian KLH	
	Undang-undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2013 Tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup	
Sumber Data	Umum dan Operasional	
Standar	2015 s.d 2019 --> Biru	
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 :	
	Emas ; Hijau ; Biru	2
	Merah	1.5
	Hitam	1
PIC	Ka Bagian Umum	

Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemapanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	• Basic/siloed 1 Enteprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalsi penunjang diagnostik	
	• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya	
	• Standar/ Integrated Entepriases : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement	
	• Advanced/ Extended Entepriases : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
	Integrated 1	1.8
	Siloed 2	1.2
	Siloed 1	0.6
PIC	Ka. Instalasi SIRS	

**Jumlah Penelitian yang dipublikasikan\***

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem penyelenggaraan pendidikan yang komprehensif dan penelitian berbasis bukti berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya kompetensi staf medis yang komprehensif dan unggul dalam penyelenggaraan penelitian	
Definisi operasional	Jumlah penelitian yang dipublikasikan adalah jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun.	
	Ukuran pengaruh suatu kelompok dokumen ilmiah dari SMF atau Departemen medik disebut nilai impact factor, selanjutnya rerata nilai impact adalah ukuran kinerja ilmiah SMF atau Departemen Medik yang dipublikasikan secara internasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Penelitian ilmiah yang dilakukan oleh staf medis	
Eksklusi	--	
Formula	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun	
Sumber Data	(a) Daftar karya ilmiah/ penelitian dalam kurun 1 tahun	
	(b) Daftar staf medis yg melakukan penelitian	
Standar	2015 --> 2	
	2016 --> 4	
	2017 --> 6	
	2018 --> 8	
	2019 --> 10	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 4	2
	Hasil = 3	1.5
	Hasil = 2	1
	Hasil = 1	0.5
	Hasil = 0	0
PIC	Kabag penelitian	

Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Pembelajaran dan Pertumbuhan	
Sasaran Strategis	Tercapainya kebutuhan tenaga dosen pada proses belajar mengajar	
Demensi Mutu	Efektifitas dan Kualitas pendidikan	
Tujuan	Peningkatan kebutuhan dosen dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar sesuai dengan mahasiswa kedokteran yang menjadi peserta didik	
Definisi Operasional	Rasio Dosen di RS Pendidikan dengan Mahasiswa Kedokteran yang dimaksud adalah Perbandingan jumlah dokter spesialis yang bekerja di RS Pendidikan yang sudah memenuhi kriteria sebagai dosen pembimbing/supervisor klinik, pendidik atau penguji, dan sudah mendapatkan TOT/OSCE, dan mempunyai rekomendasi dari Dekan Fakultas Kedokteran mitra kerjasamanya serta mempunyai Surat Keputusan Pengangkatan sebagai Dosen sesuai peraturan perundang-undangan dengan mahasiswa kedokteran	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Program diskusi, bed side teaching, pembimbingan kasus	
Eksklusi	Kuliah Classroom	
Formula	Jumlah dosen per SMF atau Per Departemen dibandingkan	
	Dihitung per SMF/Per Departemen, dijumlahkan, dibagi rata-rata dengan jumlah SMF yang ada	
Sumber Data	Data Kepegawaian dari Bagian SDM dan data mahasiswa yang belajar per batch saat masuk di Bagian Diklat.	
Standar / Target	1 : 5 untuk mahasiswa Kedokteran	
Kriteria Penilaian	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran :	
	1 : 1-5	2
	1 : 6-8	1.5
	1 : 9-11	1
	1 : 11-13	0.5
	1 : 14-dst	0
Pic	Bagian SDM dan Bagian Diklat	

**KAMUS INDIKATOR KINERJA  
BADAN LAYANAN UMUM  
RUMAH SAKIT PARU**

AREA KLINIS		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <i>good clinical governance</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	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.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
Sumber Data	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
	Rekam Medik	
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Kriteria Penilaian	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	2
	Ada CP, belum diimplementasikan	1
	Belum ada CP	0
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	

Persentase 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	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.	
	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.	
	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.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :	
	1. Tahapan Sign-in	
	dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi	
	2. Tahapan Time-out	
	dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	3. Tahapan Sign-out	
	dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)	
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%	
Sumber Data	Catatan data pasien operasi	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$	1.5
	$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$	1
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	0.5
	Hasil < 70% ☹️👎	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral	



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	$\left(\frac{\text{Jumlah item resep (R/ yang sesuai Fornas)}}{\text{Jumlah total item resep (R/)}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 tentang Formularium Nasional	

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	Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS.	
	Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)	
	Kriteria :	
	A. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus	
	B. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :	
	a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar	
	b. Hasil kultur darah positif	
	C. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.	
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	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 1,5 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 1,5 ‰	3
	1,5‰ < Hasil ≤ 7,5 ‰	2
	7,5‰ < Hasil ≤ 15 ‰	1
	Hasil > 15‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	

Infeksi saluran kencing (ISK)

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 saluran kencing (ISK)	
Definisi operasional	Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam	
	Kriteria :	
	A. Gejala dan Tanda :	
	Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik	
	Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah	
	B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)	
	C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus	
	D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur	
	E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK	
	F. Terapi dokter sesuai ISK	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Saluran Kemih (ISK)	
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap	
Inklusi	Pasien rawat inap dengan kateter terpasang > 48 jam	
Eksklusi	Pasien yang terpasang kateter urin ≤ 48 jam	
Formula	(Jumlah kasus ISK dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 4.7 ‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 4.7 ‰	2
	4.7‰ < Hasil ≤ 5.2‰	1.5
	5.2‰ < Hasil ≤ 5.7‰	1
	5.7‰ < Hasil ≤ 6.2‰	0.5
	Hasil > 6.2‰	0
PIC	Ka unit pelayanan rawat inap/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

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	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.	
	Kriteria :	
	A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,	
	B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,	
	C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan	
	D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi	
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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2 % ☺☺ skor = 2	2
	2% < Hasil ≤ 3% ☺☹ skor = 1,5	1.5
	3% < Hasil ≤ 4% ☹☹ skor = 1	1
	4% < Hasil ≤ 5% ☹☺ skor = 0,5	0.5
	Hasil > 5 % ☹☹ skor = 0	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral dan ketua komite/ panitia/tim PPI	
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	Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.	
	Kriteria :	
	Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :	
	- Leukopenia (< 4.000 WBC/mm3) atau Leukositosis (≥12.000 SDP/mm3).	
	- Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.	
	Minimal disertai 2 dari tanda berikut:	
	- Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.	
	- Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.	
	- Ronki basah atau suara napas bronchial.	
	- Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O2 (PaO2/FiO2 ≤240), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.	
	Dasar diagnosis :	
	Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan > 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatocelles pada bayi berumur < 1 tahun	
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	(Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 5,8‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 5.8 ‰	2
	5,8‰ < Hasil ≤ 8,3‰	1.5
	8,3‰ < Hasil ≤ 10,8‰	1
	10,8‰ < Hasil ≤ 13,6‰	0.5
	Hasil > 13,6 ‰	0
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

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	$(\text{Jumlah kasus phlebitis dibagi Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena}) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap	
Standar	$\leq 5 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 5 \%$	2
	$5\% < \text{Hasil} \leq 10\%$	1,5
	$10\% < \text{Hasil} \leq 15\%$	1
	$15\% < \text{Hasil} \leq 20\%$	0,5
	Hasil $> 20\%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Intravenous Nurses Society (INS)	

Nett Death Rate (NDR)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan	
Definisi operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati	
Inklusi	Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 Jam	
Eksklusi	Pasien yang meninggal dirawat inap ≤ 48 Jam	
Formula	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 24 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 24‰	3
	24‰ < Hasil ≤ 50‰	2
	50‰ < Hasil ≤ 70‰	1
	Hasil > 70‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

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%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2.5 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5%	2
	2,5% < Hasil ≤ 3%	1.5
	3% < Hasil ≤ 3,5%	1
	3,5% < Hasil ≤ 4%	0.5
	Hasil > 4%	0
PIC	Ka. IGD	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	



Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	(Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis) x 100	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi radiologi	

Waktu Lapor 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	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).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
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 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi laboratorium	

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%	
Sumber Data	Catatan IGD ; Rekam Medik	
Standar	0 %	
Kriteria Penilaian	Hasil = 0% 0% < Hasil ≤ 5% 5% < Hasil ≤ 10% 10% < Hasil ≤ 15% Hasil > 15%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Gawat Darurat	

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 progresifitas penyakit dan peningkatan kualitas hidup pasien	
Definisi operasional	Penyakit PPOK adalah penyakit paru kronik yang bersifat progresif dan irreversible, 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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	Hasil > 75% —> skor = 2 50% < Hasil ≤ 75% —> skor = 1,5 25% < Hasil ≤ 50% —> skor = 1 Hasil ≤ 25% —> skor = 0,5	2 1,5 1 0,5
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	

Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian klinik berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan kesalahan obat	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap	
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan	
Definisi operasional		
	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.	
	Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi	
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter	
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP	
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan	
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%	
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep> 50 per bulan	
Standar	< 5%	
Kriteria Penilaian	Hasil < 5%	2
	5% ≤ Hasil < 10%	1.5
	10% ≤ Hasil < 15%	1
	15% ≤ Hasil < 20%	0.5
	Hasil ≥ 20 %	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	

AREA MANAGERIAL

Bed Occupancy Rate (BOR)

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 rawat inap	
Definisi operasional	Bed Occupancy Rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit	
Denominator	Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode	
Inklusi	--	
Eksklusi	--	
Formula	[Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Parameter ideal : 70 – 80 %	
Kriteria Penilaian	BOR (%) :	
	BOR ≥ 100	0.5
	90 ≤ BOR < 100	1
	80 ≤ BOR < 90	1.5
	70 ≤ BOR < 80	2
	60 ≤ BOR < 70	1.5
	50 ≤ BOR < 60	1
	BOR < 50	0.5
PIC	Ka Ins Rawat Inap ; Ka Rekam Medik	

Kepuasan Pelanggan (KP)

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	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.	
	Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).	
	Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam	
	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	(Hasil penilaian IKM dibagi Skala maksimal nilai IKM) x 100%	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	≥ 85%	
Kriteria Penilaian	KP (%) :	
	K ≥ 85	2
	70 < KP < 85	1.5
	55 < KP ≤ 70	1
	40 < KP ≤ 55	0.5
	KP ≤ 40	0
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.	

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	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.	
	Warna Merah :	
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.	
	Warna Kuning :	
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.	
	Warna Hijau :	
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.	
	Kriteria Penilaian :	
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau	
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar	
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori	
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam	
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari	
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari	
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	
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 %	1.5
	25 < KRK ≤ 50 %	1
	KRK < 25 %	0.5
	RS Non Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	3
	50 < KRK ≤ 75 %	2.25
	25 < KRK ≤ 50 %	1.5
	KRK < 25 %	0.75
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	



Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi

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	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.	
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	
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD) Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	ERRT (menit) :  ERRT ≤ 30 30 < ERRT ≤ 45 45 < ERRT ≤ 60 ERRT > 60	  3 2 1 0
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat	

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	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan.	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

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	
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 48 jam	
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :	
	WTE ≤ 48	2
	48 < WTE ≤ 72	1.5
	72 < WTE ≤ 96	1
	96 < WTE ≤ 120	0.5
	WTE > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

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	
Sumber Data	Instalasi Radiologi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 3 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :	
	WTPR ≤ 3	2
	3 < WTPR ≤ 4	1.5
	4 < WTPR ≤ 5	1
	5 < WTPR ≤ 6	0.5
	WTPR > 6	0
PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik	

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	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 2 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL ≤ 2	2
	2 < WTPL ≤ 3	1.5
	3 < WTPL ≤ 4	1
	4 < WTPL ≤ 5	0.5
	WTPL > 5	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	

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	
Sumber Data	Instalasi Farmasi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :	
	WTOJ ≤ 30	2
	30 < WTOJ ≤ 40	1.5
	40 < WTOJ ≤ 50	1
	50 < WTOJ ≤ 60	0.5
	WTOJ > 60	0
PIC	Ka. Inst. Farmasi	

Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 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	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 $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
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	$(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	

Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sumber daya manusia	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kapabilitas staf	
Dimensi Mutu	Pengembangan SDM, keselamatan pasien	
Tujuan	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi	
Definisi operasional	Staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam / orang per tahun adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/ staf/tahun	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Numerator	Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun	
Denominator	Jumlah Staf nakes di area kritis	
Inklusi	Staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis RS	
Eksklusi	--	
Formula	$\left(\frac{\text{Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun}}{\text{Jumlah nakes di area kritis RS}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	a) Data kepegawaian unit kerja area kritis	
	b) Daftar/agenda diklat tahunan	
	c) Data staf yang ikut pelatihan	
	d) Laporan evaluasi kinerja staf	
Standar	2015 --> 60 %	
	2016 --> 70 %	
	2017 --> 80 %	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 70%	3
	60% $\leq$ Hasil < 70%	2.25
	50% $\leq$ Hasil < 60%	1.5
	40% $\leq$ Hasil < 50%	0.75
	Hasil < 40%	0
PIC	Ka Bid Diklat	



Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.	
	A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b> , adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi	
	B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b> , adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat	
	C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b> , adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut	
Frekuensi Pengumpulan Data	Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya	
	Tahunan	
	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
	OEE = (Ka x Ki x Ku) x 100%	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya	
	(b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 %	
	2016 --> 80 %	
	2017 --> 85%	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	OEE ≥ 80%	2
	70% ≤ OEE < 80%	1.5
	60% ≤ OEE < 70%	1
	50% ≤ OEE < 60%	0.5
	OEE < 50%	0
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016:	
	OEE ≥ 80%	3
	70% ≤ OEE < 80%	2.25
	60% ≤ OEE < 70%	1.5
	50% ≤ OEE < 60%	0.75
	OEE < 50%	0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	

Tingkat Penilaian Proper

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem pengelolaan kesehatan lingkungan berbasis quality and safety	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit	
Definisi operasional	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	
	Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan ( <i>beyond compliance</i> ). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Formula	Sesuai penilaian KLH	
	Undang-undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2013 Tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup	
Sumber Data	Umum dan Operasional	
Standar	2015 s.d 2019 --> Biru	
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 :	
	Emas ; Hijau ; Biru	2
	Merah	1.5
	Hitam	1
PIC	Ka Bagian Umum	

Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemapanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	• Basic/siloed 1 Enteprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalsi penunjang diagnostik	
	• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya	
	• Standar/ Integrated Entepriases : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement	
	• Advanced/ Extended Entepriases : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
	Integrated 1	1.8
	Siloed 2	1.2
	Siloed 1	0.6
PIC	Ka. Instalasi SIRS	

Jumlah Penelitian yang dipublikasikan\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem penyelenggaraan pendidikan yang komprehensif dan penelitian berbasis bukti berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya kompetensi staf medis yang komprehensif dan unggul dalam penyelenggaraan penelitian	
Definisi operasional	Jumlah penelitian yang dipublikasikan adalah jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun.	
	Ukuran pengaruh suatu kelompok dokumen ilmiah dari SMF atau Departemen medik disebut nilai impact factor, selanjutnya rerata nilai impact adalah ukuran kinerja ilmiah SMF atau Departemen Medik yang dipublikasikan secara internasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Penelitian ilmiah yang dilakukan oleh staf medis	
Eksklusi	--	
Formula	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun	
Sumber Data	(a) Daftar karya ilmiah/ penelitian dalam kurun 1 tahun	
	(b) Daftar staf medis yg melakukan penelitian	
Standar	2015 --> 2	
	2016 --> 4	
	2017 --> 6	
	2018 --> 8	
	2019 --> 10	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 4	2
	Hasil = 3	1.5
	Hasil = 2	1
	Hasil = 1	0.5
	Hasil = 0	0
PIC	Kabag penelitian	

Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Pembelajaran dan Pertumbuhan	
Sasaran Strategis	Tercapainya kebutuhan tenaga dosen pada proses belajar mengajar	
Demensi Mutu	Efektifitas dan Kualitas pendidikan	
Tujuan	Peningkatan kebutuhan dosen dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar sesuai dengan mahasiswa kedokteran yang menjadi peserta didik	
Definisi Operasional	Rasio Dosen di RS Pendidikan dengan Mahasiswa Kedokteran yang dimaksud adalah Perbandingan jumlah dokter spesialis yang bekerja di RS Pendidikan yang sudah memenuhi kriteria sebagai dosen pembimbing/supervisor klinik, pendidik atau penguji, dan sudah mendapatkan TOT/OSCE, dan mempunyai rekomendasi dari Dekan Fakultas Kedokteran mitra kerjasamanya serta mempunyai Surat Keputusan Pengangkatan sebagai Dosen sesuai peraturan perundang-undangan dengan mahasiswa kedokteran	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Program diskusi, bed side teaching, pembimbingan kasus	
Eksklusi	Kuliah Classroom	
Formula	Jumlah dosen per SMF atau Per Departemen dibandingkan	
	Dihitung per SMF/Per Departemen, dijumlahkan, dibagi rata-rata dengan jumlah SMF yang ada	
Sumber Data	Data Kepegawaian dari Bagian SDM dan data mahasiswa yang belajar per batch saat masuk di Bagian Diklat.	
Standar / Target	1 : 5 untuk mahasiswa Kedokteran	
Kriteria Penilaian	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran :	
	1 : 1-5	2
	1 : 6-8	1.5
	1 : 9-11	1
	1 : 11-13	0.5
	1 : 14-dst	0
Pic	Bagian SDM dan Bagian Diklat	

**KAMUS INDIKATOR KINERJA  
BADAN LAYANAN UMUM  
RUMAH SAKIT KUSTA**

AREA KLINIS		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <i>good clinical governance</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	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.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
Sumber Data	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
	Rekam Medik	
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Kriteria Penilaian	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	2
	Ada CP, belum diimplementasikan	1
	Belum ada CP	0
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	

Persentase 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	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.	
	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.	
	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.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :	
	1. Tahapan Sign-in	
	dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi	
	2. Tahapan Time-out	
	dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	3. Tahapan Sign-out	
	dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)	
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%	
Sumber Data	Catatan data pasien operasi	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$	1.5
	$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$	1
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	0.5
	Hasil < 70% ☹️👎	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral	

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	$\frac{\text{(Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas)}}{\text{jumlah total item resep (R/)}} \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 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	Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi yang dimaksud adalah tidak terjadinya operasi salah sisi.	
	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian pembedahan di kamar operasi yang dilakukan pada sisi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan sebelumnya, hal tersebut tidak disadari oleh operator maupun oleh asisten bedahnya.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi	
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi	
Inklusi	Semua pasien pembedahan di kamar operasi	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi dibagi Jumlah pasien yang dilakukan operasi}) \times 100 \%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	0	
Kriteria Penilaian	hasil 0 %	2
	hasil > 0%	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah	

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	Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS.	
	Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)	
	Kriteria :	
	A. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus	
	B. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :	
	a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar	
	b. Hasil kultur darah positif	
	C. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.	
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	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 1,5 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 1,5 ‰	3
	1,5‰ < Hasil ≤ 7,5 ‰	2
	7,5‰ < Hasil ≤ 15 ‰	1
	Hasil > 15‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	

Infeksi saluran kencing (ISK)

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 saluran kencing (ISK)	
Definisi operasional	Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam	
	Kriteria :	
	A. Gejala dan Tanda :	
	Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik	
	Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah	
	B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)	
	C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus	
	D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur	
	E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK	
	F. Terapi dokter sesuai ISK	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Saluran Kemih (ISK)	
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap	
Inklusi	Pasien rawat inap dengan kateter terpasang > 48 jam	
Eksklusi	Pasien yang terpasang kateter urin ≤ 48 jam	
Formula	(Jumlah kasus ISK dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 4.7 ‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 4.7 ‰	2
	4.7‰ < Hasil ≤ 5.2‰	1.5
	5.2‰ < Hasil ≤ 5.7‰	1
	5.7‰ < Hasil ≤ 6.2‰	0.5
	Hasil > 6.2‰	0
PIC	Ka unit pelayanan rawat inap/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

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	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.	
	Kriteria :	
	A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,	
	B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,	
	C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan	
	D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi	
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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2 % ☺☺ skor = 2	2
	2% < Hasil ≤ 3% ☺☹ skor = 1,5	1.5
	3% < Hasil ≤ 4% ☹☹ skor = 1	1
	4% < Hasil ≤ 5% ☹☹ skor = 0,5	0.5
	Hasil > 5 % ☹☹ skor = 0	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral dan ketua komite/ panitia/tim PPI	
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	

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	$(\text{Jumlah kasus phlebitis dibagi Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena}) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap	
Standar	$\leq 5 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 5 \%$	2
	$5\% < \text{Hasil} \leq 10\%$	1,5
	$10\% < \text{Hasil} \leq 15\%$	1
	$15\% < \text{Hasil} \leq 20\%$	0,5
	Hasil $> 20\%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Intravenous Nurses Society (INS)	

Nett Death Rate (NDR)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan	
Definisi operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati	
Inklusi	Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 Jam	
Eksklusi	Pasien yang meninggal dirawat inap ≤ 48 Jam	
Formula	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 24 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 24‰	3
	24‰ < Hasil ≤ 50‰	2
	50‰ < Hasil ≤ 70‰	1
	Hasil > 70‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	



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%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2.5 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5%	2
	2,5% < Hasil ≤ 3%	1.5
	3% < Hasil ≤ 3,5%	1
	3,5% < Hasil ≤ 4%	0.5
	Hasil > 4%	0
PIC	Ka. IGD	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian klinik berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan kesalahan obat	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap	
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan	
Definisi operasional		
	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.	
	Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi	
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter	
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP	
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan	
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%	
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep> 50 per bulan	
Standar	< 5%	
Kriteria Penilaian	Hasil < 5%	2
	5% ≤ Hasil < 10%	1.5
	10% ≤ Hasil < 15%	1
	15% ≤ Hasil < 20%	0.5
	Hasil ≥ 20 %	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	(Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis) x 100	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi radiologi	

Waktu Lapor 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	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).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
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 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi laboratorium	

Jumlah pasien kusta yang akan dioperasi 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%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar / Target	100%	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100% 90% ≤ Hasil < 100% 80% ≤ Hasil < 90% 70% ≤ Hasil < 80% Hasil < 70%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Bedah	

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 dayatahan 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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	100%	
Kriteria Penilaian	hasil = 100% 90% ≤ Hasil < 100% 80% ≤ Hasil < 90% 70% ≤ Hasil < 80% Hasil < 70%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Rawat Inap	

AREA MANAGERIAL

Bed Occupancy Rate (BOR)

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 rawat inap	
Definisi operasional	Bed Occupancy Rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit	
Denominator	Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode	
Inklusi	--	
Eksklusi	--	
Formula	[Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Parameter ideal : 70 – 80 %	
Kriteria Penilaian	BOR (%) :	
	BOR ≥ 100	0.5
	90 ≤ BOR < 100	1
	80 ≤ BOR < 90	1.5
	70 ≤ BOR < 80	2
	60 ≤ BOR < 70	1.5
	50 ≤ BOR < 60	1
	BOR < 50	0.5
PIC	Ka Ins Rawat Inap ; Ka Rekam Medik	

Kepuasan Pelanggan (KP)

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	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.	
	Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).	
	Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam	
	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	(Hasil penilaian IKM dibagi Skala maksimal nilai IKM) x 100%	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	≥ 85%	
Kriteria Penilaian	KP (%) :	
	K ≥ 85	2
	70 < KP < 85	1.5
	55 < KP ≤ 70	1
	40 < KP ≤ 55	0.5
	KP ≤ 40	0
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.	



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	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.	
	Warna Merah :	
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.	
	Warna Kuning :	
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.	
	Warna Hijau :	
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.	
	Kriteria Penilaian :	
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau	
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar	
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori	
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam	
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari	
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari	
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	
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 %	1.5
	25 < KRK ≤ 50 %	1
	KRK < 25 %	0.5
	RS Non Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	3
	50 < KRK ≤ 75 %	2.25
	25 < KRK ≤ 50 %	1.5
	KRK < 25 %	0.75
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	

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.	
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	operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi	
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi	
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 120 menit	
Kriteria Penilaian	ERT (menit) :	
	ERT ≤ 120	3
	120 < ERT ≤ 240	2
	240< ERT ≤ 480	2
	ERT >480	0
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat	

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	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan.	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

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	
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 48 jam	
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :	
	WTE ≤ 48	2
	48 < WTE ≤ 72	1.5
	72 < WTE ≤ 96	1
	96 < WTE ≤ 120	0.5
	WTE > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

Waktu Tunggu Penanganan Luka Sepsis Pasien Kusta

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 kecepatan penjadwalan pelayanan operasi luka sepsis kusta.	
Definisi operasional	Rata-rata tenggat waktu sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai dengan operasi dilaksanakan (RS Kusta)	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Analisa	3 bulanan	
Numerator	Jumlah waktu tunggu pasien yang dioperasi luka sepsis kusta dalam 1 bln	
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi luka sepsis kusta pada bulan tsb	
Formula	(Jumlah waktu tunggu pasien yang dioperasi luka sepsis kusta dalam 1 bln dibagi Jumlah pasien yang dioperasi luka sepsis kusta pada bulan tsb) x 100%	
Sumber Data	Poli Klinik Luka	
Standar	≤ 48 Jam	
Kriteria Penilaian	Waktu Tunggu Operasi Luka Sepsis (Jam) :  WTE ≤ 48 48 < WTE ≤ 72 72 < WTE ≤ 96 96 < WTE ≤ 120 WTE > 120	  2 1,5 1 0,5 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	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 2 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL ≤ 2	2
	2 < WTPL ≤ 3	1.5
	3 < WTPL ≤ 4	1
	4 < WTPL ≤ 5	0.5
	WTPL > 5	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	

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	
Sumber Data	Instalasi Farmasi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :	
	WTOJ ≤ 30	2
	30 < WTOJ ≤ 40	1.5
	40 < WTOJ ≤ 50	1
	50 < WTOJ ≤ 60	0.5
	WTOJ > 60	0
PIC	Ka. Inst. Farmasi	

Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 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	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 $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
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	$(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	



Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sumber daya manusia	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kapabilitas staf	
Dimensi Mutu	Pengembangan SDM, keselamatan pasien	
Tujuan	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi	
Definisi operasional	Staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam / orang per tahun adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/ staf/tahun	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Numerator	Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun	
Denominator	Jumlah Staf nakes di area kritis	
Inklusi	Staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis RS	
Eksklusi	--	
Formula	$\left(\frac{\text{Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun}}{\text{Jumlah nakes di area kritis RS}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	a) Data kepegawaian unit kerja area kritis	
	b) Daftar/agenda diklat tahunan	
	c) Data staf yang ikut pelatihan	
	d) Laporan evaluasi kinerja staf	
Standar	2015 --> 60 %	
	2016 --> 70 %	
	2017 --> 80 %	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 70%	3
	60% $\leq$ Hasil < 70%	2.25
	50% $\leq$ Hasil < 60%	1.5
	40% $\leq$ Hasil < 50%	0.75
	Hasil < 40%	0
PIC	Ka Bid Diklat	

Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.	
	A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b> , adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi	
	B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b> , adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat	
	C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b> , adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut	
Frekuensi Pengumpulan Data	Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya	
	Tahunan	
	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
	OEE = (Ka x Ki x Ku) x 100%	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya	
	(b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 %	
	2016 --> 80 %	
	2017 --> 85%	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	OEE ≥ 80%	2
	70% ≤ OEE < 80%	1.5
	60% ≤ OEE < 70%	1
	50% ≤ OEE < 60%	0.5
	OEE < 50%	0
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016:	
	OEE ≥ 80%	3
	70% ≤ OEE < 80%	2.25
	60% ≤ OEE < 70%	1.5
	50% ≤ OEE < 60%	0.75
	OEE < 50%	0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	

Tingkat Penilaian Proper

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem pengelolaan kesehatan lingkungan berbasis quality and safety	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit	
Definisi operasional	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	
	Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan ( <i>beyond compliance</i> ). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Formula	Sesuai penilaian KLH	
	Undang-undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2013 Tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup	
Sumber Data	Umum dan Operasional	
Standar	2015 s.d 2019 --> Biru	
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 :	
	Emas ; Hijau ; Biru	2
	Merah	1.5
	Hitam	1
PIC	Ka Bagian Umum	

Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemapanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	• Basic/siloed 1 Enteprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalsi penunjang diagnostik	
	• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya	
	• Standar/ Integrated Entepriases : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement	
	• Advanced/ Extended Entepriases : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
	Integrated 1	1.8
	Siloed 2	1.2
	Siloed 1	0.6
PIC	Ka. Instalasi SIRS	

Jumlah Penelitian yang dipublikasikan\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem penyelenggaraan pendidikan yang komprehensif dan penelitian berbasis bukti berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya kompetensi staf medis yang komprehensif dan unggul dalam penyelenggaraan penelitian	
Definisi operasional	Jumlah penelitian yang dipublikasikan adalah jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun.	
	Ukuran pengaruh suatu kelompok dokumen ilmiah dari SMF atau Departemen medik disebut nilai impact factor, selanjutnya rerata nilai impact adalah ukuran kinerja ilmiah SMF atau Departemen Medik yang dipublikasikan secara internasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Penelitian ilmiah yang dilakukan oleh staf medis	
Eksklusi	--	
Formula	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun	
Sumber Data	(a) Daftar karya ilmiah/ penelitian dalam kurun 1 tahun	
	(b) Daftar staf medis yg melakukan penelitian	
Standar	2015 --> 2	
	2016 --> 4	
	2017 --> 6	
	2018 --> 8	
	2019 --> 10	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 4	2
	Hasil = 3	1.5
	Hasil = 2	1
	Hasil = 1	0.5
	Hasil = 0	0
PIC	Kabag penelitian	

Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Pembelajaran dan Pertumbuhan	
Sasaran Strategis	Tercapainya kebutuhan tenaga dosen pada proses belajar mengajar	
Demensi Mutu	Efektifitas dan Kualitas pendidikan	
Tujuan	Peningkatan kebutuhan dosen dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar sesuai dengan mahasiswa kedokteran yang menjadi peserta didik	
Definisi Operasional	Rasio Dosen di RS Pendidikan dengan Mahasiswa Kedokteran yang dimaksud adalah Perbandingan jumlah dokter spesialis yang bekerja di RS Pendidikan yang sudah memenuhi kriteria sebagai dosen pembimbing/supervisor klinik, pendidik atau penguji, dan sudah mendapatkan TOT/OSCE, dan mempunyai rekomendasi dari Dekan Fakultas Kedokteran mitra kerjasamanya serta mempunyai Surat Keputusan Pengangkatan sebagai Dosen sesuai peraturan perundang-undangan dengan mahasiswa kedokteran	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Program diskusi, bed side teaching, pembimbingan kasus	
Eksklusi	Kuliah Classroom	
Formula	Jumlah dosen per SMF atau Per Departemen dibandingkan	
	Dihitung per SMF/Per Departemen, dijumlahkan, dibagi rata-rata dengan jumlah SMF yang ada	
Sumber Data	Data Kepegawaian dari Bagian SDM dan data mahasiswa yang belajar per batch saat masuk di Bagian Diklat.	
Standar / Target	1 : 5 untuk mahasiswa Kedokteran	
Kriteria Penilaian	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran :	
	1 : 1-5	2
	1 : 6-8	1.5
	1 : 9-11	1
	1 : 11-13	0.5
	1 : 14-dst	0
Pic	Bagian SDM dan Bagian Diklat	

**KAMUS INDIKATOR KINERJA  
BADAN LAYANAN UMUM  
RUMAH SAKIT ORTHOPAEDI**

AREA KLINIS		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <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	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.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
Sumber Data	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
	Rekam Medik	
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Kriteria Penilaian	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	2
	Ada CP, belum diimplementasikan	1
	Belum ada CP	0
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	



Persentase 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	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.	
	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.	
	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.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :	
	1. Tahapan Sign-in	
	dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi	
	2. Tahapan Time-out	
	dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	3. Tahapan Sign-out	
	dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)	
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%	
Sumber Data	Catatan data pasien operasi	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$	1.5
	$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$	1
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	0.5
	Hasil < 70% ☹️👎	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral	

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	$\frac{\text{(Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas)}}{\text{jumlah total item resep (R/)}} \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 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	Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi yang dimaksud adalah tidak terjadinya operasi salah sisi.	
	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian pembedahan di kamar operasi yang dilakukan pada sisi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan sebelumnya, hal tersebut tidak disadari oleh operator maupun oleh asisten bedahnya.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi	
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi	
Inklusi	Semua pasien pembedahan di kamar operasi	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi dibagi Jumlah pasien yang dilakukan operasi}) \times 100 \%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	0	
Kriteria Penilaian	hasil 0 %	2
	hasil > 0%	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah	

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	Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS.	
	Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)	
	Kriteria :	
	A. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus	
	B. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :	
	a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar	
	b. Hasil kultur darah positif	
	C. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.	
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	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 1,5 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 1,5 ‰	3
	1,5‰ < Hasil ≤ 7,5 ‰	2
	7,5‰ < Hasil ≤ 15 ‰	1
	Hasil > 15‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	

Infeksi saluran kencing (ISK)

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 saluran kencing (ISK)	
Definisi operasional	Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam	
	Kriteria :	
	A. Gejala dan Tanda :	
	Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik	
	Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah	
	B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)	
	C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus	
	D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur	
	E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK	
	F. Terapi dokter sesuai ISK	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Saluran Kemih (ISK)	
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap	
Inklusi	Pasien rawat inap dengan kateter terpasang > 48 jam	
Eksklusi	Pasien yang terpasang kateter urin ≤ 48 jam	
Formula	(Jumlah kasus ISK dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 4.7 ‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 4.7 ‰	2
	4.7‰ < Hasil ≤ 5.2‰	1.5
	5.2‰ < Hasil ≤ 5.7‰	1
	5.7‰ < Hasil ≤ 6.2‰	0.5
	Hasil > 6.2‰	0
PIC	Ka unit pelayanan rawat inap/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

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	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.	
	Kriteria :	
	A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,	
	B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,	
	C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan	
	D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi	
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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2 % ☺☺ skor = 2	2
	2% < Hasil ≤ 3% ☺☹ skor = 1,5	1.5
	3% < Hasil ≤ 4% ☹☹ skor = 1	1
	4% < Hasil ≤ 5% ☹☹ skor = 0,5	0.5
	Hasil > 5 % ☹☹ skor = 0	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral dan ketua komite/ panitia/tim PPI	
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	Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.	
	Kriteria :	
	Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :	
	- Leukopenia (< 4.000 WBC/mm3) atau Leukositosis (≥12.000 SDP/mm3).	
	- Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.	
	Minimal disertai 2 dari tanda berikut:	
	- Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.	
	- Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.	
	- Ronki basah atau suara napas bronchial.	
	- Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O2 (PaO2/FiO2 ≤240), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.	
	Dasar diagnosis :	
	Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan > 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatocelles pada bayi berumur < 1 tahun	
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	(Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 5,8‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 5.8 ‰	2
	5,8‰ < Hasil ≤ 8,3‰	1.5
	8,3‰ < Hasil ≤ 10,8‰	1
	10,8‰ < Hasil ≤ 13,6‰	0.5
	Hasil > 13,6 ‰	0
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	



**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	$(\text{Jumlah kasus phlebitis dibagi Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena}) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap	
Standar	$\leq 5 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 5 \%$	2
	$5\% < \text{Hasil} \leq 10\%$	1,5
	$10\% < \text{Hasil} \leq 15\%$	1
	$15\% < \text{Hasil} \leq 20\%$	0,5
	Hasil $> 20\%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Intravenous Nurses Society (INS)	

Nett Death Rate (NDR)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan	
Definisi operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati	
Inklusi	Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 Jam	
Eksklusi	Pasien yang meninggal dirawat inap ≤ 48 Jam	
Formula	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 24 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 24‰	3
	24‰ < Hasil ≤ 50‰	2
	50‰ < Hasil ≤ 70‰	1
	Hasil > 70‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

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%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2.5 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5%	2
	2,5% < Hasil ≤ 3%	1.5
	3% < Hasil ≤ 3,5%	1
	3,5% < Hasil ≤ 4%	0.5
	Hasil > 4%	0
PIC	Ka. IGD	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian klinik berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan kesalahan obat	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap	
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan	
Definisi operasional		
	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.	
	Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi	
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter	
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP	
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan	
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%	
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep> 50 per bulan	
Standar	< 5%	
Kriteria Penilaian	Hasil < 5%	2
	5% ≤ Hasil < 10%	1.5
	10% ≤ Hasil < 15%	1
	15% ≤ Hasil < 20%	0.5
	Hasil ≥ 20 %	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	(Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis) x 100	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi radiologi	

Waktu Lapor 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	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).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
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 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi laboratorium	

Pemberian pencegahan VTE pada pasien hip/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 arthtroplasty dibagi Jumlah pasien yang dioperasi Hip & Knee arthroplasti) x 100%.	
Sumber Data	Catatan data	
Standar	100%	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100% 90% ≤ Hasil < 100% 80% ≤ Hasil < 90% 70% ≤ Hasil < 80% Hasil < 70%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	

AREA MANAGERIAL

Bed Occupancy Rate (BOR)

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 rawat inap	
Definisi operasional	Bed Occupancy Rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit	
Denominator	Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode	
Inklusi	--	
Eksklusi	--	
Formula	[Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Parameter ideal : 70 – 80 %	
Kriteria Penilaian	BOR (%) :	
	BOR ≥ 100	0.5
	90 ≤ BOR < 100	1
	80 ≤ BOR < 90	1.5
	70 ≤ BOR < 80	2
	60 ≤ BOR < 70	1.5
	50 ≤ BOR < 60	1
	BOR < 50	0.5
PIC	Ka Ins Rawat Inap ; Ka Rekam Medik	



Kepuasan Pelanggan (KP)

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	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.	
	Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).	
	Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam	
	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	(Hasil penilaian IKM dibagi Skala maksimal nilai IKM) x 100%	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	≥ 85%	
Kriteria Penilaian	KP (%) :	
	K ≥ 85	2
	70 < KP < 85	1.5
	55 < KP ≤ 70	1
	40 < KP ≤ 55	0.5
	KP ≤ 40	0
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.	

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	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.	
	Warna Merah :	
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.	
	Warna Kuning :	
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.	
	Warna Hijau :	
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.	
	Kriteria Penilaian :	
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau	
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar	
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori	
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam	
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari	
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari	
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	
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 %	1.5
	25 < KRK ≤ 50 %	1
	KRK < 25 %	0.5
	RS Non Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	3
	50 < KRK ≤ 75 %	2.25
	25 < KRK ≤ 50 %	1.5
	KRK < 25 %	0.75
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	

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.	
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	operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi	
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi	
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 120 menit	
Kriteria Penilaian	ERT (menit) :	
	ERT ≤ 120	3
	120 < ERT ≤ 240	2
	240< ERT ≤ 480	2
	ERT >480	0
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat	

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	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan.	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

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	
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 48 jam	
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :	
	WTE ≤ 48	2
	48 < WTE ≤ 72	1.5
	72 < WTE ≤ 96	1
	96 < WTE ≤ 120	0.5
	WTE > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

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	
Sumber Data	Instalasi Radiologi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 3 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :	
	WTPR ≤ 3	2
	3 < WTPR ≤ 4	1.5
	4 < WTPR ≤ 5	1
	5 < WTPR ≤ 6	0.5
	WTPR > 6	0
PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik	

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	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 2 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL ≤ 2	2
	2 < WTPL ≤ 3	1.5
	3 < WTPL ≤ 4	1
	4 < WTPL ≤ 5	0.5
	WTPL > 5	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	

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	
Sumber Data	Instalasi Farmasi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :	
	WTOJ ≤ 30	2
	30 < WTOJ ≤ 40	1.5
	40 < WTOJ ≤ 50	1
	50 < WTOJ ≤ 60	0.5
	WTOJ > 60	0
PIC	Ka. Inst. Farmasi	



Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 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	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 $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
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	$\left( \frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	

Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sumber daya manusia	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kapabilitas staf	
Dimensi Mutu	Pengembangan SDM, keselamatan pasien	
Tujuan	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi	
Definisi operasional	Staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam / orang per tahun adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/ staf/tahun	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Numerator	Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun	
Denominator	Jumlah Staf nakes di area kritis	
Inklusi	Staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis RS	
Eksklusi	--	
Formula	$\left(\frac{\text{Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun}}{\text{Jumlah nakes di area kritis RS}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	a) Data kepegawaian unit kerja area kritis	
	b) Daftar/agenda diklat tahunan	
	c) Data staf yang ikut pelatihan	
	d) Laporan evaluasi kinerja staf	
Standar	2015 --> 60 %	
	2016 --> 70 %	
	2017 --> 80 %	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 70%	3
	60% $\leq$ Hasil < 70%	2.25
	50% $\leq$ Hasil < 60%	1.5
	40% $\leq$ Hasil < 50%	0.75
	Hasil < 40%	0
PIC	Ka Bid Diklat	

Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.	
	A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b> , adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi	
	B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b> , adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat	
	C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b> , adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut	
Frekuensi Pengumpulan Data	Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya	
	Tahunan	
	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
	OEE = (Ka x Ki x Ku) x 100%	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya	
	(b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 %	
	2016 --> 80 %	
	2017 --> 85%	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	OEE ≥ 80%	2
	70% ≤ OEE < 80%	1.5
	60% ≤ OEE < 70%	1
	50% ≤ OEE < 60%	0.5
	OEE < 50%	0
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016:	
	OEE ≥ 80%	3
	70% ≤ OEE < 80%	2.25
	60% ≤ OEE < 70%	1.5
	50% ≤ OEE < 60%	0.75
	OEE < 50%	0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	

Tingkat Penilaian Proper

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem pengelolaan kesehatan lingkungan berbasis quality and safety	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit	
Definisi operasional	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	
	Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan ( <i>beyond compliance</i> ). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Formula	Sesuai penilaian KLH	
	Undang-undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2013 Tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup	
Sumber Data	Umum dan Operasional	
Standar	2015 s.d 2019 --> Biru	
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 :	
	Emas ; Hijau ; Biru	2
	Merah	1.5
	Hitam	1
PIC	Ka Bagian Umum	

Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemapanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	• Basic/siloed 1 Enteprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalsi penunjang diagnostik	
	• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya	
	• Standar/ Integrated Entepriases : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement	
	• Advanced/ Extended Entepriases : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
	Integrated 1	1.8
	Siloed 2	1.2
	Siloed 1	0.6
PIC	Ka. Instalasi SIRS	

**Jumlah Penelitian yang dipublikasikan\***

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem penyelenggaraan pendidikan yang komprehensif dan penelitian berbasis bukti berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya kompetensi staf medis yang komprehensif dan unggul dalam penyelenggaraan penelitian	
Definisi operasional	Jumlah penelitian yang dipublikasikan adalah jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun.	
	Ukuran pengaruh suatu kelompok dokumen ilmiah dari SMF atau Departemen medik disebut nilai impact factor, selanjutnya rerata nilai impact adalah ukuran kinerja ilmiah SMF atau Departemen Medik yang dipublikasikan secara internasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Penelitian ilmiah yang dilakukan oleh staf medis	
Eksklusi	--	
Formula	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun	
Sumber Data	(a) Daftar karya ilmiah/ penelitian dalam kurun 1 tahun	
	(b) Daftar staf medis yg melakukan penelitian	
Standar	2015 --> 2	
	2016 --> 4	
	2017 --> 6	
	2018 --> 8	
	2019 --> 10	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 4	2
	Hasil = 3	1.5
	Hasil = 2	1
	Hasil = 1	0.5
	Hasil = 0	0
PIC	Kabag penelitian	

Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Pembelajaran dan Pertumbuhan	
Sasaran Strategis	Tercapainya kebutuhan tenaga dosen pada proses belajar mengajar	
Demensi Mutu	Efektifitas dan Kualitas pendidikan	
Tujuan	Peningkatan kebutuhan dosen dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar sesuai dengan mahasiswa kedokteran yang menjadi peserta didik	
Definisi Operasional	Rasio Dosen di RS Pendidikan dengan Mahasiswa Kedokteran yang dimaksud adalah Perbandingan jumlah dokter spesialis yang bekerja di RS Pendidikan yang sudah memenuhi kriteria sebagai dosen pembimbing/supervisor klinik, pendidik atau penguji, dan sudah mendapatkan TOT/OSCE, dan mempunyai rekomendasi dari Dekan Fakultas Kedokteran mitra kerjasamanya serta mempunyai Surat Keputusan Pengangkatan sebagai Dosen sesuai peraturan perundang-undangan dengan mahasiswa kedokteran	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Program diskusi, bed side teaching, pembimbingan kasus	
Eksklusi	Kuliah Classroom	
Formula	Jumlah dosen per SMF atau Per Departemen dibandingkan	
	Dihitung per SMF/Per Departemen, dijumlahkan, dibagi rata-rata dengan jumlah SMF yang ada	
Sumber Data	Data Kepegawaian dari Bagian SDM dan data mahasiswa yang belajar per batch saat masuk di Bagian Diklat.	
Standar / Target	1 : 5 untuk mahasiswa Kedokteran	
Kriteria Penilaian	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran :	
	1 : 1-5	2
	1 : 6-8	1.5
	1 : 9-11	1
	1 : 11-13	0.5
	1 : 14-dst	0
Pic	Bagian SDM dan Bagian Diklat	

**KAMUS INDIKATOR KINERJA  
BADAN LAYANAN UMUM  
RUMAH SAKIT MATA**



AREA KLINIS		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <i>good clinical governance</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	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.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Kriteria Penilaian	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	2
	Ada CP, belum diimplementasikan	1
	Belum ada CP	0
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	

Persentase 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	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.	
	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.	
	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.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :	
	1. Tahapan Sign-in	
	dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi	
	2. Tahapan Time-out	
	dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	3. Tahapan Sign-out	
	dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)	
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%	
Sumber Data	Catatan data pasien operasi	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70% ☹️📉	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral	

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	$\left(\frac{\text{Jumlah item resep (R/ yang sesuai Fornas)}}{\text{Jumlah total item resep (R/)}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 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	Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi yang dimaksud adalah tidak terjadinya operasi salah sisi.	
	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian pembedahan di kamar operasi yang dilakukan pada sisi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan sebelumnya, hal tersebut tidak disadari oleh operator maupun oleh asisten bedahnya.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi	
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi	
Inklusi	Semua pasien pembedahan di kamar operasi	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi dibagi Jumlah pasien yang dilakukan operasi}) \times 100 \%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	0	
Kriteria Penilaian	hasil 0 %	2
	hasil > 0%	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah	

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	Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS.	
	Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)	
	Kriteria :	
	A. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus	
	B. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :	
	a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar	
	b. Hasil kultur darah positif	
	C. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.	
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	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 1,5 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 1,5 ‰	3
	1,5‰ < Hasil ≤ 7,5 ‰	2
	7,5‰ < Hasil ≤ 15 ‰	1
	Hasil > 15‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	

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	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.	
	Kriteria :	
	A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,	
	B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,	
	C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan	
	D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi	
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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2 % ☺☺ skor = 2	2
	2% < Hasil ≤ 3% ☺☹ skor = 1,5	1.5
	3% < Hasil ≤ 4% ☹☹ skor = 1	1
	4% < Hasil ≤ 5% ☹☺ skor = 0,5	0.5
	Hasil > 5 % ☹☹ skor = 0	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral dan ketua komite/ panitia/tim PPI	
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	

**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	$(\text{Jumlah kasus phlebitis dibagi Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena}) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap	
Standar	$\leq 5 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 5 \%$	2
	$5\% < \text{Hasil} \leq 10\%$	1,5
	$10\% < \text{Hasil} \leq 15\%$	1
	$15\% < \text{Hasil} \leq 20\%$	0,5
	Hasil $> 20\%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Intravenous Nurses Society (INS)	



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 Endoltamitis 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%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	0 %	
Kriteria Penilaian	Hasil = 0% 0% < Hasil ≤ 5% 5% < Hasil ≤ 10% 10% < Hasil ≤ 15% hasil > 15%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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 Endoltamitis 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	(Jumlah Endoftalmitis pasca bedah katarak dibagi Jumlah pasien operasi katarak) x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	0 %	
Kriteria Penilaian	Hasil = 0% 0% < Hasil ≤ 5% 5% < Hasil ≤ 10% 10% < Hasil ≤ 15% hasil > 15%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

**Nett Death Rate (NDR)**

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan	
Definisi operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati	
Inklusi	Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 Jam	
Eksklusi	Pasien yang meninggal dirawat inap ≤ 48 Jam	
Formula	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 24 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 24‰	3
	24‰ < Hasil ≤ 50‰	2
	50‰ < Hasil ≤ 70‰	1
	Hasil > 70‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian klinik berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan kesalahan obat	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap	
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan	
Definisi operasional		
	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.	
	Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi	
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter	
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP	
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan	
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%	
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep> 50 per bulan	
Standar	< 5%	
Kriteria Penilaian	Hasil < 5%	2
	5% ≤ Hasil < 10%	1.5
	10% ≤ Hasil < 15%	1
	15% ≤ Hasil < 20%	0.5
	Hasil ≥ 20 %	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	(Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis) x 100	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi radiologi	

Waktu Lapor 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	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).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
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 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi laboratorium	

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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2,5 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5 % 2,6% < Hasil ≤ 3,0% 3,0% < Hasil ≤ 3,5% 3,5% < Hasil ≤ 4,0 % Hasil > 4 %	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Gawat Darurat	

Attachtment 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	(Jumlah pasien pasca operasi vpp dengan bukle atau tanpa bukle yang mengalami perlekatan retina dibagi Jumlah seluruh Pasien pasca operasi vpp dengan bukle atau tanpa bukle) x 100 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	75 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≥ 75% --> skor = 2 60% ≤ Hasil < 75% --> skor = 1,5 45% ≤ Hasil < 60% --> skor = 1 25% ≤ Hasil < 45% --> skor = 0,5 Hasil ≤ 25% --> skor = 0	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Kelompok Staf Medik Retina	



AREA MANAGERIAL

Bed Occupancy Rate (BOR)

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 rawat inap	
Definisi operasional	Bed Occupancy Rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit	
Denominator	Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode	
Inklusi	--	
Eksklusi	--	
Formula	[Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Parameter ideal : 70 – 80 %	
Kriteria Penilaian	BOR (%) :	
	BOR ≥ 100	0.5
	90 ≤ BOR < 100	1
	80 ≤ BOR < 90	1.5
	70 ≤ BOR < 80	2
	60 ≤ BOR < 70	1.5
	50 ≤ BOR < 60	1
	BOR < 50	0.5
PIC	Ka Ins Rawat Inap ; Ka Rekam Medik	

Kepuasan Pelanggan (KP)

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	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.	
	Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).	
	Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam	
	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	(Hasil penilaian IKM dibagi Skala maksimal nilai IKM) x 100%	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	≥ 85%	
Kriteria Penilaian	KP (%) :	
	K ≥ 85	2
	70 < KP < 85	1.5
	55 < KP ≤ 70	1
	40 < KP ≤ 55	0.5
	KP ≤ 40	0
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.	

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	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.	
	Warna Merah :	
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.	
	Warna Kuning :	
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.	
	Warna Hijau :	
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.	
	Kriteria Penilaian :	
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau	
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar	
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori	
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam	
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari	
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari	
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	
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 %	1.5
	25 < KRK ≤ 50 %	1
	KRK < 25 %	0.5
	RS Non Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	3
	50 < KRK ≤ 75 %	2.25
	25 < KRK ≤ 50 %	1.5
	KRK < 25 %	0.75
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	

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.	
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	operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi	
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi	
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 120 menit	
Kriteria Penilaian	ERT (menit) :	
	ERT ≤ 120	3
	120 < ERT ≤ 240	2
	240< ERT ≤ 480	2
	ERT >480	0
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat	

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	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan.	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

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	
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 48 jam	
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :	
	WTE ≤ 48	2
	48 < WTE ≤ 72	1.5
	72 < WTE ≤ 96	1
	96 < WTE ≤ 120	0.5
	WTE > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

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	
Sumber Data	Instalasi Radiologi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 3 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :	
	WTPR ≤ 3	2
	3 < WTPR ≤ 4	1.5
	4 < WTPR ≤ 5	1
	5 < WTPR ≤ 6	0.5
	WTPR > 6	0
PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik	

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	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 2 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL ≤ 2	2
	2 < WTPL ≤ 3	1.5
	3 < WTPL ≤ 4	1
	4 < WTPL ≤ 5	0.5
	WTPL > 5	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	



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	
Sumber Data	Instalasi Farmasi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :	
	WTOJ ≤ 30	2
	30 < WTOJ ≤ 40	1.5
	40 < WTOJ ≤ 50	1
	50 < WTOJ ≤ 60	0.5
	WTOJ > 60	0
PIC	Ka. Inst. Farmasi	

Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 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	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 $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
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	$\left( \frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	

Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sumber daya manusia	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kapabilitas staf	
Dimensi Mutu	Pengembangan SDM, keselamatan pasien	
Tujuan	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi	
Definisi operasional	Staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam / orang per tahun adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/ staf/tahun	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Numerator	Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun	
Denominator	Jumlah Staf nakes di area kritis	
Inklusi	Staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis RS	
Eksklusi	--	
Formula	$\left(\frac{\text{Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun}}{\text{Jumlah nakes di area kritis RS}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	a) Data kepegawaian unit kerja area kritis	
	b) Daftar/agenda diklat tahunan	
	c) Data staf yang ikut pelatihan	
	d) Laporan evaluasi kinerja staf	
Standar	2015 --> 60 %	
	2016 --> 70 %	
	2017 --> 80 %	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 70%	3
	60% $\leq$ Hasil < 70%	2.25
	50% $\leq$ Hasil < 60%	1.5
	40% $\leq$ Hasil < 50%	0.75
	Hasil < 40%	0
PIC	Ka Bid Diklat	

Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.	
	A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b> , adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi	
	B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b> , adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat	
	C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b> , adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut	
Frekuensi Pengumpulan Data	Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya	
	Tahunan	
	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
	OEE = (Ka x Ki x Ku) x 100%	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya	
	(b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 %	
	2016 --> 80 %	
	2017 --> 85%	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	OEE ≥ 80%	2
	70% ≤ OEE < 80%	1.5
	60% ≤ OEE < 70%	1
	50% ≤ OEE < 60%	0.5
	OEE < 50%	0
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016:	
	OEE ≥ 80%	3
	70% ≤ OEE < 80%	2.25
	60% ≤ OEE < 70%	1.5
	50% ≤ OEE < 60%	0.75
	OEE < 50%	0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	

Tingkat Penilaian Proper

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem pengelolaan kesehatan lingkungan berbasis quality and safety	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit	
Definisi operasional	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	
	Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan ( <i>beyond compliance</i> ). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Formula	Sesuai penilaian KLH	
	Undang-undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2013 Tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup	
Sumber Data	Umum dan Operasional	
Standar	2015 s.d 2019 --> Biru	
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 :	
	Emas ; Hijau ; Biru	2
	Merah	1.5
	Hitam	1
PIC	Ka Bagian Umum	

Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemapanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	• Basic/siloed 1 Enteprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalsi penunjang diagnostik	
	• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya	
	• Standar/ Integrated Entepriases : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement	
	• Advanced/ Extended Entepriases : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
	Integrated 1	1.8
	Siloed 2	1.2
	Siloed 1	0.6
PIC	Ka. Instalasi SIRS	

Jumlah Penelitian yang dipublikasikan\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem penyelenggaraan pendidikan yang komprehensif dan penelitian berbasis bukti berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya kompetensi staf medis yang komprehensif dan unggul dalam penyelenggaraan penelitian	
Definisi operasional	Jumlah penelitian yang dipublikasikan adalah jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun.	
	Ukuran pengaruh suatu kelompok dokumen ilmiah dari SMF atau Departemen medik disebut nilai impact factor, selanjutnya rerata nilai impact adalah ukuran kinerja ilmiah SMF atau Departemen Medik yang dipublikasikan secara internasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Penelitian ilmiah yang dilakukan oleh staf medis	
Eksklusi	--	
Formula	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun	
Sumber Data	(a) Daftar karya ilmiah/ penelitian dalam kurun 1 tahun	
	(b) Daftar staf medis yg melakukan penelitian	
Standar	2015 --> 2	
	2016 --> 4	
	2017 --> 6	
	2018 --> 8	
	2019 --> 10	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 4	2
	Hasil = 3	1.5
	Hasil = 2	1
	Hasil = 1	0.5
	Hasil = 0	0
PIC	Kabag penelitian	

Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Pembelajaran dan Pertumbuhan	
Sasaran Strategis	Tercapainya kebutuhan tenaga dosen pada proses belajar mengajar	
Demensi Mutu	Efektifitas dan Kualitas pendidikan	
Tujuan	Peningkatan kebutuhan dosen dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar sesuai dengan mahasiswa kedokteran yang menjadi peserta didik	
Definisi Operasional	Rasio Dosen di RS Pendidikan dengan Mahasiswa Kedokteran yang dimaksud adalah Perbandingan jumlah dokter spesialis yang bekerja di RS Pendidikan yang sudah memenuhi kriteria sebagai dosen pembimbing/supervisor klinik, pendidik atau penguji, dan sudah mendapatkan TOT/OSCE, dan mempunyai rekomendasi dari Dekan Fakultas Kedokteran mitra kerjasamanya serta mempunyai Surat Keputusan Pengangkatan sebagai Dosen sesuai peraturan perundang-undangan dengan mahasiswa kedokteran	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Program diskusi, bed side teaching, pembimbingan kasus	
Eksklusi	Kuliah Classroom	
Formula	Jumlah dosen per SMF atau Per Departemen dibandingkan	
	Dihitung per SMF/Per Departemen, dijumlahkan, dibagi rata-rata dengan jumlah SMF yang ada	
Sumber Data	Data Kepegawaian dari Bagian SDM dan data mahasiswa yang belajar per batch saat masuk di Bagian Diklat.	
Standar / Target	1 : 5 untuk mahasiswa Kedokteran	
Kriteria Penilaian	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran :	
	1 : 1-5	2
	1 : 6-8	1.5
	1 : 9-11	1
	1 : 11-13	0.5
	1 : 14-dst	0
Pic	Bagian SDM dan Bagian Diklat	



**KAMUS INDIKATOR KINERJA  
BADAN LAYANAN UMUM  
RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK**

AREA KLINIS		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <i>good clinical governance</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	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.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
Sumber Data	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
	Rekam Medik	
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Kriteria Penilaian	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	2
	Ada CP, belum diimplementasikan	1
	Belum ada CP	0
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	

Persentase 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	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.	
	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.	
	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.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :	
	1. Tahapan Sign-in	
	dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi	
	2. Tahapan Time-out	
	dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	3. Tahapan Sign-out	
	dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)	
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%	
Sumber Data	Catatan data pasien operasi	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$	1.5
	$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$	1
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	0.5
	Hasil < 70% ☹️👎	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral	

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	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 tentang Formularium Nasional	

Infeksi saluran kencing (ISK)

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 saluran kencing (ISK)	
Definisi operasional	Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam	
	Kriteria :	
	A. Gejala dan Tanda :	
	Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik	
	Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah	
	B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)	
	C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus	
	D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur	
	E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK	
	F. Terapi dokter sesuai ISK	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Saluran Kemih (ISK)	
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap	
Inklusi	Pasien rawat inap dengan kateter terpasang > 48 jam	
Eksklusi	Pasien yang terpasang kateter urin ≤ 48 jam	
Formula	(Jumlah kasus ISK dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 4.7 ‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 4.7 ‰	2
	4.7‰ < Hasil ≤ 5.2‰	1.5
	5.2‰ < Hasil ≤ 5.7‰	1
	5.7‰ < Hasil ≤ 6.2‰	0.5
	Hasil > 6.2‰	0
PIC	Ka unit pelayanan rawat inap/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

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	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.	
	Kriteria :	
	A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,	
	B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,	
	C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan	
	D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi	
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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2 % ☺☺ skor = 2	2
	2% < Hasil ≤ 3% ☺☹ skor = 1,5	1.5
	3% < Hasil ≤ 4% ☹☹ skor = 1	1
	4% < Hasil ≤ 5% ☹☺ skor = 0,5	0.5
	Hasil > 5 % ☹☹ skor = 0	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral dan ketua komite/ panitia/tim PPI	
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	Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.	
	Kriteria :	
	Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :	
	- Leukopenia (< 4.000 WBC/mm3) atau Leukositosis (≥12.000 SDP/mm3).	
	- Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.	
	Minimal disertai 2 dari tanda berikut:	
	- Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.	
	- Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.	
	- Ronki basah atau suara napas bronchial.	
	- Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O2 (PaO2/FiO2 ≤240), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.	
	Dasar diagnosis :	
	Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan > 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatocelles pada bayi berumur < 1 tahun	
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	(Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 5,8‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 5.8 ‰	2
	5,8‰ < Hasil ≤ 8,3‰	1.5
	8,3‰ < Hasil ≤ 10,8‰	1
	10,8‰ < Hasil ≤ 13,6‰	0.5
	Hasil > 13,6 ‰	0
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	



Nett Death Rate (NDR)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan	
Definisi operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati	
Inklusi	Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 Jam	
Eksklusi	Pasien yang meninggal dirawat inap ≤ 48 Jam	
Formula	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 24 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 24‰	3
	24‰ < Hasil ≤ 50‰	2
	50‰ < Hasil ≤ 70‰	1
	Hasil > 70‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

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	Jumlah BBLSR < 1500 gr yang berhasil ditangani dibagi jumlah BBLSR<1500 gr yang ditangani x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≥ 60%	
Kriteria Penilaian	Hasil ≥ 60% 50% ≤ Hasil <60 % 40% ≤ Hasil <50% 30% ≤ Hasil <40% Hasil <30%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. NICU	

Presentase Penegakan Diagnostik Endoscopi Pada Anak

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya keberhasilan penegakan diagnostik	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Penegakan Diagnostik Endoscopi Pada Anak	
Definisi operasional	Jumlah Keberhasilan Penegakan Diagnostik melalui Endoscopi pada kasus gastrohepatologi anak dibandingkan dengan seluruh kasus gastrohepatologi anak yang terindikasi	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah Keberhasilan Penegakan Diagnosti Melalui Endoskopi Pada Kasus Gastrohepatologi Anak	
Denominator	Jumlah Seluruh Kasus Gastrohepatologi Anak	
Inklusi		
Eksklusi		
Formula	$\frac{\text{Jumlah Keberhasilan Penegakan Diagnosti Melalui Endoskopi Pada Kasus Gastrohepatologi Anak}}{\text{Jumlah Seluruh Kasus Gastrohepatologi Anak}} \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	95 %	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq$ 95% 85% $\leq$ Hasil <95 % 75% $\leq$ Hasil <85% 65% $\leq$ Hasil <75% Hasil <65%	2 1,5 1 0,5 0
PIC		

Kejadian Kematian Ibu 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	<p>Kejadian Kematian Ibu Persalinan karena perdarahan adalah jumlah kematian ibu melahirkan yang disebabkan perdarahan.</p> <p>Perdarahan yang dimaksud adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p>	
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	$\left(\frac{\text{Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan}}{\text{total Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan}}\right) \times 100 \%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Perdarahan $\leq 1 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 1\%$ —> skor = 3 1% < Hasil $\leq 3 \%$ —> skor = 2,25 3% < Hasil $\leq 6 \%$ —> skor = 1,5 6% < Hasil $\leq 10 \%$ —> skor = 0,75 Hasil > 10%	3 2,25 1,5 0,75 0
PIC	Ka. Instalasi Gawat Darurat / Ka. Dept Obsgyn	

Kejadian Kematian Ibu 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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Sepsis ≤ 0,2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 0,2% 0,2% < Hasil ≤ 1,0% 1,0% < Hasil ≤ 2,0% 2,0% < Hasil ≤ 3,0% Hasil > 3,0%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Gawat Darurat / Ka. Dept Obsgyn	

Kejadian Kematian Ibu Persalinan karena pre-eklamsi/eklamsi

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 Pre-eklampsia/ eklampsia adalah Jumlah kematian ibu melahirkan karena Pre-eklampsia/ eklampsia.</p> <p>Pre-eklampsia/ eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua. Tanda-tanda pre-eklampsia adalah:</p> <p>a. Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt; 120 mmHg</p> <p>b. Proteinuria &gt; 5 mg/24 jam dan Positif 3 atau 4 pada pemeriksaan kualitatif</p> <p>c. Oedem tungkai</p> <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran</p>	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pre-eklampsia/ eklampsia	
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan pre-eklampsia/ eklampsia	
Inklusi	pasien persalinan dengan pre-eklampsia/ eklampsia	
Eksklusi	--	
Formula	$\frac{\text{Jumlah kematian pasien persalinan karena pre-eklampsia/ eklampsia}}{\text{total Jumlah pasien persalinan dengan pre-eklampsia/ eklampsia}} \times 100 \%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Preeklamsi/eklamsi $\leq 30 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 30\%$ 30% < Hasil $\leq 35\%$ 35% < Hasil $\leq 40\%$ 40% < Hasil $\leq 45\%$ hasil > 45%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Gawat Darurat / Ka. Dept Obsgyn	

Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian klinik berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan kesalahan obat	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap	
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan	
Definisi operasional		
	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.	
	Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi	
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter	
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP	
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan	
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%	
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep> 50 per bulan	
Standar	< 5%	
Kriteria Penilaian	Hasil < 5%	2
	5% ≤ Hasil < 10%	1.5
	10% ≤ Hasil < 15%	1
	15% ≤ Hasil < 20%	0.5
	Hasil ≥ 20 %	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	(Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis) x 100	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi radiologi	



Waktu Lapor 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	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).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
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 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi laboratorium	

AREA MANAGERIAL

Bed Occupancy Rate (BOR)

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 rawat inap	
Definisi operasional	Bed Occupancy Rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit	
Denominator	Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode	
Inklusi	--	
Eksklusi	--	
Formula	[Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Parameter ideal : 70 – 80 %	
Kriteria Penilaian	BOR (%) :	
	BOR ≥ 100	0.5
	90 ≤ BOR < 100	1
	80 ≤ BOR < 90	1.5
	70 ≤ BOR < 80	2
	60 ≤ BOR < 70	1.5
	50 ≤ BOR < 60	1
	BOR < 50	0.5
PIC	Ka Ins Rawat Inap ; Ka Rekam Medik	

Kepuasan Pelanggan (KP)

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	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.	
	Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).	
	Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam	
	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	(Hasil penilaian IKM dibagi Skala maksimal nilai IKM) x 100%	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	≥ 85%	
Kriteria Penilaian	KP (%) :	
	K ≥ 85	2
	70 < KP < 85	1.5
	55 < KP ≤ 70	1
	40 < KP ≤ 55	0.5
	KP ≤ 40	0
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.	

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	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.	
	Warna Merah :	
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.	
	Warna Kuning :	
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.	
	Warna Hijau :	
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.	
	Kriteria Penilaian :	
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau	
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar	
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori	
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam	
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari	
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari	
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	
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 %	1.5
	25 < KRK ≤ 50 %	1
	KRK < 25 %	0.5
	RS Non Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	3
	50 < KRK ≤ 75 %	2.25
	25 < KRK ≤ 50 %	1.5
	KRK < 25 %	0.75
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	

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.	
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	operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi	
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi	
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 120 menit	
Kriteria Penilaian	ERT (menit) :	
	ERT ≤ 120	3
	120 < ERT ≤ 240	2
	240< ERT ≤ 480	2
	ERT >480	0
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat	

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	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan.	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

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	
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 48 jam	
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :	
	WTE ≤ 48	2
	48 < WTE ≤ 72	1.5
	72 < WTE ≤ 96	1
	96 < WTE ≤ 120	0.5
	WTE > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

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	
Sumber Data	Instalasi Radiologi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 3 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :	
	WTPR ≤ 3	2
	3 < WTPR ≤ 4	1.5
	4 < WTPR ≤ 5	1
	5 < WTPR ≤ 6	0.5
	WTPR > 6	0
PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik	



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	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 2 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL ≤ 2	2
	2 < WTPL ≤ 3	1.5
	3 < WTPL ≤ 4	1
	4 < WTPL ≤ 5	0.5
	WTPL > 5	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	

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	
Sumber Data	Instalasi Farmasi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :	
	WTOJ ≤ 30	2
	30 < WTOJ ≤ 40	1.5
	40 < WTOJ ≤ 50	1
	50 < WTOJ ≤ 60	0.5
	WTOJ > 60	0
PIC	Ka. Inst. Farmasi	

Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 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	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 $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
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	$\left( \frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	

Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sumber daya manusia	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kapabilitas staf	
Dimensi Mutu	Pengembangan SDM, keselamatan pasien	
Tujuan	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi	
Definisi operasional	Staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam / orang per tahun adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/ staf/tahun	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Numerator	Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun	
Denominator	Jumlah Staf nakes di area kritis	
Inklusi	Staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis RS	
Eksklusi	--	
Formula	$\left(\frac{\text{Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun}}{\text{Jumlah nakes di area kritis RS}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	a) Data kepegawaian unit kerja area kritis	
	b) Daftar/agenda diklat tahunan	
	c) Data staf yang ikut pelatihan	
	d) Laporan evaluasi kinerja staf	
Standar	2015 --> 60 %	
	2016 --> 70 %	
	2017 --> 80 %	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 70%	3
	60% $\leq$ Hasil < 70%	2.25
	50% $\leq$ Hasil < 60%	1.5
	40% $\leq$ Hasil < 50%	0.75
	Hasil < 40%	0
PIC	Ka Bid Diklat	

Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.	
	A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b> , adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi	
	B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b> , adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat	
	C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b> , adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut	
Frekuensi Pengumpulan Data	Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya	
	Tahunan	
	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
	OEE = (Ka x Ki x Ku) x 100%	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya	
	(b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 %	
	2016 --> 80 %	
	2017 --> 85%	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	OEE ≥ 80%	2
	70% ≤ OEE < 80%	1.5
	60% ≤ OEE < 70%	1
	50% ≤ OEE < 60%	0.5
	OEE < 50%	0
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016:	
	OEE ≥ 80%	3
	70% ≤ OEE < 80%	2.25
	60% ≤ OEE < 70%	1.5
	50% ≤ OEE < 60%	0.75
	OEE < 50%	0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	

Tingkat Penilaian Proper

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem pengelolaan kesehatan lingkungan berbasis quality and safety	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit	
Definisi operasional	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	
	Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan ( <i>beyond compliance</i> ). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Formula	Sesuai penilaian KLH	
	Undang-undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2013 Tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup	
Sumber Data	Umum dan Operasional	
Standar	2015 s.d 2019 --> Biru	
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 :	
	Emas ; Hijau ; Biru	2
	Merah	1.5
	Hitam	1
PIC	Ka Bagian Umum	

Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemapanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	• Basic/siloed 1 Enteprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalsi penunjang diagnostik	
	• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya	
	• Standar/ Integrated Entepriases : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement	
	• Advanced/ Extended Entepriases : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
	Integrated 1	1.8
	Siloed 2	1.2
	Siloed 1	0.6
PIC	Ka. Instalasi SIRS	

Jumlah Penelitian yang dipublikasikan\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem penyelenggaraan pendidikan yang komprehensif dan penelitian berbasis bukti berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya kompetensi staf medis yang komprehensif dan unggul dalam penyelenggaraan penelitian	
Definisi operasional	Jumlah penelitian yang dipublikasikan adalah jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun.	
	Ukuran pengaruh suatu kelompok dokumen ilmiah dari SMF atau Departemen medik disebut nilai impact factor, selanjutnya rerata nilai impact adalah ukuran kinerja ilmiah SMF atau Departemen Medik yang dipublikasikan secara internasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Penelitian ilmiah yang dilakukan oleh staf medis	
Eksklusi	--	
Formula	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun	
Sumber Data	(a) Daftar karya ilmiah/ penelitian dalam kurun 1 tahun	
	(b) Daftar staf medis yg melakukan penelitian	
Standar	2015 --> 2	
	2016 --> 4	
	2017 --> 6	
	2018 --> 8	
	2019 --> 10	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq 4$	2
	Hasil = 3	1.5
	Hasil = 2	1
	Hasil = 1	0.5
	Hasil = 0	0
PIC	Kabag penelitian	



Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Pembelajaran dan Pertumbuhan	
Sasaran Strategis	Tercapainya kebutuhan tenaga dosen pada proses belajar mengajar	
Demensi Mutu	Efektifitas dan Kualitas pendidikan	
Tujuan	Peningkatan kebutuhan dosen dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar sesuai dengan mahasiswa kedokteran yang menjadi peserta didik	
Definisi Operasional	Rasio Dosen di RS Pendidikan dengan Mahasiswa Kedokteran yang dimaksud adalah Perbandingan jumlah dokter spesialis yang bekerja di RS Pendidikan yang sudah memenuhi kriteria sebagai dosen pembimbing/supervisor klinik, pendidik atau penguji, dan sudah mendapatkan TOT/OSCE, dan mempunyai rekomendasi dari Dekan Fakultas Kedokteran mitra kerjasamanya serta mempunyai Surat Keputusan Pengangkatan sebagai Dosen sesuai peraturan perundang-undangan dengan mahasiswa kedokteran	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Program diskusi, bed side teaching, pembimbingan kasus	
Eksklusi	Kuliah Classroom	
Formula	Jumlah dosen per SMF atau Per Departemen dibandingkan	
	Dihitung per SMF/Per Departemen, dijumlahkan, dibagi rata-rata dengan jumlah SMF yang ada	
Sumber Data	Data Kepegawaian dari Bagian SDM dan data mahasiswa yang belajar per batch saat masuk di Bagian Diklat.	
Standar / Target	1 : 5 untuk mahasiswa Kedokteran	
Kriteria Penilaian	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran :	
	1 : 1-5	2
	1 : 6-8	1.5
	1 : 9-11	1
	1 : 11-13	0.5
	1 : 14-dst	0
Pic	Bagian SDM dan Bagian Diklat	

**KAMUS INDIKATOR KINERJA  
BADAN LAYANAN UMUM  
RUMAH SAKIT JANTUNG**

AREA KLINIS		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <i>good clinical governance</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	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.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Kriteria Penilaian	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	2
	Ada CP, belum diimplementasikan	1
	Belum ada CP	0
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	

Persentase 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	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.	
	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.	
	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.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :	
	1. Tahapan Sign-in	
	dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi	
	2. Tahapan Time-out	
	dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	3. Tahapan Sign-out	
	dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)	
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%	
Sumber Data	Catatan data pasien operasi	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$	1.5
	$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$	1
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	0.5
	Hasil < 70% ☹️👎	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral	

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	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 tentang Formularium Nasional	

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	Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS.	
	Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)	
	Kriteria :	
	A. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus	
	B. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :	
	a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar	
	b. Hasil kultur darah positif	
	C. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.	
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	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 1,5 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 1,5 ‰	3
	1,5‰ < Hasil ≤ 7,5 ‰	2
	7,5‰ < Hasil ≤ 15 ‰	1
	Hasil > 15‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	

Infeksi saluran kencing (ISK)

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 saluran kencing (ISK)	
Definisi operasional	Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam	
	Kriteria :	
	A. Gejala dan Tanda :	
	Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik	
	Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah	
	B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)	
	C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus	
	D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur	
	E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK	
	F. Terapi dokter sesuai ISK	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Saluran Kemih (ISK)	
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap	
Inklusi	Pasien rawat inap dengan kateter terpasang > 48 jam	
Eksklusi	Pasien yang terpasang kateter urin ≤ 48 jam	
Formula	(Jumlah kasus ISK dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 4.7 ‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 4.7 ‰	2
	4.7‰ < Hasil ≤ 5.2‰	1.5
	5.2‰ < Hasil ≤ 5.7‰	1
	5.7‰ < Hasil ≤ 6.2‰	0.5
	Hasil > 6.2‰	0
PIC	Ka unit pelayanan rawat inap/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	



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	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.	
	Kriteria :	
	A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,	
	B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,	
	C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan	
	D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi	
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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2 % ☺☺ skor = 2	2
	2% < Hasil ≤ 3% ☺☹ skor = 1,5	1.5
	3% < Hasil ≤ 4% ☹☹ skor = 1	1
	4% < Hasil ≤ 5% ☹☺ skor = 0,5	0.5
	Hasil > 5 % ☹☹ skor = 0	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral dan ketua komite/ panitia/tim PPI	
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	Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.	
	Kriteria :	
	Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :	
	- Leukopenia (< 4.000 WBC/mm3) atau Leukositosis (≥12.000 SDP/mm3).	
	- Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.	
	Minimal disertai 2 dari tanda berikut:	
	- Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.	
	- Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.	
	- Ronki basah atau suara napas bronchial.	
	- Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O2 (PaO2/FiO2 ≤240), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.	
	Dasar diagnosis :	
	Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan > 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatocelles pada bayi berumur < 1 tahun	
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	(Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 5,8‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 5.8 ‰	2
	5,8‰ < Hasil ≤ 8,3‰	1.5
	8,3‰ < Hasil ≤ 10,8‰	1
	10,8‰ < Hasil ≤ 13,6‰	0.5
	Hasil > 13,6 ‰	0
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

Nett Death Rate (NDR)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan	
Definisi operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati	
Inklusi	Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 Jam	
Eksklusi	Pasien yang meninggal dirawat inap ≤ 48 Jam	
Formula	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 24 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 24‰	3
	24‰ < Hasil ≤ 50‰	2
	50‰ < Hasil ≤ 70‰	1
	Hasil > 70‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

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%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2.5 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5%	2
	2,5% < Hasil ≤ 3%	1.5
	3% < Hasil ≤ 3,5%	1
	3,5% < Hasil ≤ 4%	0.5
	Hasil > 4%	0
PIC	Ka. IGD	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian klinik berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan kesalahan obat	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap	
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan	
Definisi operasional		
	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.	
	Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi	
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter	
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP	
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan	
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%	
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep> 50 per bulan	
Standar	< 5%	
Kriteria Penilaian	Hasil < 5%	2
	5% ≤ Hasil < 10%	1.5
	10% ≤ Hasil < 15%	1
	15% ≤ Hasil < 20%	0.5
	Hasil ≥ 20 %	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	(Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis) x 100	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi radiologi	

Waktu Lapor 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	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).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
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 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi laboratorium	

Pasien Infark Miokard yang Diberikan Konseling Bahaya Merokok

Area	Klinis
Kategori	Capaian Indikator Medik
Perspektif□	Proses Bisnis Internal
Tujuan	Menunjukkan upaya edukasi terhadap pasien Infark miokard akut untuk mencegah berulangnya penyakit melalui pencegahan mandiri
Dasar Pemikiran	Merokok merupakan salah satu factor risiko penyakit jantung dan pembuluh darah, sering dijumpai pada pasien usia muda/ produktif dan bila kebiasaan buruk ini tetap dilakukan maka pasien akan buruk prognosisnya. Sebagai pusat jantung nasional, selain memberikan upaya pelayanan kuratif berkualitas tinggi, harus berupaya untuk melakukan pencegahan agar penyakit infark miokard tidak berulang.
Definisi	Proporsi pasien yang masuk dengan infark miokard akut yang mendapat konseling bahaya merokok
Kriteria inklusi	Semua pasien yang dirawat dengan diagnosis utama infark miokard akut
Kriteria Eksklusi	Pasien meninggal dalam perawatan, pasien dirujuk ke RS lain
Tipe Indikator	Proses
Jenis Indikator	Prosentase
Numerator	Jumlah pasien yang dirawat dengan diagnosis utama infark miokard akut yang mendapat konseling bahaya merokok dari petugas kesehatan di RS
Denominator	Jumlah pasien yang dirawat dengan diagnosis utama infark miokard akut
Cara Pengukuran	(Numerator / Denominator) X 100%
Target	<b>60%</b>
Sumber data	Sistem pelaporan RS, Rekam Medis, Register Edukasi Instalasi Prevensi dan Rehabilitasi
Target Sampel	Populasi sesuai criteria inklusi
Ukuran Sampel	100% populasi
Wilayah Pemngamatan	Semua Pasien Infark Miokard akut di RSJPDHK
Metoda Pengumpulan Data	Retrospektif
Pengumpul Data	Instalasi Prevensi dan Rehabilitasi, instalasi Rawat Inap
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Waktu Pelaporan	Setiap bulan
Rencana Analisis	Grafik Garis
Publikasi Hasil	<i>Dashboard</i> Mutu RS
Alat atau file audit	<i>Business Intelligence</i>



Penanggung jawab Laporan	Ka Instalasi Prevensi dan Rehabilitasi, SIRS, Rekam Medik,	
Usulan Kriteria Penilaian	<div><div>≥60%</div><div>45 - &lt;60%</div><div>30 - &lt;45%</div><div>&lt; 30%</div></div>	<div>2</div> <div>1,5</div> <div>1</div> <div>0,5</div>
PIC		

Angka Mortalitas Pasien Bedah Pintas Koroner Elektif

Area	Klinis
Kategori	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Tujuan	Mengetahui mortalitas pasien yang menjalani tindakan bedah pintas koroner (CABG) elektif di RSJPDHK
Dasar Pemikiran / Literatur	Sebagai instrumen penilaian pencapaian mutu bedah jantung dewasa. Angka mortalitas Bedah Pintas Koroner harus ditekan serendah mungkin, sehingga menyamai pusat bedah jantung kelas dunia.
Definisi	Angka kematian dalam perawatan di rumah sakit untuk pasien yang menjalani CABG elektif.
Kriteria Inklusi	Semua pasien yang menjalani CABG elektif.
Kriteria Eksklusi	Pasien yang sudah pernah menjalani Bedah Pintas Koroner sebelumnya ( <i>re-CABG</i> ), atau tindakan dilakukan urgent atau cito, atau operasi CABG disertai operasi lain (katup, vaskular)
Tipe Indikator	<i>Outcome</i>
Jenis Indikator	Persentase
Numerator	Jumlah kematian pasien CABG elektif saat perawatan di rumah sakit
Denominator	Jumlah pasien CABG elektif
Cara Pengukuran / Formula	$(\text{Numerator}/\text{Denominator}) \times 100\%$
Standar	< 6%
Sumber Data	Sistem Pelaporan; SIRS – Laporan RS, Rekam medis; <i>Registry</i> Bedah Dewasa
Target Sampel	Populasi sesuai kriteria inklusi
Ukuran Sampel	100 % ( <i>Total Population Sampling</i> )
Wilayah Pengamatan	Semua pasien Bedah Pintas Koroner di RS
Metodologi Pengumpulan Data	Retrospektif
Pengumpul Data	Instalasi Bedah Dewasa, Instalasi Rekam Medik, SIRS, Bidang Pelayanan Medik/ Keperawatan,
Frekuensi Penilaian Data	Setiap bulan
Periode Waktu Pelaporan	Setiap bulan
Rencana Analisis	Grafik Garis
Publikasi Hasil	<i>Dashboard</i> Mutu RS
Alat atau File Audit	<i>Business Intelligence</i>
Penanggung Jawab Laporan	Kepala Instalasi Bedah Dewasa& ICU, Rekam Medik.

Usulan Kriteria Penilaian	< 6%	2
	≥6% - 8%	1,5
	>8% - 10%	1
	>10%	0,5
PIC		

Pasien Infark Miokard yang Diberikan Konseling Bahaya Merokok

Area	Klinis
Kategori	Capaian Indikator Medik
Perspektif□	Proses Bisnis Internal
Tujuan	Menunjukkan upaya edukasi terhadap pasien Infark miokard akut untuk mencegah berulangnya penyakit melalui pencegahan mandiri
Dasar Pemikiran	Merokok merupakan salah satu factor risiko penyakit jantung dan pembuluh darah, sering dijumpai pada pasien usia muda/ produktif dan bila kebiasaan buruk ini tetap dilakukan maka pasien akan buruk prognosisnya. Sebagai pusat jantung nasional, selain memberikan upaya pelayanan kuratif berkualitas tinggi, harus berupaya untuk melakukan pencegahan agar penyakit infark miokard tidak berulang.
Definisi	Proporsi pasien yang masuk dengan infark miokard akut yang mendapat konseling bahaya merokok
Kriteria inklusi	Semua pasien yang dirawat dengan diagnosis utama infark miokard akut
Kriteria Eksklusi	Pasien meninggal dalam perawatan, pasien dirujuk ke RS lain
Tipe Indikator	Proses
Jenis Indikator	Prosentase
Numerator	Jumlah pasien yang dirawat dengan diagnosis utama infark miokard akut yang mendapat konseling bahaya merokok dari petugas kesehatan di RS
Denominator	Jumlah pasien yang dirawat dengan diagnosis utama infark miokard akut
Cara Pengukuran	(Numerator / Denominator) X 100%
Target	<b>60%</b>
Sumber data	Sistem pelaporan RS, Rekam Medis, Register Edukasi Instalasi Prevensi dan Rehabilitasi
Target Sampel	Populasi sesuai criteria inklusi
Ukuran Sampel	100% populasi
Wilayah Pemngamatan	Semua Pasien Infark Miokard akut di RSJPDHK
Metoda Pengumpulan Data	Retrospektif
Pengumpul Data	Instalasi Prevensi dan Rehabilitasi, instalasi Rawat Inap
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Waktu Pelaporan	Setiap bulan
Rencana Analisis	Grafik Garis
Publikasi Hasil	<i>Dashboard</i> Mutu RS
Alat atau file audit	<i>Business Intelligence</i>

Penanggung jawab Laporan	Ka Instalasi Prevensi dan Rehabilitasi, SIRS, Rekam Medik,	
Usulan Kriteria Penilaian	<div><div>≥60%</div><div>45 - &lt;60%</div><div>30 - &lt;45%</div><div>&lt; 30%</div></div>	<div>2</div> <div>1,5</div> <div>1</div> <div>0,5</div>
PIC		

Average Length of Stay (AvLOS) Pasien Rawat Inap

Area	Manajerial	
Kategori	Utilisasi	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Tujuan	Mengetahui AvLOS pasien rawat inap	
Dasar Pemikiran	RS perlu menciptakan pelayanan yang efektif dan bermutu tinggi yang ditunjukkan dengan pendeknya waktu perawatan pasien	
Definisi	Rerata hari rawat dari keseluruhan pasienyang dirawat.	
Kriteria inklusi	Semua pasien yang menjalani rawat inap	
Kriteria Eksklusi	Perawatan utk tindakan <i>one day care</i> .	
Tipe Indikator	Proses	
Jenis Indikator	Rerata	
Numerator	Jumlah seluruh hari rawat seluruh pasien yang dirawat di seluruh RS pada periode tertentu	
Denominator	Jumlah pasien yang keluar perawatan pada periode tertentu	
Cara Pengukuran	Numerator / Denominator	
Standar	5,3 hari	
Sumber data	SIRS, Instalasi Rekam Medik, Register Ruangan Rawat	
Target Sampel	Keseluruhan pasien yang menjalani perawatan	
Ukuran Sampel	100%	
Wilayah Pengamatan	Ruang rawat	
Metoda Pengumpulan Data	Retrospektif	
Pengumpul Data	Rekam Medik, SIRS	
Frekuensi Pengumpula Data	Setiap bulan	
Periode Waktu Pelaporan	Setiap bulan	
Rencana Analisis	Grafik garis	
Publikasi Hasil	<i>Dashboard</i> mutu RS	
Alat atau file audit	<i>Bussiness intelligence</i>	
Penanggung jawab Laporan	Kepala Instalasi , Rekam Medik	
Usulan Kriteria Penilaian	< 6 hari 6 – 9 hari 10 – 12 hari > 12 hari	2 1,5 1 0,5
PIC		

Kepuasan Pelanggan (KP)

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	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.	
	Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).	
	Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam	
	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	(Hasil penilaian IKM dibagi Skala maksimal nilai IKM) x 100%	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	≥ 85%	
Kriteria Penilaian	KP (%) :	
	K ≥ 85	2
	70 < KP < 85	1.5
	55 < KP ≤ 70	1
	40 < KP ≤ 55	0.5
	KP ≤ 40	0
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.	

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	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.	
	Warna Merah :	
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.	
	Warna Kuning :	
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.	
	Warna Hijau :	
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.	
	Kriteria Penilaian :	
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau	
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar	
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori	
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam	
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari	
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari	
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	
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 %	1.5
	25 < KRK ≤ 50 %	1
	KRK < 25 %	0.5
	RS Non Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	3
	50 < KRK ≤ 75 %	2.25
	25 < KRK ≤ 50 %	1.5
	KRK < 25 %	0.75
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	



Rerata Door to Balloon Time (ERT)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan	
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan Pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat	
Definisi operasional	Door to balloon time/ door to device time adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk ke pintu IGD dengan Sindroma Koroner Akut yang indikasi dilakukan angioplasti koroner hingga dilakukan dilatasi balon koroner yang pertama kali, atau upaya penyedotan trombus pertama kali.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah waktu door to balloon time seluruh pasien yang menjalani tindakan angiopasti	
Denominator	Jumlah pasien yang menjalani angioplasti sesuai indikasi	
Inklusi	pasien yang menjalani angioplasti	
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 dilakukan angioplasti koroner.	
Formula	Jumlah waktu door to balloon time seluruh pasien yang menjalani tindakan angiopasti / jumlah pasien yang menjalani angioplasti sesuai indikasi	
Sumber Data	Register EMG Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 120 menit	
Kriteria Penilaian	(DB) (menit) :  ERT ≤ 120 120 < ERT ≤ 150 150 < ERT ≤ 180 180 < ERT ≤ 240 ERT > 240	  3 2,25 1,5 0,75 0
PIC	Bagian Register EMG	

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	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan.	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

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	
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 48 jam	
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :	
	WTE ≤ 48	2
	48 < WTE ≤ 72	1.5
	72 < WTE ≤ 96	1
	96 < WTE ≤ 120	0.5
	WTE > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

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	
Sumber Data	Instalasi Radiologi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 3 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :	
	WTPR ≤ 3	2
	3 < WTPR ≤ 4	1.5
	4 < WTPR ≤ 5	1
	5 < WTPR ≤ 6	0.5
	WTPR > 6	0
PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik	

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	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 2 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL ≤ 2	2
	2 < WTPL ≤ 3	1.5
	3 < WTPL ≤ 4	1
	4 < WTPL ≤ 5	0.5
	WTPL > 5	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	

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	
Sumber Data	Instalasi Farmasi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :	
	WTOJ ≤ 30	2
	30 < WTOJ ≤ 40	1.5
	40 < WTOJ ≤ 50	1
	50 < WTOJ ≤ 60	0.5
	WTOJ > 60	0
PIC	Ka. Inst. Farmasi	

Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 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	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 $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
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	$(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	

Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sumber daya manusia	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kapabilitas staf	
Dimensi Mutu	Pengembangan SDM, keselamatan pasien	
Tujuan	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi	
Definisi operasional	Staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam / orang per tahun adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/ staf/tahun	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Numerator	Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun	
Denominator	Jumlah Staf nakes di area kritis	
Inklusi	Staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis RS	
Eksklusi	--	
Formula	$\left(\frac{\text{Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun}}{\text{Jumlah nakes di area kritis RS}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	a) Data kepegawaian unit kerja area kritis	
	b) Daftar/agenda diklat tahunan	
	c) Data staf yang ikut pelatihan	
	d) Laporan evaluasi kinerja staf	
Standar	2015 --> 60 %	
	2016 --> 70 %	
	2017 --> 80 %	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 70%	3
	60% $\leq$ Hasil < 70%	2.25
	50% $\leq$ Hasil < 60%	1.5
	40% $\leq$ Hasil < 50%	0.75
	Hasil < 40%	0
PIC	Ka Bid Diklat	



Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.	
	A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b> , adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi	
	B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b> , adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat	
	C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b> , adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut	
Frekuensi Pengumpulan Data	Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya	
	Tahunan	
	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
	OEE = (Ka x Ki x Ku) x 100%	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya	
	(b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 %	
	2016 --> 80 %	
	2017 --> 85%	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	OEE ≥ 80%	2
	70% ≤ OEE < 80%	1.5
	60% ≤ OEE < 70%	1
	50% ≤ OEE < 60%	0.5
	OEE < 50%	0
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016:	
	OEE ≥ 80%	3
	70% ≤ OEE < 80%	2.25
	60% ≤ OEE < 70%	1.5
	50% ≤ OEE < 60%	0.75
	OEE < 50%	0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	

Tingkat Penilaian Proper

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem pengelolaan kesehatan lingkungan berbasis quality and safety	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit	
Definisi operasional	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	
	Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan ( <i>beyond compliance</i> ). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Formula	Sesuai penilaian KLH	
	Undang-undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2013 Tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup	
Sumber Data	Umum dan Operasional	
Standar	2015 s.d 2019 --> Biru	
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 :	
	Emas ; Hijau ; Biru	2
	Merah	1.5
	Hitam	1
PIC	Ka Bagian Umum	

Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemapanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	• Basic/siloed 1 Enteprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalsi penunjang diagnostik	
	• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya	
	• Standar/ Integrated Entepriases : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement	
	• Advanced/ Extended Entepriases : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
	Integrated 1	1.8
	Siloed 2	1.2
	Siloed 1	0.6
PIC	Ka. Instalasi SIRS	

**Jumlah Penelitian yang dipublikasikan\***

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem penyelenggaraan pendidikan yang komprehensif dan penelitian berbasis bukti berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya kompetensi staf medis yang komprehensif dan unggul dalam penyelenggaraan penelitian	
Definisi operasional	Jumlah penelitian yang dipublikasikan adalah jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun.	
	Ukuran pengaruh suatu kelompok dokumen ilmiah dari SMF atau Departemen medik disebut nilai impact factor, selanjutnya rerata nilai impact adalah ukuran kinerja ilmiah SMF atau Departemen Medik yang dipublikasikan secara internasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Penelitian ilmiah yang dilakukan oleh staf medis	
Eksklusi	--	
Formula	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun	
Sumber Data	(a) Daftar karya ilmiah/ penelitian dalam kurun 1 tahun	
	(b) Daftar staf medis yg melakukan penelitian	
Standar	2015 --> 2	
	2016 --> 4	
	2017 --> 6	
	2018 --> 8	
	2019 --> 10	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 4	2
	Hasil = 3	1.5
	Hasil = 2	1
	Hasil = 1	0.5
	Hasil = 0	0
PIC	Kabag penelitian	

Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Pembelajaran dan Pertumbuhan	
Sasaran Strategis	Tercapainya kebutuhan tenaga dosen pada proses belajar mengajar	
Demensi Mutu	Efektifitas dan Kualitas pendidikan	
Tujuan	Peningkatan kebutuhan dosen dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar sesuai dengan mahasiswa kedokteran yang menjadi peserta didik	
Definisi Operasional	Rasio Dosen di RS Pendidikan dengan Mahasiswa Kedokteran yang dimaksud adalah Perbandingan jumlah dokter spesialis yang bekerja di RS Pendidikan yang sudah memenuhi kriteria sebagai dosen pembimbing/supervisor klinik, pendidik atau penguji, dan sudah mendapatkan TOT/OSCE, dan mempunyai rekomendasi dari Dekan Fakultas Kedokteran mitra kerjasamanya serta mempunyai Surat Keputusan Pengangkatan sebagai Dosen sesuai peraturan perundang-undangan dengan mahasiswa kedokteran	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Program diskusi, bed side teaching, pembimbingan kasus	
Eksklusi	Kuliah Classroom	
Formula	Jumlah dosen per SMF atau Per Departemen dibandingkan	
	Dihitung per SMF/Per Departemen, dijumlahkan, dibagi rata-rata dengan jumlah SMF yang ada	
Sumber Data	Data Kepegawaian dari Bagian SDM dan data mahasiswa yang belajar per batch saat masuk di Bagian Diklat.	
Standar / Target	1 : 5 untuk mahasiswa Kedokteran	
Kriteria Penilaian	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran :	
	1 : 1-5	2
	1 : 6-8	1.5
	1 : 9-11	1
	1 : 11-13	0.5
	1 : 14-dst	0
Pic	Bagian SDM dan Bagian Diklat	

**KAMUS INDIKATOR KINERJA  
BADAN LAYANAN UMUM  
RUMAH SAKIT KANKER**

AREA KLINIS		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <i>good clinical governance</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	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.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Kriteria Penilaian	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	2
	Ada CP, belum diimplementasikan	1
	Belum ada CP	0
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	

Persentase 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	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.	
	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.	
	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.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :	
	1. Tahapan Sign-in	
	dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi	
	2. Tahapan Time-out	
	dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	3. Tahapan Sign-out	
	dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)	
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%	
Sumber Data	Catatan data pasien operasi	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$	1.5
	$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$	1
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	0.5
	Hasil < 70% ☹️👎	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral	

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	$\left(\frac{\text{Jumlah item resep (R/ yang sesuai Fornas)}}{\text{Jumlah total item resep (R/)}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 tentang Formularium Nasional	

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	Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS.	
	Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)	
	Kriteria :	
	A. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus	
	B. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :	
	a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar	
	b. Hasil kultur darah positif	
	C. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.	
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	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 1,5 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 1,5 ‰	3
	1,5‰ < Hasil ≤ 7,5 ‰	2
	7,5‰ < Hasil ≤ 15 ‰	1
	Hasil > 15‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	

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	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.	
	Kriteria :	
	A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,	
	B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,	
	C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan	
	D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi	
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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2 % ☺☺ skor = 2	2
	2% < Hasil ≤ 3% ☺☹ skor = 1,5	1.5
	3% < Hasil ≤ 4% ☹☹ skor = 1	1
	4% < Hasil ≤ 5% ☹☹ skor = 0,5	0.5
	Hasil > 5 % ☹☹ skor = 0	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral dan ketua komite/ panitia/tim PPI	
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	Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.	
	Kriteria :	
	Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :	
	- Leukopenia (< 4.000 WBC/mm3) atau Leukositosis (≥12.000 SDP/mm3).	
	- Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.	
	Minimal disertai 2 dari tanda berikut:	
	- Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.	
	- Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.	
	- Ronki basah atau suara napas bronchial.	
	- Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O2 (PaO2/FiO2 ≤240), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.	
	Dasar diagnosis :	
	Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan > 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatocelles pada bayi berumur < 1 tahun	
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	(Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 5,8‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 5.8 ‰	2
	5,8‰ < Hasil ≤ 8,3‰	1.5
	8,3‰ < Hasil ≤ 10,8‰	1
	10,8‰ < Hasil ≤ 13,6‰	0.5
	Hasil > 13,6 ‰	0
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

Nett Death Rate (NDR)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan	
Definisi operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati	
Inklusi	Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 Jam	
Eksklusi	Pasien yang meninggal dirawat inap ≤ 48 Jam	
Formula	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 24 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 24‰	3
	24‰ < Hasil ≤ 50‰	2
	50‰ < Hasil ≤ 70‰	1
	Hasil > 70‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

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%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2.5 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5%	2
	2,5% < Hasil ≤ 3%	1.5
	3% < Hasil ≤ 3,5%	1
	3,5% < Hasil ≤ 4%	0.5
	Hasil > 4%	0
PIC	Ka. IGD	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian klinik berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan kesalahan obat	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap	
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan	
Definisi operasional		
	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.	
	Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi	
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter	
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP	
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan	
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%	
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep> 50 per bulan	
Standar	< 5%	
Kriteria Penilaian	Hasil < 5%	2
	5% ≤ Hasil < 10%	1.5
	10% ≤ Hasil < 15%	1
	15% ≤ Hasil < 20%	0.5
	Hasil ≥ 20 %	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	



Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	(Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis) x 100	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi radiologi	

Waktu Lapor 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	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).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
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 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi laboratorium	

**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 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Rawat Inap, Sampling dilakukan jika jumlah pasien > 50 pasien	
Standar	≤ 5%	
Kriteria Penilaian	<div> <div> <div>Hasil ≤ 5%</div> <div>5% &lt; Hasil ≤ 7 %</div> <div>7% &lt; Hasil ≤ 9 %</div> <div>9% &lt; Hasil ≤ 11 %</div> <div>Hasil &gt;11%</div> </div> <div> <div>2</div> <div>1,5</div> <div>1</div> <div>0,5</div> <div>0</div> </div> </div>	
PIC	Ka. Rawat Inap	

**Presentase Jumlah kasus kanker servik yang didiskusikan oleh tim multidisiplin 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	Pasien Kanker serviks yang meninggal sebelum terapi pertama dimulai. 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 %	
Sumber Data	Catatan data, Sampling dilakukan jika jumlah pasien > 50 pasien	
Standar	≥ 95%	
Kriteria Penilaian	Hasil ≥ 95% 85% ≤ Hasil < 95% 75% ≤ Hasil <85% 65% ≤ Hasil <75% Hasil <65%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Pelayanan Medik	

Overall Treatment Time (OTT) Kanker Serviks

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan	
Dimensi Mutu	Eektivitas dan Ketepatan Waktu	
Tujuan	Terwujudnya peningkatan nilai dan keunggulan operasional	
Definisi operasional	Perbandingan Waktu yang diperlukan untuk pemberian radioterapi pada pasien kanker servik. Jenis radioterapi yang diberikan adalah radiasi eksternal dan brankhiterapi dibandingkan dengan standar waktu yang ditetapkan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah Pasien Kanker Serviks yang Menjalani Radiasi Eksterna dan Brankhiterapi dalam Waktu ≤ 56 Hari	
Denominator	Jumlah Seluruh Pasien Kanker Serviks Yang Menjalani Radiasi Eksterna dan Brankhiterapi	
Inklusi	Pasien Dengan Kanker Serviks Yang Menjalani Radiasi Eksterna dan Brankhiterapi r	
Eksklusi	Pasien Kanker serviks yang Menjalani Radiasi Eksterna saja dan Brankhiterapi saja. R	
Formula	Jumlah Pasien Kanker Serviks yang Menjalani Radiasi Eksterna dan Brankhiterapi dalam Waktu ≤ 56 Haridibagi Jumlah Seluruh Pasien Kanker Serviks Yang Menjalani Radiasi Eksterna dan Brankhiterapi x 100 %	
Sumber Data	Sistem Pelaporan	
Standar	≥ 90%	
Kriteria Penilaian	Hasil ≥ 90% 80% ≤ Hasil < 90% 70% ≤ Hasil <80% 60% ≤ Hasil <70% Hasil <60%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Pelayanan Medik	

Overall Treatment Time (OTT) Kanker Payudara

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan	
Dimensi Mutu	Eektivitas dan Ketepatan Waktu	
Tujuan	Terwujudnya peningkatan nilai dan keunggulan operasional	
Definisi operasional	Perbandingan Waktu yang diperlukan untuk pemberian radioterapi pada pasien kanker payudara. Jenis radioterapi yang diberikan adalah radiasi eksternal dengan penambahan boosters dengan standar waktu yang ditetapkan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah Pasien Kanker Payudara yang Menjalani Radiasi Eksterna dengan boosters dalam Waktu ≤ 45 Hari	
Denominator	Jumlah Seluruh Pasien Kanker payudara Yang Menjalani Radiasi Eksterna dengan boosters	
Inklusi	Pasien Dengan Kanker Payudara Yang Menjalani Radiasi Eksterna dengan boosters r	
Eksklusi	Pasien Kanker Payudara yang Tidak Menjalani Radiasi Eksterna dengan boosters.	
Formula	Jumlah Pasien Kanker Payudara yang Menjalani Radiasi Eksterna dengan boosters dalam Waktu ≤ 45 Hari dibagi Jumlah Seluruh Pasien Kanker payudara Yang Menjalani Radiasi Eksterna dengan boostersx 100 %	
Sumber Data	Sistem Pelaporan	
Standar	≥ 90%	
Kriteria Penilaian	Hasil ≥ 90% 80% ≤ Hasil < 90% 70% ≤ Hasil <80% 60% ≤ Hasil <70% Hasil <60%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Pelayanan Medik	

AREA MANAGERIAL

Bed Occupancy Rate (BOR)

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 rawat inap	
Definisi operasional	Bed Occupancy Rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit	
Denominator	Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode	
Inklusi	--	
Eksklusi	--	
Formula	[Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Parameter ideal : 70 – 80 %	
Kriteria Penilaian	BOR (%) :	
	BOR ≥ 100	0.5
	90 ≤ BOR < 100	1
	80 ≤ BOR < 90	1.5
	70 ≤ BOR < 80	2
	60 ≤ BOR < 70	1.5
	50 ≤ BOR < 60	1
	BOR < 50	0.5
PIC	Ka Ins Rawat Inap ; Ka Rekam Medik	

Kepuasan Pelanggan (KP)

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	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.	
	Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).	
	Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam	
	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	$(\text{Hasil penilaian IKM} \div \text{Skala maksimal nilai IKM}) \times 100\%$	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	$\geq 85\%$	
Kriteria Penilaian	KP (%) :	
	$K \geq 85$	2
	$70 < KP < 85$	1.5
	$55 < KP \leq 70$	1
	$40 < KP \leq 55$	0.5
	$KP \leq 40$	0
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.	



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	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.	
	Warna Merah :	
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.	
	Warna Kuning :	
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.	
	Warna Hijau :	
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.	
	Kriteria Penilaian :	
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau	
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar	
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori	
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam	
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari	
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari	
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	
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 %	1.5
	25 < KRK ≤ 50 %	1
	KRK < 25 %	0.5
	RS Non Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	3
	50 < KRK ≤ 75 %	2.25
	25 < KRK ≤ 50 %	1.5
	KRK < 25 %	0.75
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	

Emergency Respon Time Kasus 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	Adalah jumlah waktu yang dibutuhkan dalam penanganan pasien kanker sejak pasien ditetapkan dalam kondisi kegawatdaruratan onkologi sampai mendapatkan terapi definitif
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
Sumber Data	IGD, Sampling jika jumlah pasien > 50
Standar	≤ 180 menit
Kriteria Penilaian	<div>ERT (menit) :</div> <div> <div>ERT ≤ 180 --&gt; skor = 3</div> <div>180 &lt; ERT ≤ 210 --&gt; skor = 2,25</div> <div>210 &lt; ERT ≤ 240 --&gt; skor = 1,5</div> <div>240 &lt; ERT ≤ 270 --&gt; skor = 0,75</div> <div>ERT &gt; 270 --&gt; skor = 0</div> </div> <div> <div>3</div> <div>2,25</div> <div>1,5</div> <div>0,75</div> <div>0</div> </div>
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat

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	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan.	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

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	
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 48 jam	
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :	
	WTE ≤ 48	2
	48 < WTE ≤ 72	1.5
	72 < WTE ≤ 96	1
	96 < WTE ≤ 120	0.5
	WTE > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR) Staging Kanker

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	
Sumber Data	Instalasi Radiologi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 3 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :	
	WTPR ≤ 3 --> skor = 2	2
	3 < WTPR ≤ 4 --> skor = 1,5	1,5
	4 < WTPR ≤ 5 --> skor = 1	1
	5 < WTPR ≤ 6 --> skor = 0,5	0,5
	WTPR > 6 --> skor = 0	0
PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik	

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	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 2 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL ≤ 2	2
	2 < WTPL ≤ 3	1.5
	3 < WTPL ≤ 4	1
	4 < WTPL ≤ 5	0.5
	WTPL > 5	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	

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	
Sumber Data	Instalasi Farmasi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :	
	WTOJ ≤ 30	2
	30 < WTOJ ≤ 40	1.5
	40 < WTOJ ≤ 50	1
	50 < WTOJ ≤ 60	0.5
	WTOJ > 60	0
PIC	Ka. Inst. Farmasi	

Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 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	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 $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
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	$(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	



Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sumber daya manusia	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kapabilitas staf	
Dimensi Mutu	Pengembangan SDM, keselamatan pasien	
Tujuan	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi	
Definisi operasional	Staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam / orang per tahun adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/ staf/tahun	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Numerator	Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun	
Denominator	Jumlah Staf nakes di area kritis	
Inklusi	Staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis RS	
Eksklusi	--	
Formula	$\left(\frac{\text{Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun}}{\text{Jumlah nakes di area kritis RS}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	a) Data kepegawaian unit kerja area kritis	
	b) Daftar/agenda diklat tahunan	
	c) Data staf yang ikut pelatihan	
	d) Laporan evaluasi kinerja staf	
Standar	2015 --> 60 %	
	2016 --> 70 %	
	2017 --> 80 %	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 70%	3
	60% $\leq$ Hasil < 70%	2.25
	50% $\leq$ Hasil < 60%	1.5
	40% $\leq$ Hasil < 50%	0.75
	Hasil < 40%	0
PIC	Ka Bid Diklat	

Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.	
	A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b> , adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi	
	B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b> , adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat	
	C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b> , adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut	
Frekuensi Pengumpulan Data		
	Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya	
Inklusi	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
Eksklusi	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
Formula	$OEE = (Ka \times Ki \times Ku) \times 100\%$	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya	
	(b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 %	
	2016 --> 80 %	
	2017 --> 85%	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	OEE ≥ 80%	2
	70% ≤ OEE < 80%	1.5
	60% ≤ OEE < 70%	1
	50% ≤ OEE < 60%	0.5
	OEE < 50%	0
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016:	
	OEE ≥ 80%	3
	70% ≤ OEE < 80%	2.25
	60% ≤ OEE < 70%	1.5
	50% ≤ OEE < 60%	0.75
	OEE < 50%	0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	

Tingkat Penilaian Proper

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem pengelolaan kesehatan lingkungan berbasis quality and safety	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit	
Definisi operasional	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	
	Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan ( <i>beyond compliance</i> ). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Formula	Sesuai penilaian KLH	
	Undang-undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2013 Tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup	
Sumber Data	Umum dan Operasional	
Standar	2015 s.d 2019 --> Biru	
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 :	
	Emas ; Hijau ; Biru	2
	Merah	1.5
	Hitam	1
PIC	Ka Bagian Umum	

Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemapanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	• Basic/siloed 1 Enteprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalsi penunjang diagnostik	
	• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya	
	• Standar/ Integrated Entepriases : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement	
	• Advanced/ Extended Entepriases : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
	Integrated 1	1.8
	Siloed 2	1.2
	Siloed 1	0.6
PIC	Ka. Instalasi SIRS	

Jumlah Penelitian yang dipublikasikan\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem penyelenggaraan pendidikan yang komprehensif dan penelitian berbasis bukti berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya kompetensi staf medis yang komprehensif dan unggul dalam penyelenggaraan penelitian	
Definisi operasional	Jumlah penelitian yang dipublikasikan adalah jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun.	
	Ukuran pengaruh suatu kelompok dokumen ilmiah dari SMF atau Departemen medik disebut nilai impact factor, selanjutnya rerata nilai impact adalah ukuran kinerja ilmiah SMF atau Departemen Medik yang dipublikasikan secara internasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Penelitian ilmiah yang dilakukan oleh staf medis	
Eksklusi	--	
Formula	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun	
Sumber Data	(a) Daftar karya ilmiah/ penelitian dalam kurun 1 tahun	
	(b) Daftar staf medis yg melakukan penelitian	
Standar	2015 --> 2	
	2016 --> 4	
	2017 --> 6	
	2018 --> 8	
	2019 --> 10	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 4	2
	Hasil = 3	1.5
	Hasil = 2	1
	Hasil = 1	0.5
	Hasil = 0	0
PIC	Kabag penelitian	

Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Pembelajaran dan Pertumbuhan	
Sasaran Strategis	Tercapainya kebutuhan tenaga dosen pada proses belajar mengajar	
Demensi Mutu	Efektifitas dan Kualitas pendidikan	
Tujuan	Peningkatan kebutuhan dosen dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar sesuai dengan mahasiswa kedokteran yang menjadi peserta didik	
Definisi Operasional	Rasio Dosen di RS Pendidikan dengan Mahasiswa Kedokteran yang dimaksud adalah Perbandingan jumlah dokter spesialis yang bekerja di RS Pendidikan yang sudah memenuhi kriteria sebagai dosen pembimbing/supervisor klinik, pendidik atau penguji, dan sudah mendapatkan TOT/OSCE, dan mempunyai rekomendasi dari Dekan Fakultas Kedokteran mitra kerjasamanya serta mempunyai Surat Keputusan Pengangkatan sebagai Dosen sesuai peraturan perundang-undangan dengan mahasiswa kedokteran	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Program diskusi, bed side teaching, pembimbingan kasus	
Eksklusi	Kuliah Classroom	
Formula	Jumlah dosen per SMF atau Per Departemen dibandingkan	
	Dihitung per SMF/Per Departemen, dijumlahkan, dibagi rata-rata dengan jumlah SMF yang ada	
Sumber Data	Data Kepegawaian dari Bagian SDM dan data mahasiswa yang belajar per batch saat masuk di Bagian Diklat.	
Standar / Target	1 : 5 untuk mahasiswa Kedokteran	
Kriteria Penilaian	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran :	
	1 : 1-5	2
	1 : 6-8	1.5
	1 : 9-11	1
	1 : 11-13	0.5
	1 : 14-dst	0
Pic	Bagian SDM dan Bagian Diklat	

**KAMUS INDIKATOR KINERJA  
BADAN LAYANAN UMUM  
RUMAH SAKIT STROKE**

AREA KLINIS		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <i>good clinical governance</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	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.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Kriteria Penilaian	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	2
	Ada CP, belum diimplementasikan	1
	Belum ada CP	0
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	



Persentase 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	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.	
	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.	
	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.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :	
	1. Tahapan Sign-in	
	dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi	
	2. Tahapan Time-out	
	dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	3. Tahapan Sign-out	
	dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)	
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%	
Sumber Data	Catatan data pasien operasi	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$	1.5
	$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$	1
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	0.5
	Hasil < 70% ☹️👎	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral	

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	$\left(\frac{\text{Jumlah item resep (R/ yang sesuai Fornas)}}{\text{Jumlah total item resep (R/)}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 tentang Formularium Nasional	

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	Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS.	
	Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)	
	Kriteria :	
	A. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus	
	B. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :	
	a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar	
	b. Hasil kultur darah positif	
	C. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.	
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	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 1,5 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 1,5 ‰	3
	1,5‰ < Hasil ≤ 7,5 ‰	2
	7,5‰ < Hasil ≤ 15 ‰	1
	Hasil > 15‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	

Infeksi saluran kencing (ISK)

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 saluran kencing (ISK)	
Definisi operasional	Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam	
	Kriteria :	
	A. Gejala dan Tanda :	
	Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik	
	Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah	
	B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)	
	C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus	
	D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur	
	E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK	
	F. Terapi dokter sesuai ISK	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Saluran Kemih (ISK)	
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap	
Inklusi	Pasien rawat inap dengan kateter terpasang > 48 jam	
Eksklusi	Pasien yang terpasang kateter urin ≤ 48 jam	
Formula	(Jumlah kasus ISK dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 4.7 ‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 4.7 ‰	2
	4.7‰ < Hasil ≤ 5.2‰	1.5
	5.2‰ < Hasil ≤ 5.7‰	1
	5.7‰ < Hasil ≤ 6.2‰	0.5
	Hasil > 6.2‰	0
PIC	Ka unit pelayanan rawat inap/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

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	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.	
	Kriteria :	
	A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,	
	B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,	
	C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan	
	D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi	
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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2 % ☺☺ skor = 2	2
	2% < Hasil ≤ 3% ☺☹ skor = 1,5	1.5
	3% < Hasil ≤ 4% ☹☹ skor = 1	1
	4% < Hasil ≤ 5% ☹☺ skor = 0,5	0.5
	Hasil > 5 % ☹☹ skor = 0	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral dan ketua komite/ panitia/tim PPI	
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	Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.	
	Kriteria :	
	Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :	
	- Leukopenia (< 4.000 WBC/mm3) atau Leukositosis (≥12.000 SDP/mm3).	
	- Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.	
	Minimal disertai 2 dari tanda berikut:	
	- Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.	
	- Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.	
	- Ronki basah atau suara napas bronchial.	
	- Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O2 (PaO2/FiO2 ≤240), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.	
	Dasar diagnosis :	
	Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan > 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatocelles pada bayi berumur < 1 tahun	
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	(Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 5,8‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 5.8 ‰	2
	5,8‰ < Hasil ≤ 8,3‰	1.5
	8,3‰ < Hasil ≤ 10,8‰	1
	10,8‰ < Hasil ≤ 13,6‰	0.5
	Hasil > 13,6 ‰	0
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

Nett Death Rate (NDR)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan	
Definisi operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati	
Inklusi	Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 Jam	
Eksklusi	Pasien yang meninggal dirawat inap ≤ 48 Jam	
Formula	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 24 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 24‰	3
	24‰ < Hasil ≤ 50‰	2
	50‰ < Hasil ≤ 70‰	1
	Hasil > 70‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	



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%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2.5 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5%	2
	2,5% < Hasil ≤ 3%	1.5
	3% < Hasil ≤ 3,5%	1
	3,5% < Hasil ≤ 4%	0.5
	Hasil > 4%	0
PIC	Ka. IGD	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

**Skrining Depresi Terhadap Pasien Stroke Iskemik Setelah 3 Hari Perawatan**

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan stroke iskemik terpadu berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya Skrining Depresi Terhadap Pasien Stroke Iskemik Setelah 3 Hari Perawatan	
Definisi operasional	Pengkajian awal tingkat deperesi pada pasien stroke iskemik yang dilakukan oleh Dokter Spesialis Jiwa dengan wawancara psikiatrik dan skala Hamilton untuk depresi Kriteria : Pasien dengan kesadaran composmentisHari perawatan pasien > 3 hari	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien stroke iskemik dengan kesadaran composmentis yang dilakukan skrining depresi oleh Dokter Spesialis Jiwa setelah 3 (tiga) hari perawatan	
Denominator	Jumlah pasien stroke iskemikyang dirawat inap setelah 3 (tiga) hari perawatan	
Inklusi	Jumlah pasien stroke iskemik kesadaran composmentis yang dirawat inap setelah 3 (tiga) hari perawatan	
Eksklusi	Jumlah pasien stroke iskemik yang dirawat inap sebelum 3 (tiga) hari perawatan	
Formula	Jumlah pasien stroke iskemik dengan kesadaran composmenstis yang dilakukan skrining depresi oleh okter Spesialis Jiwa setelah 3 (tiga) hari perawatan dibagi Jumlah pasien stroke iskemik yang dirawat inap setelah 3 (tiga) hari perawatan	
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap Rekam Medik	
Standar	75%	
Kriteria Penilaian	≥75% 60 % - 75 % 40 % - 59 % 20 % - 39 %	2 1,5 1 0,5
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Pengurus Pusat Perhimpunan Kedokteran Jiwa, 2012, Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa / Pskiatri Davidson, J, R, 2000, Anxiety Depression Kaplan, 2007, Synopsis of Psychiatry	

Skrining penapisan gangguan menelan pada pasien stroke

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan stroke terpadu berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya Skrining Gangguan Menelan pada Pasien Stroke	
Definisi operasional	Pengkajian awal tentang ada/tidaknya gangguan menelan pada pasien stroke dengan kesadaran compos mentis dan kooperatif	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien stroke yang dilakukan skrining gangguan menelan pada hari pertama perawatan	
Denominator	Jumlah Pasien Stroke yang di Rawat	
Inklusi	Jumlah pasien stroke rawat inap kesadaran composmentis dan kooperati	
Eksklusi	Jumlah pasien stroke iskemik yang dirawat inap dengan gangguan kesadaran dan afasia	
Formula	Jumlah pasien stroke yang dilakukan skrining gangguan menelan pada hari pertama perawatan dibagi jumlah pasien stroke yang dirawat inap	
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap Rekam Medik	
Standar	75%	
Kriteria Penilaian	≥75% 60 % - 75 % 40 % - 59 % 20 % - 39 %	2 1,5 1 0,5
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	PB PERDOSRI,(2012) ASSESMENT DAN PROSEDUR KEDOKTERAN FISIK DAN REHABILITASI	

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 %	
Sumber Data	IGD , Rawat Inap	
Standar	> 70%	
Kriteria Penilaian	hasil > 70% 60% < Hasil ≤ 70% 50% < Hasil ≤ 60% 40% < Hasil ≤ 50% Hasil ≤ 50%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Gawat Darurat / Ka. Inst. Rawat Inap	

Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian klinik berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan kesalahan obat	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap	
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan	
Definisi operasional		
	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.	
	Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi	
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter	
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP	
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan	
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%	
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep> 50 per bulan	
Standar	< 5%	
Kriteria Penilaian	Hasil < 5%	2
	5% ≤ Hasil < 10%	1.5
	10% ≤ Hasil < 15%	1
	15% ≤ Hasil < 20%	0.5
	Hasil ≥ 20 %	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	(Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis) x 100	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi radiologi	

Waktu Lapor 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	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).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
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 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi laboratorium	

AREA MANAGERIAL

Bed Occupancy Rate (BOR)

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 rawat inap	
Definisi operasional	Bed Occupancy Rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit	
Denominator	Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode	
Inklusi	--	
Eksklusi	--	
Formula	[Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Parameter ideal : 70 – 80 %	
Kriteria Penilaian	BOR (%) :	
	BOR ≥ 100	0.5
	90 ≤ BOR < 100	1
	80 ≤ BOR < 90	1.5
	70 ≤ BOR < 80	2
	60 ≤ BOR < 70	1.5
	50 ≤ BOR < 60	1
	BOR < 50	0.5
PIC	Ka Ins Rawat Inap ; Ka Rekam Medik	



Kepuasan Pelanggan (KP)

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	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.	
	Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).	
	Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam	
	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	(Hasil penilaian IKM dibagi Skala maksimal nilai IKM) x 100%	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	≥ 85%	
Kriteria Penilaian	KP (%) :	
	K ≥ 85	2
	70 < KP < 85	1.5
	55 < KP ≤ 70	1
	40 < KP ≤ 55	0.5
	KP ≤ 40	0
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.	

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	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.	
	Warna Merah :	
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.	
	Warna Kuning :	
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.	
	Warna Hijau :	
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.	
	Kriteria Penilaian :	
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau	
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar	
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori	
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam	
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari	
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari	
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	
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 %	1.5
	25 < KRK ≤ 50 %	1
	KRK < 25 %	0.5
	RS Non Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	3
	50 < KRK ≤ 75 %	2.25
	25 < KRK ≤ 50 %	1.5
	KRK < 25 %	0.75
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	

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	$\frac{\text{(Jumlah pasien suspek stroke yang dilakukan pemeriksaan CT Scan Kepala < 1 jam)}}{\text{Jumlah pasien suspek stroke}} \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medis	
Standar	> 70 %	
Kriteria Penilaian	Hasil (menit) :  Hasil > 70 --> skor = 3 60 < Hasil ≤ 70 --> skor = 2,25 50 < Hasil ≤ 60 --> skor = 1,5 40 < Hasil ≤ 50 --> skor = 0,75 Hasil ≤ 40 --> skor = 0	  3 2,25 1,5 0,75 0
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat, Radiologi, Rawat Inap	

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	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan.	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

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	
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 48 jam	
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :	
	WTE ≤ 48	2
	48 < WTE ≤ 72	1.5
	72 < WTE ≤ 96	1
	96 < WTE ≤ 120	0.5
	WTE > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

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	
Sumber Data	Instalasi Radiologi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 3 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :	
	WTPR ≤ 3	2
	3 < WTPR ≤ 4	1.5
	4 < WTPR ≤ 5	1
	5 < WTPR ≤ 6	0.5
	WTPR > 6	0
PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik	

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	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 2 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL ≤ 2	2
	2 < WTPL ≤ 3	1.5
	3 < WTPL ≤ 4	1
	4 < WTPL ≤ 5	0.5
	WTPL > 5	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	

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	
Sumber Data	Instalasi Farmasi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :	
	WTOJ ≤ 30	2
	30 < WTOJ ≤ 40	1.5
	40 < WTOJ ≤ 50	1
	50 < WTOJ ≤ 60	0.5
	WTOJ > 60	0
PIC	Ka. Inst. Farmasi	



Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 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	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 $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
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	$(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	

Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sumber daya manusia	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kapabilitas staf	
Dimensi Mutu	Pengembangan SDM, keselamatan pasien	
Tujuan	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi	
Definisi operasional	Staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam / orang per tahun adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/ staf/tahun	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Numerator	Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun	
Denominator	Jumlah Staf nakes di area kritis	
Inklusi	Staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis RS	
Eksklusi	--	
Formula	$\left(\frac{\text{Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun}}{\text{Jumlah nakes di area kritis RS}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	a) Data kepegawaian unit kerja area kritis	
	b) Daftar/agenda diklat tahunan	
	c) Data staf yang ikut pelatihan	
	d) Laporan evaluasi kinerja staf	
Standar	2015 --> 60 %	
	2016 --> 70 %	
	2017 --> 80 %	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 70%	3
	60% $\leq$ Hasil < 70%	2.25
	50% $\leq$ Hasil < 60%	1.5
	40% $\leq$ Hasil < 50%	0.75
	Hasil < 40%	0
PIC	Ka Bid Diklat	

Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.	
	A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b> , adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi	
	B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b> , adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat	
	C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b> , adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut	
Frekuensi Pengumpulan Data	Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya	
	Tahunan	
	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
	OEE = (Ka x Ki x Ku) x 100%	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya	
	(b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 %	
	2016 --> 80 %	
	2017 --> 85%	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	OEE ≥ 80%	2
	70% ≤ OEE < 80%	1.5
	60% ≤ OEE < 70%	1
	50% ≤ OEE < 60%	0.5
	OEE < 50%	0
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016:	
	OEE ≥ 80%	3
	70% ≤ OEE < 80%	2.25
	60% ≤ OEE < 70%	1.5
	50% ≤ OEE < 60%	0.75
	OEE < 50%	0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	

Tingkat Penilaian Proper

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem pengelolaan kesehatan lingkungan berbasis quality and safety	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit	
Definisi operasional	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	
	Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan ( <i>beyond compliance</i> ). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Formula	Sesuai penilaian KLH	
	Undang-undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2013 Tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup	
Sumber Data	Umum dan Operasional	
Standar	2015 s.d 2019 --> Biru	
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 :	
	Emas ; Hijau ; Biru	2
	Merah	1.5
	Hitam	1
PIC	Ka Bagian Umum	

Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemapanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	• Basic/siloed 1 Enteprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalsi penunjang diagnostik	
	• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya	
	• Standar/ Integrated Entepriases : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement	
	• Advanced/ Extended Entepriases : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
	Integrated 1	1.8
	Siloed 2	1.2
	Siloed 1	0.6
PIC	Ka. Instalasi SIRS	

Jumlah Penelitian yang dipublikasikan\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem penyelenggaraan pendidikan yang komprehensif dan penelitian berbasis bukti berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya kompetensi staf medis yang komprehensif dan unggul dalam penyelenggaraan penelitian	
Definisi operasional	Jumlah penelitian yang dipublikasikan adalah jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun.	
	Ukuran pengaruh suatu kelompok dokumen ilmiah dari SMF atau Departemen medik disebut nilai impact factor, selanjutnya rerata nilai impact adalah ukuran kinerja ilmiah SMF atau Departemen Medik yang dipublikasikan secara internasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Penelitian ilmiah yang dilakukan oleh staf medis	
Eksklusi	--	
Formula	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun	
Sumber Data	(a) Daftar karya ilmiah/ penelitian dalam kurun 1 tahun	
	(b) Daftar staf medis yg melakukan penelitian	
Standar	2015 --> 2	
	2016 --> 4	
	2017 --> 6	
	2018 --> 8	
	2019 --> 10	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 4	2
	Hasil = 3	1.5
	Hasil = 2	1
	Hasil = 1	0.5
	Hasil = 0	0
PIC	Kabag penelitian	

Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran\*

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Pendidikan	
Perspektif	Pembelajaran dan Pertumbuhan	
Sasaran Strategis	Tercapainya kebutuhan tenaga dosen pada proses belajar mengajar	
Demensi Mutu	Efektifitas dan Kualitas pendidikan	
Tujuan	Peningkatan kebutuhan dosen dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar sesuai dengan mahasiswa kedokteran yang menjadi peserta didik	
Definisi Operasional	Rasio Dosen di RS Pendidikan dengan Mahasiswa Kedokteran yang dimaksud adalah Perbandingan jumlah dokter spesialis yang bekerja di RS Pendidikan yang sudah memenuhi kriteria sebagai dosen pembimbing/supervisor klinik, pendidik atau penguji, dan sudah mendapatkan TOT/OSCE, dan mempunyai rekomendasi dari Dekan Fakultas Kedokteran mitra kerjasamanya serta mempunyai Surat Keputusan Pengangkatan sebagai Dosen sesuai peraturan perundang-undangan dengan mahasiswa kedokteran	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Program diskusi, bed side teaching, pembimbingan kasus	
Eksklusi	Kuliah Classroom	
Formula	Jumlah dosen per SMF atau Per Departemen dibandingkan	
	Dihitung per SMF/Per Departemen, dijumlahkan, dibagi rata-rata dengan jumlah SMF yang ada	
Sumber Data	Data Kepegawaian dari Bagian SDM dan data mahasiswa yang belajar per batch saat masuk di Bagian Diklat.	
Standar / Target	1 : 5 untuk mahasiswa Kedokteran	
Kriteria Penilaian	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran :	
	1 : 1-5	2
	1 : 6-8	1.5
	1 : 9-11	1
	1 : 11-13	0.5
	1 : 14-dst	0
Pic	Bagian SDM dan Bagian Diklat	

**KAMUS INDIKATOR KINERJA**  
**BADAN LAYANAN UMUM**  
**BALAI BESAR KESEHATAN PARU MASYARAKAT**



AREA KLINIS		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <i>good clinical governance</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	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.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
Sumber Data	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
	Rekam Medik	
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Kriteria Penilaian	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	2
	Ada CP, belum diimplementasikan	1
	Belum ada CP	0
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	

Persentase 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	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.	
	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.	
	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.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	$\left(\frac{\text{Jumlah item resep (R/ yang sesuai Fornas)}}{\text{Jumlah total item resep (R/)}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 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> <p>Demam (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) tanpa ditemui penyebab lainnya.</p> <p>Leukopenia (<math>&lt;4.000\text{ WBC/mm}^3</math>) atau Leukositosis (<math>\geq 12.000\text{ SDP/mm}^3</math>).</p> <p>Untuk penderita berumur <math>\geq 70</math> tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya dan Minimal disertai 2 dari tanda berikut:</p> <p>Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.</p> <p>Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea (napas frekuen).</p> <p>Rhonci basah atau suara napas bronchial.</p> <p>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.</p> <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>- Pneumatoceles 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	$(\text{Jumlah pasien yang terinfeksi pneumonia} \div \text{Jumlah hari rawat}) \times 1000$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	< 1‰	
Standar / Target	Hasil < 1‰ $1‰ \leq \text{Hasil} \leq 1,3‰$ $1,3‰ < \text{Hasil} \leq 1,6‰$ $1,6‰ < \text{Hasil} \leq 1,9‰$ Hasil > 1,9‰	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Komite/Panitia/Tim PPI	

Infeksi saluran kencing (ISK)

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 saluran kencing (ISK)	
Definisi operasional	Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam	
	Kriteria :	
	A. Gejala dan Tanda :	
	Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik	
	Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah	
	B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)	
	C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus	
	D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur	
	E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK	
	F. Terapi dokter sesuai ISK	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Saluran Kemih (ISK)	
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap	
Inklusi	Pasien rawat inap dengan kateter terpasang > 48 jam	
Eksklusi	Pasien yang terpasang kateter urin ≤ 48 jam	
Formula	(Jumlah kasus ISK dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 4.7 ‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 4.7 ‰	2
	4.7‰ < Hasil ≤ 5.2‰	1.5
	5.2‰ < Hasil ≤ 5.7‰	1
	5.7‰ < Hasil ≤ 6.2‰	0.5
	Hasil > 6.2‰	0
PIC	Ka unit pelayanan rawat inap/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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	

Nett Death Rate (NDR)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan	
Definisi operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati	
Inklusi	Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 Jam	
Eksklusi	Pasien yang meninggal dirawat inap ≤ 48 Jam	
Formula	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 24 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 24‰	3
	24‰ < Hasil ≤ 50‰	2
	50‰ < Hasil ≤ 70‰	1
	Hasil > 70‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

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%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2.5 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5%	2
	2,5% < Hasil ≤ 3%	1.5
	3% < Hasil ≤ 3,5%	1
	3,5% < Hasil ≤ 4%	0.5
	Hasil > 4%	0
PIC	Ka. IGD	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian klinik berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan kesalahan obat	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap	
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan	
Definisi operasional		
	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.	
	Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi	
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter	
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP	
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan	
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%	
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep> 50 per bulan	
Standar	< 5%	
Kriteria Penilaian	Hasil < 5%	2
	5% ≤ Hasil < 10%	1.5
	10% ≤ Hasil < 15%	1
	15% ≤ Hasil < 20%	0.5
	Hasil ≥ 20 %	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	



Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	(Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis) x 100	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi radiologi	

Waktu Lapor 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	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).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
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 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi laboratorium	

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	$\left(\frac{\text{Jumlah pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh}}{\text{Jumlah seluruh pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik ; Catatan Data	
Standar	> 85 %	
Kriteria Penilaian	Hasil > 85% 75% < Hasil ≤ 85% 50% < Hasil ≤ 75% 25% < Hasil ≤ 50% Hasil ≤ 25%	3 2,25 1,5 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Jalan/Rawat Inap	

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	$\frac{\text{(Jumlah pasien baru PPOK yang ditatalaksana berhenti merokok)}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang baru didiagnosis PPOK}} \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	> 70 %	
Kriteria Penilaian	Hasil > 70% 60% < Hasil ≤ 70% 50% < Hasil ≤ 60% 40% < Hasil ≤ 50% Hasil ≤ 40%	3 2,25 1,5 0,75 0
PIC	Ka. Pelayanan Medik	

Persentase Pasien TB Beresiko TB-HIV yang dikonseling (PTBP)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Promotif dan Preventif	
Perspektif	Masyarakat	
Sasaran Strategis	Terwujudnya upaya pencegahan penyakit di masyarakat	
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	$\left(\frac{\text{Pasien TB yang dilakukan PITC}}{\text{Pasien TB baru}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	Data catatan Instalasi Rawat Jalan ; Rekam Medik	
Standar	> 85 %	
Kriteria Penilaian	PTBP (%) :  PTBP > 85 70 < PTBP ≤ 85 55 < PTBP ≤ 70 40 < PTBP ≤ 55 PTBP ≤ 40	  3 2,25 1,5 0,75 0
PIC	Ka Ins Rawat Jalan ; Ka Rekam Medik	

Kepuasan Pelanggan (KP)

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	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.	
	Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).	
	Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam	
	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	(Hasil penilaian IKM dibagi Skala maksimal nilai IKM) x 100%	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	≥ 85%	
Kriteria Penilaian	KP (%) :	
	K ≥ 85	2
	70 < KP < 85	1.5
	55 < KP ≤ 70	1
	40 < KP ≤ 55	0.5
	KP ≤ 40	0
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.	

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	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.	
	Warna Merah :	
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.	
	Warna Kuning :	
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.	
	Warna Hijau :	
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.	
	Kriteria Penilaian :	
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau	
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar	
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori	
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam	
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari	
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari	
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	
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 %	1.5
	25 < KRK ≤ 50 %	1
	KRK < 25 %	0.5
	RS Non Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	3
	50 < KRK ≤ 75 %	2.25
	25 < KRK ≤ 50 %	1.5
	KRK < 25 %	0.75
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	

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	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.	
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	
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD) Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	ERRT (menit) :  ERRT ≤ 30 30 < ERRT ≤ 45 45 < ERRT ≤ 60 ERRT > 60	  3 2 1 0
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat	



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	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan.	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

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	
Sumber Data	Instalasi Radiologi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 3 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :	
	WTPR ≤ 3	2
	3 < WTPR ≤ 4	1.5
	4 < WTPR ≤ 5	1
	5 < WTPR ≤ 6	0.5
	WTPR > 6	0
PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik	

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	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 2 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL ≤ 2	2
	2 < WTPL ≤ 3	1.5
	3 < WTPL ≤ 4	1
	4 < WTPL ≤ 5	0.5
	WTPL > 5	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	

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	
Sumber Data	Instalasi Farmasi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :	
	WTOJ ≤ 30	2
	30 < WTOJ ≤ 40	1.5
	40 < WTOJ ≤ 50	1
	50 < WTOJ ≤ 60	0.5
	WTOJ > 60	0
PIC	Ka. Inst. Farmasi	

Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 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	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 $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
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	$\left( \frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	

Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sumber daya manusia	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kapabilitas staf	
Dimensi Mutu	Pengembangan SDM, keselamatan pasien	
Tujuan	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi	
Definisi operasional	Staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam / orang per tahun adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/ staf/tahun	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Numerator	Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun	
Denominator	Jumlah Staf nakes di area kritis	
Inklusi	Staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis RS	
Eksklusi	--	
Formula	$\left(\frac{\text{Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun}}{\text{Jumlah nakes di area kritis RS}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	a) Data kepegawaian unit kerja area kritis	
	b) Daftar/agenda diklat tahunan	
	c) Data staf yang ikut pelatihan	
	d) Laporan evaluasi kinerja staf	
Standar	2015 --> 60 %	
	2016 --> 70 %	
	2017 --> 80 %	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 70%	3
	60% $\leq$ Hasil < 70%	2.25
	50% $\leq$ Hasil < 60%	1.5
	40% $\leq$ Hasil < 50%	0.75
	Hasil < 40%	0
PIC	Ka Bid Diklat	

Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.	
	A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b> , adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi	
	B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b> , adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat	
	C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b> , adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut	
Frekuensi Pengumpulan Data	Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya	
	Tahunan	
	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
	OEE = (Ka x Ki x Ku) x 100%	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya	
	(b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 %	
	2016 --> 80 %	
	2017 --> 85%	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	OEE ≥ 80%	2
	70% ≤ OEE < 80%	1.5
	60% ≤ OEE < 70%	1
	50% ≤ OEE < 60%	0.5
	OEE < 50%	0
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016:	
	OEE ≥ 80%	3
	70% ≤ OEE < 80%	2.25
	60% ≤ OEE < 70%	1.5
	50% ≤ OEE < 60%	0.75
	OEE < 50%	0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	

Tingkat Penilaian Proper

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem pengelolaan kesehatan lingkungan berbasis quality and safety	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit	
Definisi operasional	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	
	Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan ( <i>beyond compliance</i> ). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Formula	Sesuai penilaian KLH	
	Undang-undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2013 Tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup	
Sumber Data	Umum dan Operasional	
Standar	2015 s.d 2019 --> Biru	
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 :	
	Emas ; Hijau ; Biru	2
	Merah	1.5
	Hitam	1
PIC	Ka Bagian Umum	



Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemapanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	• Basic/siloed 1 Enteprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalsi penunjang diagnostik	
	• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya	
	• Standar/ Integrated Entepriases : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement	
	• Advanced/ Extended Entepriases : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
	Integrated 1	1.8
	Siloed 2	1.2
	Siloed 1	0.6
PIC	Ka. Instalasi SIRS	

**KAMUS INDIKATOR KINERJA**  
**BADAN LAYANAN UMUM**  
**BALAI KESEHATAN MATA MASYARAKAT**

AREA KLINIS		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <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	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.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
Sumber Data	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
	Rekam Medik	
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Kriteria Penilaian	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	2
	Ada CP, belum diimplementasikan	1
	Belum ada CP	0
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	

Persentase 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	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.	
	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.	
	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.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
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	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :	
	1. Tahapan Sign-in	
	dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi	
	2. Tahapan Time-out	
	dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	3. Tahapan Sign-out	
	dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)	
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%	
Sumber Data	Catatan data pasien operasi	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$	1.5
	$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$	1
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	0.5
	Hasil < 70% ☹️👎	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral	

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	$\left(\frac{\text{Jumlah item resep (R/ yang sesuai Fornas)}}{\text{Jumlah total item resep (R/)}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 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	Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi yang dimaksud adalah tidak terjadinya operasi salah sisi.	
	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian pembedahan di kamar operasi yang dilakukan pada sisi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan sebelumnya, hal tersebut tidak disadari oleh operator maupun oleh asisten bedahnya.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi	
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi	
Inklusi	Semua pasien pembedahan di kamar operasi	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi dibagi Jumlah pasien yang dilakukan operasi}) \times 100 \%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	0	
Kriteria Penilaian	hasil 0 %	2
	hasil > 0%	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah	

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	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.	
	Kriteria :	
	A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,	
	B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,	
	C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan	
	D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi	
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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2 % ☺☺ skor = 2	2
	2% < Hasil ≤ 3% ☺☹ skor = 1,5	1.5
	3% < Hasil ≤ 4% ☹☹ skor = 1	1
	4% < Hasil ≤ 5% ☹☺ skor = 0,5	0.5
	Hasil > 5 % ☹☹ skor = 0	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral dan ketua komite/ panitia/tim PPI	
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	



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	$(\text{Jumlah kasus phlebitis dibagi Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena}) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap	
Standar	$\leq 5 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 5 \%$	2
	$5\% < \text{Hasil} \leq 10\%$	1,5
	$10\% < \text{Hasil} \leq 15\%$	1
	$15\% < \text{Hasil} \leq 20\%$	0,5
	Hasil $> 20\%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Intravenous Nurses Society (INS)	

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 Endoltamitis 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%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	0 %	
Kriteria Penilaian	hasil = 0% 0% < Hasil ≤ 5% 5% < Hasil ≤ 10% 10% < Hasil ≤ 15% hasil > 15%	3 2,25 1,5 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
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 Endoltamitis 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	(Jumlah Endoftalmitis pasca bedah katarak dibagi Jumlah pasien operasi katarak) x 100%	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	0 %	
Kriteria Penilaian	hasil = 0% 0% < Hasil ≤ 5% 5% < Hasil ≤ 10% 10% < Hasil ≤ 15% hasil > 15%	3 2,25 1,5 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	

Nett Death Rate (NDR)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan	
Definisi operasional	<i>Nett Death Rate</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam	
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati	
Inklusi	Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 Jam	
Eksklusi	Pasien yang meninggal dirawat inap ≤ 48 Jam	
Formula	(Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 24 ‰	
Kriteria Penilaian	hasil ≤ 24‰	3
	24‰ < Hasil ≤ 50‰	2
	50‰ < Hasil ≤ 70‰	1
	Hasil > 70‰	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian klinik berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan kesalahan obat	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien rawat inap	
Tujuan	Menurunkan kesalahan peresepan	
Definisi operasional		
	Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.	
	Kesalahan Peresepan Obat yang dimaksud adalah kesalahan yang teridentifikasi pada verifikasi resep oleh bagian farmasi, meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, tidak ada duplikasi, tidak ada interaksi obat	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi	
Denominator	Jumlah lembar resep yang ditulis dokter	
Inklusi	Resep/instruksi pengobatan pasien rawat inap yang ditulis oleh DPJP	
Eksklusi	Pasien Rawat Jalan	
Formula	(Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi dibagi Jumlah lembar resep yang ditulis dokter) x 100%	
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep> 50 per bulan	
Standar	< 5%	
Kriteria Penilaian	Hasil < 5%	2
	5% ≤ Hasil < 10%	1.5
	10% ≤ Hasil < 15%	1
	15% ≤ Hasil < 20%	0.5
	Hasil ≥ 20 %	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	(Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis) x 100	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi radiologi	

Waktu Lapor 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	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).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
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 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi laboratorium	

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 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2,5 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2,5 % 2,6% < Hasil ≤ 3,0% 3,0% < Hasil ≤ 3,5% 3,5% < Hasil ≤ 4,0 % Hasil > 4 %	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka. Instalasi Gawat Darurat	



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	<p>Katarak adalah lensa mata yang menjadi keruh, sehingga cahaya tidak dapat menembusnya, bervariasi sesuai tingkatannya dari sedikit sampai kebutaman 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 kebutaman lensa dapat mengurangi persepsi akan warna biru. Katarak biasanya berlangsung perlahan-lahan menyebabkan kehilangan penglihatan dan berpotensi kebutakan 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</p>	
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 %	
Sumber Data	kartu status pasien, repitulasi jumlah penderita katarak di rekam medik	
Standar	≥ 26 %	
Kriteria Penilaian	IK (%) :  IK ≥ 26 20 < KP < 26 15 < KP ≤ 20 10 < KP ≤ 15 KP < 10	  3 2,25 1,5 0,5 0
PIC	Ka. Rekam Medik	

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%	
Sumber Data	kartu status pasien, repitulasi jumlah penderita glaukoma di rekam medik	
Standar	≥ 25 %	
Kriteria Penilaian	IG (%) :  IK ≥ 25 20 < KP < 25 15 < KP ≤ 19 10 < KP ≤ 15 KP <10	  3 2,25 1,5 0,5 0
PIC	Ka. Rekam Medik	

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%	
Sumber Data	kartu status pasien, repitulasi jumlah operasi penderita katarak di OK	
Standar	≥ 75 %	
Kriteria Penilaian	OK (%) :  IK ≥ 75 65 < KP < 75 55 < KP ≤ 64 45 < KP ≤ 54 KP < 45	  3 2,25 1,5 0,5 0
PIC	Ka. Rekam Medik	

Kepuasan Pelanggan (KP)

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	Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.	
	Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).	
	Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam	
	Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	(Hasil penilaian IKM dibagi Skala maksimal nilai IKM) x 100%	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	≥ 85%	
Kriteria Penilaian	KP (%) :	
	K ≥ 85	2
	70 < KP < 85	1.5
	55 < KP ≤ 70	1
	40 < KP ≤ 55	0.5
	KP ≤ 40	0
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.	

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	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.	
	Warna Merah :	
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.	
	Warna Kuning :	
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.	
	Warna Hijau :	
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.	
	Kriteria Penilaian :	
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau	
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar	
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori	
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam	
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari	
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari	
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	
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 %	1.5
	25 < KRK ≤ 50 %	1
	KRK < 25 %	0.5
	RS Non Pendidikan	
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	3
	50 < KRK ≤ 75 %	2.25
	25 < KRK ≤ 50 %	1.5
	KRK < 25 %	0.75
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	

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	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan.	
	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

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	
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 48 jam	
Kriteria Penilaian	WTE (jam) :	
	WTE ≤ 48	2
	48 < WTE ≤ 72	1.5
	72 < WTE ≤ 96	1
	96 < WTE ≤ 120	0.5
	WTE > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral	

Waktu Tunggu Pelayanan USG Mata

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 mulai mendaftar di loket pelayanan 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	
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 = 2 60 < WTUM $\leq 75$ --> skor = 1,5 75 < WTUM $\leq 90$ --> skor = 1 90 < WTUM $\leq 105$ --> skor = 0,5 WTUM > 105 --> skor = 0	  2 1,5 1 0,5 0
PIC	Kepala Instalasi Radiologi	



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	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 2 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL ≤ 2	2
	2 < WTPL ≤ 3	1.5
	3 < WTPL ≤ 4	1
	4 < WTPL ≤ 5	0.5
	WTPL > 5	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	

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	
Sumber Data	Instalasi Farmasi	
	Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 30 menit	
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) :	
	WTOJ ≤ 30	2
	30 < WTOJ ≤ 40	1.5
	40 < WTOJ ≤ 50	1
	50 < WTOJ ≤ 60	0.5
	WTOJ > 60	0
PIC	Ka. Inst. Farmasi	

Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 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	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 $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
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	$\left( \frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \times 100\% \right)$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	

Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sumber daya manusia	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kompetensi dan kapabilitas staf	
Dimensi Mutu	Pengembangan SDM, keselamatan pasien	
Tujuan	Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi	
Definisi operasional	Staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam / orang per tahun adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/ staf/tahun	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Numerator	Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun	
Denominator	Jumlah Staf nakes di area kritis	
Inklusi	Staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis RS	
Eksklusi	--	
Formula	$\left(\frac{\text{Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun}}{\text{Jumlah nakes di area kritis RS}}\right) \times 100\%$	
Sumber Data	a) Data kepegawaian unit kerja area kritis	
	b) Daftar/agenda diklat tahunan	
	c) Data staf yang ikut pelatihan	
	d) Laporan evaluasi kinerja staf	
Standar	2015 --> 60 %	
	2016 --> 70 %	
	2017 --> 80 %	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Hasil $\geq$ 70%	3
	60% $\leq$ Hasil < 70%	2.25
	50% $\leq$ Hasil < 60%	1.5
	40% $\leq$ Hasil < 50%	0.75
	Hasil < 40%	0
PIC	Ka Bid Diklat	

Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.	
	A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b> , adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi	
	B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b> , adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat	
	C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b> , adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut	
Frekuensi Pengumpulan Data	Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya	
	Tahunan	
	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
	OEE = (Ka x Ki x Ku) x 100%	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya	
	(b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 %	
	2016 --> 80 %	
	2017 --> 85%	
	2018 --> 90 %	
	2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	OEE ≥ 80%	2
	70% ≤ OEE < 80%	1.5
	60% ≤ OEE < 70%	1
	50% ≤ OEE < 60%	0.5
	OEE < 50%	0
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016:	
	OEE ≥ 80%	3
	70% ≤ OEE < 80%	2.25
	60% ≤ OEE < 70%	1.5
	50% ≤ OEE < 60%	0.75
	OEE < 50%	0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	

Tingkat Penilaian Proper

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sistem pengelolaan kesehatan lingkungan berbasis quality and safety	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah sakit	
Definisi operasional	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	
	Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan ( <i>beyond compliance</i> ). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Formula	Sesuai penilaian KLH	
	Undang-undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 06 Tahun 2013 Tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup	
Sumber Data	Umum dan Operasional	
Standar	2015 s.d 2019 --> Biru	
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 :	
	Emas ; Hijau ; Biru	2
	Merah	1.5
	Hitam	1
PIC	Ka Bagian Umum	

Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemapanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	• Basic/siloed 1 Enteprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalsi penunjang diagnostik	
	• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya	
	• Standar/ Integrated Entepriases : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement	
	• Advanced/ Extended Entepriases : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
	Integrated 1	1.8
	Siloed 2	1.2
	Siloed 1	0.6
PIC	Ka. Instalasi SIRS	

**KAMUS INDIKATOR KINERJA**  
**BADAN LAYANAN UMUM**  
**BALAI BESAR LABORATORIUM KESEHATAN**



AREA MUTU PELAYANAN

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	$(\text{Jumlah kegagalan pengambilan sampel uji} \div \text{Jumlah pengambilan sampel uji}) \times 100\%$	
Sumber Data	laporan kegagalan pengambilan sampel di PPC dan laporan jumlah pengambilan sampel	
Standar	KS < 5 %	
Kriteria Penilaian	KS (%) :  KS < 5 5 ≤ KS < 8 8 ≤ KS < 11 11 ≤ KS < 14 KS ≥ 14	  6 4,5 3 1,5 0
PIC	Kabid 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	
Sumber Data	Laporan pengulangan pemeriksaan	
Standar	APL < 5	
Kriteria Penilaian	APL :  APL < 5 5 ≤ APL < 10 10 ≤ APL < 15 15 ≤ APL < 20 AKS ≥ 20	  6 4,5 3 1,5 0
PIC	Kabid 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	
Sumber Data	kartu kendali	
Standar	$KPS \leq 15$ menit	
Kriteria Penilaian	KPS (menit) :  $KPS \leq 15$ $16 \leq KPS < 20$ $20 \leq KPS < 25$ $25 \leq KPS < 30$ $KPS \geq 30$	  6 4,5 3 1,5 0
PIC	Kabid 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%	
Sumber Data	Laporan PMI per bulan	
Standar	KPI ≥ 90%	
Kriteria Penilaian	KPI (%) :  KPI ≥ 90 80 ≤ KPI < 90 70 ≤ KPI < 80 60 ≤ KPI < 70 KPI < 60	  6 4,5 3 1,5 0
PIC	Kasie Pemantapan Mutu	

Tingkat kepesertaan penyelenggaraan PME (TKPP)

Area	Mutu Pelayanan	
Kategori Indikator	Pengendalian Mutu	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya mutu pemeriksaan	
Dimensi Mutu	Partisipasi peserta PME	
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	$(\text{Jumlah lab yang memberi jawaban dibagi Jumlah peserta yang mengikuti PME}) \times 100\%$	
Sumber Data	Hasil Jawaban PME	
Standar	$\text{TKPP} \geq 75\%$	
Kriteria Penilaian	TKPP (%) :  $\text{TKPP} \geq 75$ $60 \leq \text{TKPP} < 75$ $45 \leq \text{TKPP} < 60$ $30 \leq \text{TKPP} < 45$ $\text{TKPP} < 30$	  6 4,5 3 1,5 0
PIC	Kabid. 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	
Sumber Data	Laporan Kecelakaan Kerja	
Standar	AKK < 1	
Kriteria Penilaian	AKK :  AKK < 1 1 ≤ AKK < 2 2 ≤ AKK < 3 3 ≤ AKK < 4 4 ≤ AKK < 5 AKK ≥ 5	  5 4 3 2 1 0
PIC	Kabid Pelayanan	

AREA MANAGERIAL

Kepuasan Pelanggan (KP)

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>Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.</p> <p>Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).</p> <p>Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi pemerintah (KepMenPan nomor KEP-25/M.PAN/2/2004).</p>	
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester	
Numerator	Hasil penilaian IKM	
Denominator	Skala maksimal nilai IKM	
Inklusi	Pasien rawat inap yang telah dirawat inap 2 x 24 jam Pasien rawat jalan yang telah berkunjung lebih dari 1 kali	
Eksklusi	Pasien dengan gangguan jiwa, tidak sadar dan pasien anak yang belum mengerti survey	
Formula	$(\text{Hasil penilaian IKM} \div \text{Skala maksimal nilai IKM}) \times 100\%$	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	
Standar	$\geq 85\%$	
Kriteria Penilaian	<div>KP (%) :</div> <div>K <math>\geq 85</math> 70 &lt; KP &lt; 85 55 &lt; KP <math>\leq</math> 70 40 &lt; KP <math>\leq</math> 55 KP <math>\leq</math> 40</div>	<div>2 1,5 1 0,5 0</div>
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	

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	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.
	Warna Merah :
	cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.
	Warna Kuning :
	cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.
	Warna Hijau :
	tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.
	Kriteria Penilaian :
	1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau
	2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar
	3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori
	a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam
	b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari
	c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari
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



Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan	
Standar	> 75%	
Kriteria Penilaian		
	KRK (%):	
	75 < KRK ≤ 100 %	2
	50 < KRK ≤ 75 % --> skor = 1,5	1,5
	25 < KRK ≤ 50 % --> skor = 1	1
	KRK < 25 % --> skor = 0,5	0,5
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan	

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	
Sumber Data	Form Permintaan pemeriksaan laboratorium	
Standar	< 15 menit	
Kriteria Penilaian	WTP (menit) :  WTP < 15 15 ≤ WTP ≤ 80 20 ≤ WTP ≤ 100 25 ≤ WTP ≤ 120 WTP > 120	  2 1,5 1 0,5 0
PIC	Kabid 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	<p>Waktu layanan Pemeriksaan Mikrobiologi adalah rata-rata waktu layanan pemeriksaan mikrobiologi mulai dari sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan</p> <p>Eksklusi : pemeriksaan kultur TB</p>	
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan	
Formula	Jumlah kumulatif hari pemeriksaan dari sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan <i>dibagi</i> Jumlah seluruh pemeriksaan mikrobiologi	
Sumber Data	Form Permintaan pemeriksaan	
Standar	< 7 hari	
Kriteria Penilaian	WLM (hari) :  WLM < 7 7 ≤ WLM ≤ 9 9 ≤ WLM ≤ 11 11 ≤ WLM ≤ 13 WLM > 13	  3 2,25 1,5 0,75 0
PIC	Kabid 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	
Sumber Data	Form Permintaan pemeriksaan	
Standar	< 180 menit	
Kriteria Penilaian	WLPK (menit) :  WLPK < 180 180 ≤ WLPK ≤ 210 210 ≤ WLPK ≤ 240 240 ≤ WLPK ≤ 270 WLPK > 270	  3 2,25 1,5 0,75 0
PIC	Kabid 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	
Sumber Data	Form Permintaan pemeriksaan	
Standar	< 180 menit	
Kriteria Penilaian	WLI (menit) :  WLI < 180 180 ≤ WLI ≤ 210 210 ≤ WLI ≤ 240 240 ≤ WLI ≤ 270 WLI ≥ 270	3 2,25 1,5 0,75 0
PIC	Kabid 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	
Sumber Data	Form Permintaan pemeriksaan	
Standar	< 7 hari	
Kriteria Penilaian	WLKK (hari) :  WLKK < 7 7 ≤ WLKK ≤ 9 9 ≤ WLKK ≤ 11 11 ≤ WLKK ≤ 13 WLKK ≥ 13	  3 2,25 1,5 0,75 0
PIC	Kabid Pelayanan	

Waktu layanan pemeriksaan bidang Uji Kesehatan (WLUK)

Area	Manajerial	
Kategori indikator	Ketepatan waktu pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya ketepatan waktu pemeriksaan Uji Kesehatan	
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Mutu Pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pemeriksaan Uji kesehatan	
Definisi Operasional	Waktu layanan Pemeriksaan uji kesehatan adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan uji kesehatan mulai dari pendaftaran sampai keluar hasil pemeriksaan uji kesehatan.	
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan	
Formula	Jumlah kumulatif hari pemeriksaan dari sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan <i>dibagi</i> Jumlah seluruh pemeriksaan bidang uji kesehatan	
Sumber Data	Laporan Hasil Uji Kesehatan	
Standar	< 4 hari	
Kriteria Penilaian	WLUK (hari) :  WLUK < 4 4 ≤ WLUK ≤ 6 6 ≤ WLUK ≤ 8 8 ≤ WLUK ≤ 10 WLUK ≥ 10	  3 2,25 1,5 0,75 0
PIC	Kabid Pelayanan	

Waktu Layanan Pembuatan Media dan Reagensia (WLMR)

Area	Manajerial	
Kategori indikator	Ketepatan waktu pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya ketepatan waktu pembuatan media dan reagensia	
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Mutu Pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan bidang pembuatan media dan reagensia.	
Definisi Operasional	Waktu layanan Pembuatan media dan reagensia adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk pembuatan media dan reagensia mulai dari permintaan diterima sampai dengan hasil pembuatan selesai	
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan	
Formula	Jumlah kumulatif hari pembuatan media dan reagensia dari mulai permintaan diterima sampai hasil selesai <i>dibagi</i> Jumlah seluruh permintaan pembuatan media-reagensia	
Sumber Data	Laporan pembuatan media reagensia	
Standar	< 7 hari	
Kriteria Penilaian	WLMR (hari) :  WLMR < 7 7 ≤ WLMR ≤ 9 9 ≤ WLMR ≤ 11 11 ≤ WLMR ≤ 13 WLMR ≥ 13	  3 2,25 1,5 0,75 0
PIC	Kabid 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	
Sumber Data	Laporan permintaan media dan reagensia	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	TKMRD (%) :  TKMRD > 80 70 < TKMRD ≤ 80 60 < TKMRD ≤ 70 50 < TKMRD ≤ 60 TKMRD ≤ 50	  2 1,5 1 0,5 0
PIC	Kabag Keuangan dan Administrasi Umum	

Persentase Temuan Hasil Telusur lapangan BBLK yg ditindaklanjuti (TH

Area	Manajerial	
Kategori indikator	Temuan yang ditindaklanjuti	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terselenggaranya Telusur lapangan BBLK	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan	
Tujuan	Kesiapan dan tanggung jawab rumah BBLK agar seluruh sistem pelayanan laboratorium dan manajerial terstandarisasi akreditasi laboratorium kesehatan baik nasional maupun internasional.	
Definisi Operasional	Hasil telusur BBLK yang ditindaklanjuti adalah hasil telusur lapangan yang dilakukan oleh asesor internal dan eksternal baik telusur pelanggan, sistem, layanan laboratorium yang tidak sesuai standar dan elemen penilaian akreditasi yang segera dipenuhi agar sesuai standar akreditasi. Hasil temuan bisa berupa terpenuhi sebagian atau sama sekali tidak terpenuhi/tidak sesuai standar.	
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan	
Formula	$\frac{\text{(Hasil telusur rumah BBLK yang ditindaklanjuti dibagi Jumlah seluruh temuan telusur)}}{1} \times 100\%$	
Sumber Data	Laporan Audit Internal Bidang Pemantapan Mutu dan Bimtek	
Standar	> 80 %	
Kriteria Penilaian	THT (%) :  THT > 80 70 < THT ≤ 80 60 < THT ≤ 70 50 < THT ≤ 60 THT ≤ 50	  2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka.Bidang Pemantapan Mutu dan Bimtek	

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%	
Sumber Data	Laporan pemeriksaan menggunakan alat canggih	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	UALC (%) :  UALC > 80 70 < UALC ≤ 80 60 < UALC ≤ 70 50 < UALC ≤ 60 UALC ≤ 50	  3 2,25 1,5 0,75 0
PIC	Kabid Pelayanan	

Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Sarana dan prasarana	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisien, efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik	
Definisi operasional	<p>Tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.</p> <p>A. Ketersediaan (availability) : <b>Ke</b>, adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi</p> <p>B. Kinerja (performance) : <b>Ki</b>, adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat</p> <p>C. Kualitas (quality) : <b>Ku</b>, adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut</p> <p>Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian kehandalannya</p>	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Inklusi	Seluruh peralatan medis yang bernilai diatas Rp 500 juta	
Eksklusi	Peralatan medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta	
Formula	$OEE = (Ka \times Ki \times Ku) \times 100\%$	
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai kehandalannya (b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb	
Standar	2015 --> 80 % 2016 --> 80 % 2017 --> 85% 2018 --> 90 % 2019 --> 100 %	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 : OEE ≥ 80% 70% ≤ OEE < 80% 60% ≤ OEE < 70% 50% ≤ OEE < 60% OEE < 50%	2 1,5 1 0,5 0
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD	

Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi keamanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Basic/siloed 1 Enterprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalasi penunjang diagnostik</li></ul>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Siloed 2 : Infrasturktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya</li></ul>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Standar/ Integrated Enterprises : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement</li></ul>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Advanced/ Extended Enterprises : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.</li></ul>	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	Tahun 2016 :	
	Advanced --> skor = 2	2
	Integrated 2 --> skor = 1,6	1,6
	Integrated 1 --> skor = 1,2	1,2
	Siloed 2 --> skor = 0,8	0,8
	Siloed 1 --> skor = 0,4	0,4
PIC	Ka. Instalasi SIRS	



**DITJEN PELAYANAN KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI**