



Kementerian Kesehatan RI
Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan



Kamus Indikator Kinerja Rumah Sakit dan Balai

**KAMUS INDIKATOR KINERJA
RUMAH SAKIT DAN BALAI**

KAMUS INDIKATOR KINERJA RUMAH SAKIT

A. AREA KLINIS (49 INDIKATOR)

A. 1 Kepatuhan Terhadap Standart

A.1.1 Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	4
A.1.2 Persentase Kejadian Pasien Jatuh	5
A.1.3 Penerapan Keselamatan Operasi.....	6
A.1.4 Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	7
A.1.5 Penerapan Keselamatan <i>Electro Convulsive Teraphy</i> (ECT)/Detoksifikasi	8
A.1.6 Cedera/Trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri	9
A.1.7 Tidak Adanya Kejadian Salah sisi.....	10

A.2 Tingkat Pengendalian Infeksi di RS

A.2.1 Dekubitus	11
A.2.2 Infeksi Saluran Kencing (ISK)	12
A.2.3 Infeksi Daerah Operasi (IDO)	13
A.2.4 Ventilator Associated Pneumonia (VAP).....	14
A.2.5 Hospital Aquired Pneumonie (HAP).....	15
A.2.6 Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	16
A.2.7 Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Glaukoma	17
A.2.8 Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	18

A.3 Capaian Indikator Medik

A.3.1 Nett Death Rate (NDR).....	19
A.3.2 Kematian Pasien di IGD	20
A.3.3 Kejadian Kematian ibu persalinan karena perdarahan.....	21
A.3.4 Kejadian Kematian ibu persalinan karena pre-eklamsi/eklamsi	22
A.3.5 Kejadian Kematian ibu persalinan karena sepsis.....	23
A.3.6 Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	24
A.3.7 Kemampuan menangani BBLSR < 1500 gr	25
A.3.8 Tindakan operasi di ruang Neonatal Intensive Care Unit (NICU)	26
A.3.9 Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)	26a
A.3.10 Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi.....	27
A.3.11 Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium.....	28
A.3.12 Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 10 hari.....	29
A.3.13 Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari	30
A.3.14 Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap Psikiatri.....	31
A.3.15 Tidak adanya pasien yang difiksasi dalam 24 Jam dalam UPIP	32
A.3.16 Tingkat Pencegahan Kebutaan di IGD.....	33
A.3.17 Attachment Retina Post Operasi VPP.....	34
A.3.18 Pemberian pencegahan VTE pada pasien hip dan knee arthroplasty	35
A.3.19 Jumlah Pasien Kusta yang akan dioperasi rekontruksi	36

A.3.20	Prosentase Kesembuhan pasien reaksi kusta	37
A.3.21	Pemberian anti platelet < 48 Jam pada pasien stroke iskemik.....	38
A.3.22	Persentase Angka Kejadian Extravasasi dengan Pemberian kemoterapi melalui Intravena.....	39
A.3.23	Persentase jumlah kasus kanker servik yang didiskusikan oleh tim multidisiplin sebelum pengobatan definitif.	40
A.3.24	Persentase Capaian Indikator Penyakit TB.....	41
A.3.25	Persentase Capaian Indikator Penyakit Asma	42
A.3.26	Persentase Capaian Indikator Penyakit PPOK	43
A.3.28	Penanganan PPOK	44
A.4 Prosedur Penanganan Sampel Uji		
A.4.1	Kegagalan Pengambilan Sampel Uji (KS)	45
A.4.2	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (APL).....	46
A.4.3	Kecepatan Pendistribusian Sampel (KPS).....	47
A.5 Pengendalian Mutu		
A.5.1	Cakupan kegiatan pemantapan mutu internal (KPI).....	48
A.5.2	Tingkat kepesertaan penyelenggaraan PME (TKPP).....	59
A.5.3	Angka kejadian kecelakaan kerja pada petugas di Laboratorium (AKK)	50

B. AREA MANAGERIAL (43 INDIKATOR)

B.1 Utilisasi

B.1.1	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR).....	51
-------	--------------------------------------	----

B.2 Kepuasan Pelanggan

B.2.1	Kepuasan Pelanggan (KP)	52
B.2.2	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	53

B.3 Ketepatan Waktu Pelayanan

B.3.1	<i>Emergency Respon Time 2</i> (ERT).....	55
B.3.2	Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi.....	56
B.3.3	<i>Emergency Psychiatric Respon Time</i> (EPRT)	57
B.3.4	<i>Prevention of disability</i> (POD).....	58
B.3.5	Rerata Door to Balloon Time	59
B.3.6	Pemeriksaan CT Scan kepala pada pasien stroke < 1 jam.....	60
B.3.7	<i>Emergency Response Time</i> Kasus Onkologi.....	61
B.3.8	Waktu Tunggu Penanganan Luka Sepsis Pasien Kusta	62
B.3.9	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	63
B.3.10	Waktu Tunggu Pemeriksaan USG Mata (WTUM).....	64
B.3.11	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE).....	65
B.3.12	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	66
B.3.13	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium Leukemia Phenotyping(WTLP)	67
B.3.14	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	68
B.3.15	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)	69

B.3.16	Waktu Tunggu Pelayanan (WTP).....	70
B.3.17	Waktu Layanan Bidang Pemeriksaan Mikrobiologi (WLM)	71
B.3.18	Waktu Layanan Bidang Pemeriksaan Patologi Klinik (WLPK)	72
B.3.19	Waktu Layanan Bidang Pemeriksaan Imunologi (WLI).....	73
B.3.20	Waktu Layanan Pemeriksaan Bidang Kimia Kesehatan (WLKK)	74
B.3.21	Waktu layanan pemeriksaan bidang Uji Kesehatan (WLUK)	75
B.3.22	Waktu Layanan Pembuatan Media dan Reagensia (WLMR).....	76
B.3.23	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 Jam (PRM).....	77
B.4 Temuan Yang di Tindaklanjuti		
B.4.1	Persentase Temuan ketidakterediaan Media dan Reagensia yang ditindaklanjuti	78
B.4.2	Persentase Temuan Hasil Telusur Lapangan BBLK yang ditindaklanjuti	79
B.5 Tingkat Kehandalan Sumber Daya		
B.5.1	Ketepatan Kalibrasi alat laboratorium sesuai jadwal (KKA)	80
B.5.2	Utilisasi alat laboratorium canggih (UALC).....	81
B.6 Promotif & Preventif		
B.6.1	Insiden Katarak	82
B.6.2	Insiden Glaukoma	83
B.6.3	Jumlah Operasi Katarak (<i>Surgical Cataract Rate</i>).....	84
B.6.4	Persentase Pasien TB beresiko TB-HIV yang dikonseling (PTBP).....	85
B.7 Sumber Daya Manusia (SDM)		
B.7.1	Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 Jam/orang per tahun	86
B.8 Sarana dan Prasarana		
B.8.1	Tingkat Kehandalan Sarpras	87
B.8.2	Ketepatan Kalibrasi alat sesuai jadwal	88
B.8.3	Tingkat Penilaian Proper	89
B.9 Level IT		
B.9.1	Level IT Terintegrasi	90
B.10 Pendidikan		
B.10.1	Persentase Penelitian yang dipublikasi*	91
B.10.2	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran*	92
B.10.3	Persentase Dosen yang mendapat TOT*	93
B.11 Keuangan		
B.11.1	Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (PB)	94

A. AREA KLINIS

A. 1 Kepatuhan Terhadap Standar Pelayanan

A. 1.1 Kepatuhan terhadap Clinical Pathway

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik (<i>good clinical governanc</i>) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan (<i>continuoum of care</i>) dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis, mengurangi risiko proses asuhan klinis, mengurangi adanya variasi asuhan klinis dan memberikan asuhan klinis yang tepat waktu serta penggunaan sumber daya yg efisien dan konsisten sehingga menghasilkan mutu pelayanan yang tinggi dengan menggunakan praktek klinik yang berbasis bukti.
Definisi operasional	<p>Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah kepatuhan para staf medis/ DPJP dalam menggunakan clinical pathway untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis.</p> <p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.</p> <p>Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur dokumen :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada CP 2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik 3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi
Kriteria Penilaian	<p>Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi --> skor = 100</p> <p>Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi --> skor = 75</p> <p>Ada CP, belum diimplementasikan --> skor = 50</p> <p>Belum ada CP --> skor = 25</p>
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu

A. 1.2 : 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	<p>Tidak adanya kejadian pasien jatuh adalah tidak terjadinya pasien jatuh selama pasien mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit, baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi dsb.</p> <p>Ketika pasien baru pertama kali masuk perawatan maka dalam 24 jam harus dilakukan asesmen awal keperawatan dimana dalam asesmen tsb dapat diketahui kemungkinan pasien berisiko jatuh dengan skoring tertentu menggunakan instrumen penilaian risiko jatuh.</p> <p>Penilaian resiko jatuh menggunakan skala Morse untuk pasien dewasa, skala Humpty Dumpty untuk pasien anak - anak, dan skala jatuh untuk pasien geriatri. Tujuannya untuk dilakukan intervensi dan monitoring yang intensif terhadap pasien berisiko jatuh dan harus dilakukan re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	--
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 3 \%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil $\leq 3 \%$ \rightarrow skor = 100 $3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$ \rightarrow skor = 75 $9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$ \rightarrow skor = 50 $14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$ \rightarrow skor = 25 hasil $> 20 \%$ \rightarrow skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap
Referensi	Boushon, et.al., How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, 2012

A.1.3 : Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pembedahan di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan
Definisi operasional	<p>Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap <i>checklist</i> keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu disertai tandatangan dan penulisan jam pengisian
Denominator	Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi
Inklusi	Operasi yang dilakukan di ruang OK
Eksklusi	--
Formula	$(\text{Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu dibagi Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil < 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil < 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil < 80% → skor = 25 Hasil < 70% → skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral

A.1.4 : Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien JKN
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien JKN
Definisi operasional	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas) adalah kesesuaian penulisan resep oleh DPJP dengan Formularium Nasional untuk Pasien JKN
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas
Denominator	Jumlah total item resep (R/)
Inklusi	Pasien JKN
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} \div \text{jumlah total item resep (R/)}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\geq 80\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil $\geq 80\% \rightarrow$ skor = 100 $70\% \leq$ Hasil $< 80\% \rightarrow$ skor = 75 $60\% \leq$ Hasil $< 70\% \rightarrow$ skor = 50 $50\% \leq$ Hasil $< 60\% \rightarrow$ skor = 25 Hasil $< 50 \rightarrow$ skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Farmasi
Referensi	Kepmenkes RI nomor 328/Menkes/IX/2013 tentang Formularium Nasional

A.1.5 : Penerapan keselamatan *Electro Convulsive Teraphy (ECT) / Detoksifikasi*

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan tindakan ECT/Detoksifikasi yang berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien dilakukan tindakan ECT/Detoksifikasi
Tujuan	Terselenggaranya efektifitas dan keselamatan pasien yang dillakukan tindakan ECT/Detoksifikasi
Definisi operasional	<p>Keselamatan tindakan Electro Convulsive Teraphy (ECT)/Detoksifikasi adalah tindakan yang dilakukan sesuai dengan prosedur yang berlaku, sesuai dengan indikasi medis dan dilakukan oleh tenaga yang kompeten.</p> <p>Dengan melaksanakan pengisian <i>check list</i> persiapan dan tindakan ECT/detoksifikasi, evaluasi pasca ECT jangka baik pendek (fisik) dan jangka panjang (gangguan mental).</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	Telusur : Ada SOP tindakan ECT/detoksifikasi, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Ruang Tindakan ECT
Standar / Target	100%
Kriteria Penilaian	<p>Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten = 100%</p> <p>Ada SOP, sesuai indikasi, belum dilaksanakan oleh tenaga kompeten = 50%</p> <p>Tidak ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten = 25%</p> <p>Tidak ada SOP, tidak sesuai indikasi, tidak dilaksanakan tenaga kompeten = 0%</p>
PIC	Ka Ins Elektromedik / Ka. Instalasi Rawat Inap

A.1.6 : 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	$(\text{Jumlah pasien yang mengalami cedera/trauma fisik akibat fiksasi di UPIP} \div \text{Jumlah pasien yang dilakukan fiksasi di UPIP}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik dan UPIP
Standar	$\leq 1,5 \%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil $\leq 1,5\%$ --> skor = 100</p> <p>$1,5\% < \text{Hasil} \leq 5\%$ --> skor = 75</p> <p>$5\% < \text{Hasil} \leq 10\%$ --> skor = 50</p> <p>$10\% < \text{Hasil} \leq 15\%$ --> skor = 25</p> <p>Hasil $> 15\%$ --> skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap

A.1.7 : Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi

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

A. 2 : Tingkat Pengendalian Infeksi di RS

A. 2.1 : Dekubitus

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif
Definisi operasional	<p>Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS.</p> <p>Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)</p> <p>Kriteria :</p> <p>A. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus</p> <p>B. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :</p> <p>a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar</p> <p>b. Hasil kultur darah positif</p> <p>C. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kejadian dekubitus
Denominator	Jumlah hari tirah baring
Inklusi	Pasien rawat inap tirah baring
Eksklusi	Pasien yang masuk rawat inap RS sudah mengalami dekubitus
Formula	(Jumlah kejadian dekubitus dibagi Jumlah hari tirah baring) x 1000
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 1,5 \text{ ‰}$
Kriteria Penilaian	<p>hasil $\leq 1,5 \text{ ‰} \rightarrow$ skor = 100</p> <p>$1,5\text{‰} < \text{Hasil} \leq 5 \text{ ‰} \rightarrow$ skor = 75</p> <p>$5\text{‰} < \text{Hasil} \leq 10 \text{ ‰} \rightarrow$ skor = 50</p> <p>$10\text{‰} < \text{Hasil} \leq 15 \text{ ‰} \rightarrow$ skor = 25</p> <p>Hasil $> 15\text{‰} \rightarrow$ skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap
Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 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

A. 2. 2 : 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	<p>Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam</p> <p>Kriteria :</p> <p>A. Gejala dan Tanda :</p> <p>Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah</p> <p>B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)</p> <p>C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus</p> <p>D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur</p> <p>E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK</p> <p>F. Terapi dokter sesuai ISK</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
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 \leq 48 jam
Formula	(Jumlah kasus ISK dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	\leq 4.7 ‰
Kriteria Penilaian	<p>Hasil \leq 4.7 ‰ \rightarrow skor = 100</p> <p>4.7‰ < Hasil \leq 5.2‰ \rightarrow skor = 75</p> <p>5.2‰ < Hasil \leq 5.7‰ \rightarrow skor = 50</p> <p>5.7‰ < Hasil \leq 6.2‰ \rightarrow skor = 25</p> <p>Hasil > 6.2‰ \rightarrow skor = 0</p>
PIC	Ka unit pelayanan rawat inap/Ketua Komite/panitia/Tim PPI
Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 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

A. 2. 3 : Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Daerah operasi (IDO)
Definisi operasional	<p>Infeksi Daerah Operasi adalah Infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan satu tahun dengan implan pasca bedah.</p> <p>Kriteria :</p> <p>A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,</p> <p>B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,</p> <p>C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan</p> <p>D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Daerah Operasi (IDO)
Denominator	Jumlah kasus operasi
Inklusi	Kasus operasi
Eksklusi	prosedur sirkumsisi ; <i>stitch abscess</i>
Formula	(Jumlah kasus IDO dibagi Jumlah kasus operasi) x 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 2 % → skor = 100</p> <p>2% < Hasil ≤ 3% → skor = 75</p> <p>3% < Hasil ≤ 4% → skor = 50</p> <p>4% < Hasil ≤ 5% → skor = 25</p> <p>Hasil > 5 % → skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral dan ketua komite/ panitia/tim PPI
Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 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

A . 2. 4 : Ventilator Associated pneumonia (VAP)

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Definisi operasional	<p>Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.</p> <p>Kriteria :</p> <p>Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) tanpa ditemui penyebab lainnya. - Leukopenia ($< 4.000 \text{ WBC/mm}^3$) atau Leukositosis ($\geq 12.000 \text{ SDP/mm}^3$). - Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya. <p>Minimal disertai 2 dari tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240$), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator. <p>Dasar diagnosis :</p> <p>Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan > 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatoceles pada bayi berumur < 1 tahun</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kasus infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator
Inklusi	Pasien yang menggunakan Ventilator > 48 jam
Eksklusi	Pasien dengan riwayat Pneumonia Sebelumnya
Formula	$(\text{Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator}) \times 1000$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 5,8\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil $\leq 5.8 \%$ \rightarrow skor = 100 $5,8\% < \text{Hasil} \leq 8,3\% \rightarrow$ skor = 75 $8,3\% < \text{Hasil} \leq 10,8\% \rightarrow$ skor = 50 $10,8\% < \text{Hasil} \leq 13,6\% \rightarrow$ skor = 25 Hasil $> 13,6 \%$ \rightarrow skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI
Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. CDC NHSN, Maret 2011 2. buku pedoman PPI th 2011 3. buku pedoman surveilance infeksi RS Kemkes 2011 4. Center for Healthcare related infections surveilance and prevention

A. 2. 5 : 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 > 48 jam tanpa dilakukan intubasi dan sebelumnya tidak menderita infeksi saluran napas bawah</p> <p>Kriteria :</p> <p>Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) tanpa ditemui penyebab lainnya. - Leukopenia ($< 4.000 \text{ WBC/mm}^3$) atau Leukositosis ($\geq 12.000 \text{ SDP/mm}^3$). - Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya dan 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 (napas frekuen). - Rhonci basah atau suara napas bronchial. - Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O₂ ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240$), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator. <p>Dasar diagnosis :</p> <p>Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan > 2 foto serial :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infiltrat baru atau progresif yang menetap - Konsolidasi - Kavitasi - Pneumatoceles pada bayi berumur < 1 tahun
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	$(\text{Jumlah pasien yang terinfeksi pneumonia dibagi Jumlah hari rawat}) \times 1000$
Bobot KPI	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	< 1‰
Standar / Target	<p>Hasil < 1‰ \rightarrow skor = 100</p> <p>1‰ \leq Hasil \leq 1,3‰ \rightarrow skor = 75</p> <p>1,3‰ < Hasil \leq 1,6‰ \rightarrow skor = 50</p> <p>1,6‰ < Hasil \leq 1,9‰ \rightarrow skor = 25</p> <p>Hasil > 1,9‰ \rightarrow skor = 0</p>
PIC	Ka. Komite/Panitia/Tim PPI

A. 2. 6 : 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	$(\text{Jumlah kasus phlebitis dibagi Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap
Standar	$\leq 5 \%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil $\leq 5 \%$ \rightarrow skor = 100 $5\% < \text{Hasil} \leq 10\%$ \rightarrow skor = 75 $10\% < \text{Hasil} \leq 15\%$ \rightarrow skor = 50 $15\% < \text{Hasil} \leq 20\%$ \rightarrow skor = 25 Hasil $> 20\%$ \rightarrow skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap
Referensi	Intravenous Nurses Society (INS)

A. 2. 7 : Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Glaukoma

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunnya kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Glaukoma
Definisi operasional	Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Glaukoma adalah banyaknya kejadian infeksi endoftalmitis pada pasien pasca operasi glaukoma.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kasus Endoftalmitis pasca bedah Glaukoma
Denominator	Jumlah Pasien Operasi Glaukoma
Inklusi	Pasien dengan pembedahan glaukoma
Eksklusi	--
Formula	$(\text{Jumlah kasus Endoftalmitis pasca bedah Glaukoma} \div \text{Jumlah Pasien Operasi Glaukoma}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	0 %
Kriteria Penilaian	<p>hasil = 0% --> skor = 100</p> <p>0% < Hasil ≤ 5% --> skor = 75</p> <p>5% < Hasil ≤ 10% --> skor = 50</p> <p>10% < Hasil ≤ 15% --> skor = 25</p> <p>hasil > 15% --> skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI
Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 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

A. 2. 8 : Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak

Area	Klinis
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Menurunnya kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak
Definisi operasional	Endoftalmitis Post Operasi Katarak adalah kejadian timbulnya endoftalmitis setelah dilakukannya operasi Katarak
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah Endoftalmitis pasca bedah Katarak
Denominator	Jumlah Pasien Operasi Katarak
Inklusi	Pasien dengan pembedahan katarak
Eksklusi	--
Formula	$(\text{Jumlah Endoftalmitis pasca bedah katarak dibagi Jumlah pasien operasi katarak}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	0 %
Kriteria Penilaian	<p>hasil = 0% --> skor = 100</p> <p>0% < Hasil ≤ 5% --> skor = 75</p> <p>5% < Hasil ≤ 10% --> skor = 50</p> <p>10% < Hasil ≤ 15% --> skor = 25</p> <p>hasil > 15% --> skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI
Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 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

A. 3 : Capaian Indikator Medik

A. 3. 1 : 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 \leq 48 Jam
Formula	$(\text{Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap} > 48 \text{ jam} / \text{Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati}) \times 1000$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 24 \text{ ‰}$
Kriteria Penilaian	hasil $\leq 24\text{‰}$ \rightarrow skor = 100 $24\text{‰} < \text{Hasil} \leq 40\text{‰}$ \rightarrow skor = 75 $40\text{‰} < \text{Hasil} \leq 65\text{‰}$ \rightarrow skor = 50 $65\text{‰} < \text{Hasil} \leq 70\text{‰}$ \rightarrow skor = 25 Hasil $> 70\text{‰}$ \rightarrow skor = 0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

A. 3. 2 : Kematian Pasien di IGD

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

A. 3.3 : 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	Kejadian Kematian Ibu Persalinan karena perdarahan adalah jumlah kematian ibu melahirkan yang disebabkan perdarahan. Perdarahan yang dimaksud adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan
Inklusi	Semua pasien persalinan dengan perdarahan
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan dibagi total Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan) X 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Perdarahan $\leq 1\%$
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 1\% \rightarrow$ skor = 100 $1\% < \text{Hasil} \leq 3\% \rightarrow$ skor = 75 $3\% < \text{Hasil} \leq 6\% \rightarrow$ skor = 50 $6\% < \text{Hasil} \leq 10\% \rightarrow$ skor = 25 Hasil $> 10\% \rightarrow$ skor = 0
PIC	Ka. Instalasi Gawat Darurat / Ka. Dept Obsgyn

A. 3. 4 : 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> <ol style="list-style-type: none"> Tekanan darah sistolik > 160 mg dan diastolik > 120 mmHg Proteinuria > 5 mg/24 jam dan Positif 3 atau 4 pada pemeriksaan kualitatif Oedem tungkai <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	Jumlah kematian pasien persalinan karena pre-eklampsia/ eklampsia dibagi total Jumlah pasien persalinan dengan pre-eklampsia/ eklampsia X 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Preeklamsi/eklamsi ≤ 30 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≤ 30% → skor = 100</p> <p>30% < Hasil ≤ 35% → skor = 75</p> <p>35% < Hasil ≤ 40% → skor = 50</p> <p>40% < Hasil ≤ 45% → skor = 25</p> <p>hasil > 45% → skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Gawat Darurat / Ka. Dept Obsgyn

B. 3. 5 : 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	Kejadian kematian ibu persalinan karena sepsis adalah jumlah kematian ibu melahirkan yang disebabkan sepsis Sepsis yang dimaksud adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh penolong persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan sepsis
Inklusi	pasien persalinan dengan sepsis
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis dibagi Jumlah pasien persalinan dengan sepsis) X 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Sepsis \leq 0,2 %
Kriteria Penilaian	Hasil \leq 0,2% \rightarrow skor = 100 0,2% < Hasil \leq 1,0% \rightarrow skor = 75 1,0% < Hasil \leq 2,0% \rightarrow skor = 50 2,0% < Hasil \leq 3,0% \rightarrow skor = 25 Hasil > 3,0% \rightarrow skor = 0
PIC	Ka. Instalasi Gawat Darurat / Ka. Dept Obsgyn

A. 3. 6 : Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 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 BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Inklusi	Bayi dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Eksklusi	--
Formula	$(\text{Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani} \div \text{jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	> 90 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil > 90% → skor = 100</p> <p>80% < Hasil ≤ 90% → skor = 75</p> <p>70% < Hasil ≤ 80% → skor = 50</p> <p>60% < Hasil ≤ 70% → skor = 25</p> <p>Hasil < 60% → skor = 0</p>
PIC	Ka. IGD

A. 3. 7 : Kemampuan menangani BLSR < 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 BLSR
Definisi operasional	BLSR adalah bayi yang lahir di RSAB Harapan Kita dengan berat badan sangat rendah yaitu < 1500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah BLSR < 1500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	jumlah BLSR < 1500 gr yang ditangani
Inklusi	Bayi dengan Berat Badan < 1500 gr
Eksklusi	--
Formula	Jumlah BLSR < 1500 gr yang berhasil ditangani dibagi jumlah BLSR < 1500 gr yang ditangani x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 60%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil ≥ 60% → skor = 100</p> <p>50% ≤ Hasil < 60 % → skor = 90</p> <p>40% ≤ Hasil < 50% → skor = 80</p> <p>30% ≤ Hasil < 40% → skor = 60</p> <p>Hasil < 30% → skor = 25</p>
PIC	Ka. NICU

A. 3. 8 : Tindakan operasi di ruang Neonatal Intensive Care Unit (NICU)

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

A. 3. 9 : 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	<p>Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.</p> <p>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</p>
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	$(\text{Jumlah lembar resep yang teridentifikasi kesalahan setelah diverifikasi} / \text{Jumlah lembar resep yang ditulis dokter}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Farmasi ; sampling dilakukan bila jumlah lembar resep > 50 per bulan
Standar	< 5%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil < 5% → skor = 100</p> <p>5% ≤ Hasil < 10% → skor = 75</p> <p>10% ≤ Hasil < 15% → skor = 50</p> <p>15% ≤ Hasil < 20% → skor = 25</p> <p>Hasil ≥ 20 % → skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Farmasi

A. 3.10 : Waktu Laporan 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	<p>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).</p> <p>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</p> <p>Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.</p> <p>RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	$(\text{Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan} < 60 \text{ menit} / \text{Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis}) \times 100$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100</p> <p>90% ≤ Hasil < 100% → skor = 75</p> <p>80% ≤ Hasil < 90% → skor = 75</p> <p>70% ≤ Hasil < 80% → skor = 75</p> <p>Hasil < 70% → skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi radiologi

A. 3. 11 : 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	<p>Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis patologi klinik sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).</p> <p>Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik</p> <p>Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.</p> <p>RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	$(\text{Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan} < 30 \text{ menit} / \text{Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis}) \times 100 \%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100</p> <p>90% ≤ Hasil < 100% → skor = 75</p> <p>80% ≤ Hasil < 90% → skor = 75</p> <p>70% ≤ Hasil < 80% → skor = 75</p> <p>Hasil < 70% → skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi laboratorium

A. 3. 12 : 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	$\{(Jumlah\ seluruh\ pasien\ yang\ di\ rawat\ inap\ di\ UPIP\ dikurangi\ jumlah\ pasien\ yang\ dirawat\ > 10\ hari)\} \div \{Jumlah\ seluruh\ yang\ pasien\ yang\ dirawat\ inap\ di\ UPIP\} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik dan UPIP
Standar	$\geq 90\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil $\geq 90\%$ → skor = 100</p> <p>$80\% \leq Hasil < 90\%$ → skor = 75</p> <p>$70\% \leq Hasil < 80\%$ → skor = 50</p> <p>$60\% \leq Hasil < 70\%$ → skor = 25</p> <p>Hasil $< 60\%$ → skor = 0</p>
PIC	Ka. Inst Rawat Inap

A. 3. 13 : 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	$\left(\frac{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap psikiatri dikurangi jumlah pasien yang dirawat > 42 hari}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap psikiatri}} \right) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik dan Instalasi Rawat Inap
Standar	$\geq 90\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil $\geq 90\% \rightarrow$ skor = 100 $80\% \leq$ Hasil $< 90\% \rightarrow$ skor = 75 $70\% \leq$ Hasil $< 80\% \rightarrow$ skor = 50 $60\% \leq$ Hasil $< 70\% \rightarrow$ skor = 25 Hasil $< 60\% \rightarrow$ skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap

A. 3. 14 : 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	$\frac{\{(Jumlah\ seluruh\ pasien\ rawat\ inap\ psikiatri\ dikurangi\ Jumlah\ pasien\ yang\ meninggal\ karena\ bunuh\ diri)\}}{Jumlah\ seluruh\ pasien\ rawat\ inap\ psikiatri} \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik dan Instalasi Rawat Inap
Standar / Target	$\geq 90\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil $\geq 90\%$ → skor = 100</p> <p>$80\% \leq Hasil < 90\%$ → skor = 75</p> <p>$70\% \leq Hasil < 80\%$ → skor = 50</p> <p>$60\% \leq Hasil < 70\%$ → skor = 25</p> <p>Hasil $< 60\%$ → skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap

A. 3. 15 : 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	$[(\text{Jumlah seluruh pasien di UPIP dikurangi Jumlah pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam}) \div \text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat di UPIP}] \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik dan UPIP
Standar	$\geq 95\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil $\geq 95\% \rightarrow$ skor = 100 $76\% \leq$ Hasil $< 95\% \rightarrow$ skor = 75 $51\% \leq$ Hasil $< 76\% \rightarrow$ skor = 50 $26\% \leq$ Hasil $< 51\% \rightarrow$ skor = 25 Hasil $< 26\% \rightarrow$ skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi rawat inap

A. 3. 16 : Tingkat Pencegahan Kebutaan di IGD

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

A. 3. 17 : Attachment Retina Post Operasi VPP

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

A. 3. 18 : 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 arthroplasty
Inklusi	Pasien yang dilakukan tindakan operasi hip dan knee arthroplasty
Eksklusi	--
Formula	$(\text{Jumlah pasien yang diberi VTE pada operasi Hip \& Knee arthroplasty} / \text{Jumlah pasien yang dioperasi Hip \& Knee arthroplasty}) \times 100\%$.
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data
Standar	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100</p> <p>90% ≤ Hasil < 100% → skor = 75</p> <p>80% ≤ Hasil < 90% → skor = 50</p> <p>70% ≤ Hasil < 80% → skor = 25</p> <p>Hasil < 70% → skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap

A. 3. 19 : 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
Ekklusi	--
Formula	(Seluruh operasi rekonstruksi yang dilakukan dalam 1 bulan dibagi Jumlah pasien yang menunggu untuk dilakukan operasi rekonstruksi yang dirujuk dari puskesmas ke RS kusta) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar / Target	100%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil = 100% → skor = 100</p> <p>90% ≤ Hasil < 100% → skor = 75</p> <p>80% ≤ Hasil < 90% → skor = 50</p> <p>70% ≤ Hasil < 80% → skor = 25</p> <p>Hasil < 70% → skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Bedah

A. 3. 20 : 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	Waktu Pemulihan pasien reaksi kusta diinstalasi Rawat Inap dan ditatalaksana oleh dokter DPJP sejak masuk kedalam ruang rawat inap Yang dimaksud dengan reaksi kusta adalah keadaan menurunnya daya tahan tubuh pasien akibat M. Leprae yang menimbulkan reaksi hypersensitivitas yang ditandai dengan demam, nyeri dan perubahan struktur kulit yang bila tidak ditatalaksana dapat menimbulkan cacat.
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
Ekklusi	--
Formula	$(\text{Jumlah Pasien yang pemulihan reaksi kusta di instalasi rawat inap dalam 1 bulan} \div \text{Seluruh pasien reaksi kusta di rawat inap}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar / Target	100%
Kriteria Penilaian	hasil = 100% → skor = 100 90% ≤ Hasil < 100% → skor = 75 80% ≤ Hasil < 90% → skor = 50 70% ≤ Hasil < 80% → skor = 25 Hasil < 70% → skor = 0
PIC	Ka. Rawat Inap

A. 3. 21 : Pemberian anti platelet < 48 jam pada pasien stroke iskemik

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

A. 3. 22 : 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, manajemen 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	$(\text{Jumlah kejadian Ektravasasi} \div \text{Jumlah seluruh sample atau seluruh pasien yang diberikan khemo terapi melalui intavena}) \times 100 \%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data Instalasi Rawat Inap, Sampling dilakukan jika jumlah pasien > 50 pasien
Standar	$\leq 5\%$
Kriteria Penilaian	<p>Hasil $\leq 5\%$ --> skor = 100 $5\% < \text{Hasil} \leq 7\%$ --> skor = 75 $7\% < \text{Hasil} \leq 9\%$ --> skor = 50 $9\% < \text{Hasil} \leq 11\%$ --> skor = 25 Hasil $> 11\%$ --> skor = 0</p>
PIC	Ka. Rawat Inap

A. 3. 23 : 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	1. Pasien Kanker serviks yang meninggal sebelum terapi pertama dimulai. 2. Pasien dengan histopathological FIGO stadium IA1
Formula	(Jumlah kasus pasien kanker serviks yang didiskusikan oleh tim multidisiplin sebelum pengobatan definitif dibagi Jumlah seluruh pasien dengan kanker serviks) x 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data, Sampling dilakukan jika jumlah pasien > 50 pasien
Standar	≥ 95%
Kriteria Penilaian	Hasil ≥ 95% → skor = 100 85% ≤ Hasil < 95% → skor = 75 75% ≤ Hasil < 85% → skor = 50 65% ≤ Hasil < 75% → skor = 25 Hasil < 65% → skor = 0
PIC	Ka. Pelayanan Medik

A. 3. 24 : 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	$\left(\frac{\text{Jumlah pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh}}{\text{Jumlah seluruh pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati}} \right) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik ; Catatan Data
Standar	> 85 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil > 85% → skor= 100 75% < Hasil ≤ 85% → skor = 75 50% < Hasil ≤ 75% → skor = 50 25% < Hasil ≤ 50% → skor = 25 Hasil ≤ 25% → skor = 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Rawat Jalan/Rawat Inap

A. 3. 25 : Persentase Capaian Indikator Penyakit Asma

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

A. 3. 26 : 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	$(\text{Jumlah pasien baru PPOK yang ditatalaksana berhenti merokok} \div \text{Jumlah seluruh pasien yang baru didiagnosis PPOK}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	> 70 %
Kriteria Penilaian	<p>Hasil > 70% → skor= 100 60% < Hasil ≤ 70% → skor = 75 50% < Hasil ≤ 60% → skor = 50 40% < Hasil ≤ 50% → skor = 25 Hasil ≤ 40% → skor = 0</p>
PIC	Ka. Pelayanan Medik

A.3.27 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	Terseleenggaranya 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 irreversibel, sehingga penanganan yang tepat dan komprehensif dapat meningkatkan kualitas hidup pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien PPOK yang ditangani sesuai dengan SOP atau clinical pathway di instalasi rawat inap
Denominator	Jumlah seluruh pasien PPOK di instalasi rawat inap
Inklusi	Seluruh pasien PPOK di instalasi rawat inap
Eksklusi	Penyakit PPOK dengan penyulit
Formula	$(\text{Jumlah pasien PPOK yang ditangani sesuai dengan SOP/CP di instalasi rawat inap} / \text{Jumlah seluruh pasien PPOK di instalasi rawat inap}) \times 100 \%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	> 75%
Kriteria Penilaian	Hasil > 75% → skor = 100 50% < Hasil ≤ 75% → skor = 75 25% < Hasil ≤ 50% → skor = 50 Hasil ≤ 25% → skor = 25
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap

A. 4 Prosedur Penanganan Sampel Uji

A. 4.1 : 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	$(\text{Jumlah kegagalan pengambilan sampel uji} \div \text{Jumlah pengambilan sampel uji}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	laporan kegagalan pengambilan sampel di PPC dan laporan jumlah pengambilan sampel
Standar	KS < 5 %
Kriteria Penilaian	KS (%) : KS < 5 --> skor = 100 5 ≤ KS < 8 --> skor = 75 8 ≤ KS < 11 --> skor = 50 11 ≤ KS < 14 --> skor = 25 KS ≥ 14 --> skor = 0
PIC	Kabid Pelayanan

A. 4. 2 : Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (APL)

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

A. 4. 3 : Kecepatan Pendistribusian Sampel (KPS)

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

A. 5 Pengendalian Mutu

A. 5. 1 : 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	$(\text{Jumlah Parameter pemeriksaan yang dilakukan PMI} \div \text{Jumlah parameter pemeriksaan keseluruhan}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan PMI per bulan
Standar	KPI \geq 90%
Kriteria Penilaian	KPI (%) : KPI \geq 90 --> skor = 100 $80 \leq$ KPI < 90 --> skor = 75 $70 \leq$ KPI < 80 --> skor = 50 $60 \leq$ KPI < 70 --> skor = 25 KPI < 60 --> skor = 0
PIC	Kasie Pemantapan Mutu

A. 5. 2 : 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	$(\text{Jumlah lab yang memberi jawaban dibagi Jumlah peserta yang mengikuti PME}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Hasil Jawaban PME
Standar	TKPP $\geq 75\%$
Kriteria Penilaian	TKPP (%) : TKPP ≥ 75 --> skor = 100 $60 \leq \text{TKPP} < 75$ --> skor = 75 $45 \leq \text{TKPP} < 60$ --> skor = 50 $30 \leq \text{TKPP} < 45$ --> skor = 25 TKPP < 30 --> skor = 0
PIC	Kabid. Pemantapan Mutu dan Bimtek

A. 5. 3 : Angka kejadian kecelakaan kerja pada petugas di Laboratorium (AKK)

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

B. AREA MANAGERIAL (43 indikator)

B. 1 Utilisasi

B. 1. 1 : 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 x Jumlah hari dalam satu periode
Inklusi	--
Eksklusi	--
Formula	$\left[\frac{\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode}} \right] \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	Parameter ideal : 70 – 80 %
Kriteria Penilaian	BOR (%) : BOR \geq 100 --> skor = 25 90 \leq BOR < 100 --> skor = 50 80 \leq BOR < 90 --> skor = 75 70 \leq BOR < 80 --> skor = 100 60 \leq BOR < 70 --> skor = 75 50 \leq BOR < 60 --> skor = 50 BOR < 50 --> skor = 25
PIC	Ka Ins Rawat Inap ; Ka Rekam Medik

B. 2 : Kepuasan Pelanggan

B. 2. 1 : 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	(Hasil penilaian IKM dibagi Skala maksimal nilai IKM) x 100%
Bobot	
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan
Standar	≥ 85%
Kriteria Penilaian	<p>KP (%) :</p> <p>$K \geq 85 \rightarrow \text{skor} = 100$</p> <p>$70 < KP < 85 \rightarrow \text{skor} = 75$</p> <p>$55 < KP \leq 70 \rightarrow \text{skor} = 50$</p> <p>$40 < KP \leq 55 \rightarrow \text{skor} = 25$</p> <p>$KP \leq 40 \rightarrow \text{skor} = 0$</p>
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.

B. 2. 2 : Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Kepuasan Pelanggan
Perspektif	Customer
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
Definisi operasional	<p>Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/ dampak risiko berupa ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/grading/dampak risiko.</p> <p>Warna Merah : cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.</p> <p>Warna Kuning : cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.</p> <p>Warna Hijau : tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.</p> <p>Kriteria Penilaian :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau 2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar 3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori <ol style="list-style-type: none"> a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari 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	$(KKM + KKK + KKH) : 3$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan
Standar	> 75%
Kriteria Penilaian	KRK (%) : 75 < KRK ≤ 100 % --> skor = 100 50 < KRK ≤ 75 % --> skor = 75 25 < KRK ≤ 50 % --> skor = 50 KRK < 25 % --> skor = 25
PIC	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan

B. 3 : Ketepatan Waktu Pelayanan

B. 3. 1 : 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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD) Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 120 menit
Kriteria Penilaian	ERT (menit) : ERT ≤ 120 --> skor = 100 120 < ERT ≤ 240 --> skor = 75 240 < ERT ≤ 360 --> skor = 50 360 < ERT ≤ 480 --> skor = 25 ERT > 480 --> skor = 0
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat

B. 3. 2 : 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. Kegawatdaruratan respirasi adalah penyakit atau kondisi pada saluran pernapasan / respirasi dan atau paru yang dapat menimbulkan distress atau gagal napas yang mengancam jiwa, misalnya : Pneumothorax, effuse pleura massif, asma acute, PPOK eksaserbasi akut dan hemoptisis massif
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 kegawatdaruratan respirasi
Inklusi	Pasien IGD dengan kasus kegawatdaruratan 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 kegawatdaruratan respirasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD) Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	ERRT (menit) : ERRT ≤ 30 → skor = 100 30 < ERRT ≤ 45 → skor = 70 45 < ERRT ≤ 60 → skor = 40 ERRT > 60 → skor = 0
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat

B. 3. 3 : Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)

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

B. 3. 4 : Prevention of disability (POD)

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

B. 3. 5 : Rerata Door to Balloon Time

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 angioplasti
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 angioplasti / jumlah pasien yang menjalani angioplasti sesuai indikasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
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 --> skor = 100 120 < ERT ≤ 150 --> skor = 75 150 < ERT ≤ 180 --> skor = 50 180 < ERT ≤ 240 --> skor = 25 ERT > 240 --> skor = 0
PIC	Bagian Register EMG

B. 3. 6 : Pemeriksaan CT Scan kepala pada pasien stroke < 1 jam

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

B. 3. 7 : 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	<p>Adalah jumlah waktu yang dibutuhkan dalam penanganan pasien kanker sejak pasien ditetapkan dalam kondisi kegawatdaruratan onkologi sampai mendapatkan terapi definitif sesuai program pengobatan</p> <p>Kegawatdaruratan Onkologi adalah kondisi klinis diakibatkan oleh adanya kelainan metabolik, neorologi, jantung - paru, Hematologi, dan sistem imun yang disebabkan penyakit kanker atau pengobatannya yang memerlukan tatalaksana segera untuk mencegah terjadinya kematian atau memburuknya kualitas hidup</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang dibutuhkan dalam penanganan pasien dengan kegawatdaruratan onkologi periode tertentu
Denominator	Jumlah seluruh pasien dengan kegawatdaruratan onkologi
Inklusi	Inklusi : Kasus pasien IGD dengan trombositopenia ($\leq 20,000$ g/l), Hyperlekositosis($> 100,000$ g/l)
Eksklusi	Pasien bukan kanker
Formula	Jumlah kumulatif waktu yang dibutuhkan dalam penanganan pasien dengan kegawatdaruratan onkologi periode tertentu dibagi jumlah seluruh pasien dengan kegawatdaruratan onkologi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	IGD, Sampling jika jumlah pasien > 50
Standar	≤ 180 menit
Kriteria Penilaian	<p>ERT (menit) :</p> <p>ERT ≤ 180 --> skor = 100 180 < ERT ≤ 210 --> skor = 75 210 < ERT ≤ 240 --> skor = 50 240 < ERT ≤ 270 --> skor = 25 ERT > 270 --> skor = 0</p>
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat

B. 3. 8 : Waktu Tunggu Penanganan Luka Sepsis Pasien Kusta

Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penjadwalan pelayanan operasi luka sepsis kusta.
Definisi operasional	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%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Poli Klinik Luka
Standar	≤ 48 Jam
Kriteria Penilaian	<p>Waktu Tunggu Operasi Luka Sepsis (Jam) :</p> <p>WTE ≤ 48 --> 100 48 < WTE ≤ 72 --> 75 72 < WTE ≤ 96 --> 50 96 < WTE ≤ 120 --> 25 WTE > 120 --> 0</p>
PIC	Ka. Instalasi Luka

B. 3. 9 : Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan pada hari kerja yang mudah dan cepat di akses oleh pasien
Definisi operasional	Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ) adalah rata-rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dilayani dokter.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah waktu pasien yang sudah terdaftar sejak tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau seluruh pasien rawat jalan
Inklusi	Pasien rawat jalan yang telah selesai melakukan pendaftaran
Eksklusi	Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan, atau saat dipanggil.
Formula	Jumlah waktu sejak pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien rawat jalan
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 60 Menit
Kriteria Penilaian	WTRJ (menit) : WTRJ ≤ 60 --> skor = 100 60 < WTRJ ≤ 80 --> skor = 75 80 < WTRJ ≤ 100 --> skor = 50 100 < WTRJ ≤ 120 --> skor = 25 WTRJ > 120 --> skor = 0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan

B. 3. 10 : Waktu Tunggu Pemeriksaan USG Mata (WTUM)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan USG Mata
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan USG Mata adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan pasien 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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 60 Menit
Kriteria Penilaian	WTUM (menit) : $WTOJ \leq 60 \rightarrow \text{skor} = 100$ $60 < WTUM \leq 75 \rightarrow \text{skor} = 75$ $75 < WTUM \leq 90 \rightarrow \text{skor} = 50$ $90 < WTUM \leq 105 \rightarrow \text{skor} = 25$ $WTUM > 105 \rightarrow \text{skor} = 0$
PIC	Kepala Instalasi Radiologi

B. 3. 11 : Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan bedah dalam penjadwalan operasi.
Definisi operasional	Waktu Tunggu Operasi Elektif adalah Rata-rata tenggat waktu sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai dengan operasi dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah waktu tunggu operasi yang terencana
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien dengan operasi yang terencana
Inklusi	Pasien yang masuk rawat inap dengan rencana operasi
Eksklusi	Operasi dibatalkan karena kondisi pasien yang tidak memungkinkan dilakukan operasi, ditunda/dibatalkan atas permintaan keluarga, fasilitas (ruangan atau peralatan tidak dapat dipakai disebabkan kondisi diluar kendali manajemen)
Formula	Jumlah waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien dengan operasi yang terencana
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 48 jam
Kriteria Penilaian	WTE (jam) : WTE ≤ 48 --> skor = 100 48 < WTE ≤ 72 --> skor = 75 72 < WTE ≤ 96 --> skor = 50 96 < WTE ≤ 120 --> skor = 25 WTE > 120 --> skor = 0
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral

B. 3. 12 : Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi.
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan radiologi adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan pasien mulai mendaftar di loket radiologi dilanjutkan dengan pemeriksaan oleh radiografer sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise dan divalidasi dokter spesialis radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu mulai pasien mendaftar di loket radiologi sampai dengan keluar hasil yang sudah diekspertise
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan radiologi konvensional
Inklusi	pemeriksaan radiologi konvensional
Eksklusi	
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu mulai pasien mendaftar di loket radiologi sampai dengan keluar hasil ekspertise dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan radiologi konvensional
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Radiologi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 3 Jam
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) : $WTPR \leq 3 \rightarrow \text{skor} = 100$ $3 < WTPR \leq 4 \rightarrow \text{skor} = 75$ $4 < WTPR \leq 5 \rightarrow \text{skor} = 50$ $5 < WTPR \leq 6 \rightarrow \text{skor} = 25$ $WTPR > 6 \rightarrow \text{skor} = 0$
PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik

B. 3. 13 : Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium Leukemia Phenotyping (WTLP)

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

B. 3. 14 : 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 diekspertise dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan darah rutin
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Laboratorium Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 2 Jam
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) : WTPL ≤ 2 --> skor = 100 2 < WTPL ≤ 3 --> skor = 75 3 < WTPL ≤ 4 --> skor = 50 4 < WTPL ≤ 5 --> skor = 25 WTPL > 5 --> skor = 0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium

B. 3. 15 : Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan resep obat jadi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan resep obat jadi adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien menyerahkan resep obat di loket apotek sampai dengan menerima/mendapatkan obat jadi dari petugas farmasi di apotik rawat jalan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien menyerahkan resep di loket apotek sampai dengan menerima obat
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh resep obat jadi
Inklusi	Semua resep obat jadi di apotik rawat jalan
Eksklusi	Obat kemoterapi ; resep pasien rawat inap
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien menyerahkan resep di loket apotek sampai dengan menerima obat dibagi jumlah seluruh sample atau Jumlah seluruh pasien yang menyerahkan resep obat jadi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Farmasi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	WTOJ (menit) : WTOJ ≤ 30 --> skor = 00 30 < WTOJ ≤ 40 --> skor = 75 40 < WTOJ ≤ 50 --> skor = 50 50 < WTOJ ≤ 60 --> skor = 25 WTOJ > 60 --> skor = 0
PIC	Ka. Inst. Farmasi

B. 3. 16 : Waktu Tunggu Pelayanan (WTP)

Area	Manajerial
Kategori indikator	Ketepatan waktu pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya ketepatan waktu tunggu pelayanan
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan laboratorium pada hari kerja yang mudah dan cepat di akses oleh pelanggan.
Definisi Operasional	Waktu Tunggu Pelayanan (WTP) adalah rata-rata waktu tunggu pasien sejak mendaftar sampai mendapatkan pelayanan dibagian sampling
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelanggan sampai mendapatkan pelayanan dibagian sampling <i>Dibagi</i> Jumlah seluruh pelanggan yang mendapat pelayanan
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Form Permintaan pemeriksaan laboratorium
Standar	< 15 menit
Kriteria Penilaian	WTP (menit) : WTP < 15 --> skor = 100 15 ≤ WTP ≤ 80 --> skor = 75 20 ≤ WTP ≤ 100 --> skor = 50 25 ≤ WTP ≤ 120 --> skor = 25 WTP > 120 --> skor = 0,5
PIC	Kabid Pelayanan

B. 3. 17 : Waktu Layanan Bidang Pemeriksaan Mikrobiologi (WLM)

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

B. 3. 18 : 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 Patologi klinik
Definisi Operasional	Waktu layanan Pemeriksaan Patologi Klinik adalah rata-rata waktu layanan pemeriksaan saat mulai sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	Jumlah kumulatif waktu (menit) pemeriksaan dari sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan <i>dibagi</i> Jumlah seluruh pemeriksaan patologi klinik
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Form Permintaan pemeriksaan
Standar	< 180 menit
Kriteria Penilaian	WLPK (menit) : WLPK < 180 --> skor = 100 180 ≤ WLPK ≤ 210 --> skor = 75 210 ≤ WLPK ≤ 240 --> skor = 50 240 ≤ WLPK ≤ 270 --> skor = 25 WLPK > 270 --> skor = 0
PIC	Kabid Pelayanan

B. 3. 19 : Waktu Layanan Bidang Pemeriksaan Imunologi (WLI)

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

B. 3. 20 : Waktu Layanan Pemeriksaan Bidang Kimia Kesehatan (WLKK)

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

B. 3. 21 : 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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan Hasil Uji Kesehatan
Standar	< 4 hari
Kriteria Penilaian	WLUK (hari) : WLUK < 4 --> skor = 100 $4 \leq \text{WLUK} \leq 6$ --> skor = 75 $6 \leq \text{WLUK} \leq 8$ --> skor = 50 $8 \leq \text{WLUK} \leq 10$ --> skor = 25 WLUK ≥ 10 --> skor = 0
PIC	Kabid Pelayanan

B. 3. 22 : 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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan pembuatan media reagensia
Standar	< 7 hari
Kriteria Penilaian	WLMR (hari) : WLMR < 7 --> skor = 100 $7 \leq \text{WLMR} \leq 9$ --> skor = 75 $9 \leq \text{WLMR} \leq 11$ --> skor = 50 $11 \leq \text{WLMR} \leq 13$ --> skor = 25 WLMR ≥ 13 --> skor = 0
PIC	Kabid Pelayanan

B. 3. 23 : Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 Jam (PRM)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab pemberi pelayanan dalam pengembalian rekam medis tepat waktu.
Definisi operasional	<p>Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 jam yang dimaksud adalah jumlah dokumen rekam medis pasien rawat inap yang diisi lengkap dan dikembalikan ke pengelola rekam medis dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang.</p> <p>Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien pulang
Inklusi	seluruh dokumen rekam medis pasien pulang rawat inap
Eksklusi	dokumen rekam medis pasien rawat jalan
Formula	$(\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	<p>PRM (%) :</p> <p>80 < PRM \leq 100 --> skor = 100 70 < PRM \leq 80 --> skor = 75 60 < PRM \leq 70 --> skor = 50 50 < PRM \leq 60 --> skor = 25 PRM \leq 50 --> skor = 0</p>
PIC	Ka. Rekam Medik

B. 4 Temuan Yang di Tindaklanjuti

B. 4. 1 : Persentase Temuan ketidaktersediaan Media dan Reagensia yg 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	Ketidakterersediaan media dan reagensia yang ditindaklanjuti adalah jumlah jenis media dan reagensia di instalasi laboratorium yang kosong dalam satu bulan, yang dipenuhi sehingga tidak terjadi kekosongan.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
Formula	Jumlah jenis media dan reagensia yang kosong dalam 1 bulan yang ditindaklanjuti <i>dibagi</i> jumlah jenis media dan reagensia yang kosong dalam bulan tersebut
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan permintaan media dan reagensia
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	TKMRD (%) : TKMRD > 80 --> skor = 100 70 < TKMRD ≤ 80 --> skor = 75 60 < TKMRD ≤ 70 --> skor = 50 50 < TKMRD ≤ 60 --> skor = 25 TKMRD ≤ 50 --> skor = 0
PIC	Kabag Keuangan dan Administrasi Umum

B. 4. 2 : Persentase Temuan Hasil Telusur lapangan BBLK yg ditindaklanjuti (THT)

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	$(\text{Hasil telusur rumah BBLK yang ditindaklanjuti} \div \text{Jumlah seluruh temuan telusur}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan Audit Internal Bidang Pemantapan Mutu dan Bimtek
Standar	> 80 %
Kriteria Penilaian	THT (%) : THT > 80 --> skor = 100 70 < THT ≤ 80 --> skor = 75 60 < THT ≤ 70 --> skor = 50 50 < THT ≤ 60 --> skor = 25 THT ≤ 50 --> skor = 0
PIC	Ka.Bidang Pemantapan Mutu dan Bimtek

B. 5 Tingkat Kehandalan Sumber Daya

B. 5. 1 : Ketepatan kalibrasi alat laboratorium sesuai jadwal (KKA)

Area	Manajerial
Kategori indikator	Tingkat kehandalan sumber daya
Perspektif	Pembelajaran dan Pertumbuhan
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya peralatan yang siap pakai dan berkualitas
Definisi Operasional	Ketepatan kalibrasi alat laboratorium sesuai jadwal adalah jumlah peralatan yang sudah terkalibrasi sesuai jadwal yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	Semester
Formula	(Jumlah peralatan yang sudah terkalibrasi sesuai jadwal yang ditetapkan <i>dibagi</i> Jumlah peralatan yang akan dikalibrasi berdasarkan jadwal) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan Kalibrasi Alat di Instalasi Sarana Prasarana
Standar	KKA > 80 %
Kriteria Penilaian	KKA (%) : KKA > 80 --> skor = 100 70 < KKA ≤ 80 --> skor = 75 60 < KKA ≤ 70 --> skor = 50 50 < KKA ≤ 60 --> skor = 25 KKA ≤ 50 --> skor = 0
PIC	Kabag Keuangan dan Administrasi Umum

B. 5. 2 : Utilisasi alat laboratorium canggih (UALC)

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

B. 6 Promotif dan Preventif

B. 6. 1 : Insiden Katarak

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

B. 6. 2 : Insiden Glaukoma

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

B. 6. 3 : Jumlah Operasi Katarak (Surgical Cataract Rate)

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

B. 6. 4 : Persentase Pasien TB Beresiko TB-HIV yang dikonseling (PTBP)

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

B. 7 Sumber Daya Manusia (SDM)

B. 7. 1 : 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	(Staf nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang per tahun dibagi Jumlah nakes di area kritis RS) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
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 2015 : Hasil \geq 60% \rightarrow skor = 100 50% \leq Hasil < 60% \rightarrow skor = 75 40% \leq Hasil < 50% \rightarrow skor = 50 30% \leq Hasil < 40% \rightarrow skor = 25 Hasil < 30% \rightarrow skor = 0
PIC	Ka Bid Diklat

B. 8 Sarana dan Prasarana

B. 8. 1 : Tingkat Keandalan 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 keandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran keandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.</p> <p>A. Ketersediaan (availability) : Ke, adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi</p> <p>B. Kinerja (performance) : Ki, adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat</p> <p>C. Kualitas (quality) : Ku, adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut</p> <p>Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian keandalannya</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	$OEE = (Ka \times Ki \times Ku) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai keandalannya (b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb
Standar	2015 --> 80 % 2016 --> 80 % 2017 --> 85% 2018 --> 90 % 2019 --> 100 %
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 : $OEE \geq 80\% \rightarrow \text{skor} = 100$ $70\% \leq OEE < 80\% \rightarrow \text{skor} = 75$ $60\% \leq OEE < 70\% \rightarrow \text{skor} = 50$ $50\% \leq OEE < 60\% \rightarrow \text{skor} = 25$ $OEE < 50\% \rightarrow \text{skor} = 0$
PIC	Ka Instalasi sarana, parasarana, ka.Kesling, ka.Laundry, ka.Isntalasi Gizi, ka instalasi CSSD

B. 8. 2 : Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal

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	Efisiensi, efektifitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya peralatan yang siap pakai dan berkualitas
Definisi operasional	Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal adalah jumlah dan jenis peralatan yang sudah terkalibrasi sesuai jadwal yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan
Numerator	Jumlah peralatan yang sudah terkalibrasi sesuai jadwal yang ditetapkan
Denominator	Jumlah peralatan yang akan dikalibrasi berdasarkan jadwal
Inklusi	Semua peralatan yang dijadwalkan kalibrasi pada tahun berjalan
Eksklusi	--
Formula	$(\text{Jumlah peralatan yang sudah terkalibrasi sesuai jadwal yang ditetapkan} \div \text{Jumlah peralatan yang akan dikalibrasi berdasarkan jadwal}) \times 100\%$
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	(a) Daftar peralatan yang akan dikalibrasi (b) Jadwal kalibrasi (c) Daftar perusahaan/ pihak ketiga yg akan memberikan layanan kalibrasi
Standar	2015 s.d 2019 : 100%
Kriteria Penilaian	Tahun 2015 s.d 2019 : $\text{Hasil} = 100\% \rightarrow \text{skor} = 100$ $85\% \leq \text{Hasil} < 100\% \rightarrow \text{skor} = 75$ $70\% \leq \text{Hasil} < 85\% \rightarrow \text{skor} = 50$ $55\% \leq \text{Hasil} < 70\% \rightarrow \text{skor} = 25$ $\text{Hasil} < 55\% \rightarrow \text{skor} = 0$
PIC	Ka.IPS/ Kabag. Teknik

B. 8. 3 : 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	<p>Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.</p> <p>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.</p>
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
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Umum dan Operasional
Standar	2015 s.d 2019 → Biru
Kriteria Penilaian	<p>Tahun 2015 s.d 2019 :</p> <p>Emas ; Hijau ; Biru → skor = 100</p> <p>Merah → skor = 50</p> <p>Hitam → skor = 25</p>
PIC	Ka Bagian Umum

B. 9 Level IT

B. 9.1 : 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	<p>Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemampuan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Siloed 2 : Infrastruktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dan back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya • Standar/ Integrated Enterprises : infrastruktur dan platform lebih mendukung operasional rumah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement • Advanced/ Extended Enterprises : infrastruktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemandirian dan kebijakan yang memungkinkan self provisioning sebagai suatu system dashboard.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
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 2015 : Advanced --> skor = 100 Integrated 2 --> skor = 80 Integrated 1 --> skor = 60 Siloed 2 --> skor = 40 Siloed 1 --> skor = 20
PIC	Ka. Instalasi SIRS

B. 10 Pendidikan

B. 10. 1 : Persentase 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	Persentase 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
Numerator	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun
Denominator	Total jumlah penelitian ilmiah yang dilakukan oleh staf medis dalam setahun
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 dibagi Total jumlah penelitian ilmiah yang dilakukan oleh staf medis dalam setahun X 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
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 2015 : Hasil = 2 → skor = 100 Hasil = 1 → skor = 50 Hasil = 0 → skor = 0
PIC	Kabag penelitian

B. 10. 2 : Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran*

Area	Managerial
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 mahasiswa yang belajar <i>Dihitung per SMF/Per Departemen, dijumlahkan, dibagi rata-rata dengan jumlah SMF yang ada</i>
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
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 → skor = 100 1 : 6-8 → skor = 75 1 : 9-11 → skor = 50 1 : 11-13 → skor = 25 1 : 14-dst. → skor = 0
Pic	Bagian SDM dan Bagian Diklat

B. 10. 2 : Persentase Dosen yang mendapatkan TOT*

Area	Managerial
Kategori Indikator	Pendidikan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Tercapainya kualifikasi tenaga dosen pada proses belajar mengajar
Demensi Mutu	Efektifitas dan Kualitas Dosen
Tujuan	Peningkatan kualitas dosen dalam penyelenggaraan proses belajar mengajar di RS Pendidikan
Definisi Operasional	Persentase Dosen yang mendapatkan TOT yang dimaksud adalah Jumlah persentase Dosen yang berasal dari Dokter spesialis yang mempunyai kriteria sebagai pembimbing, pendidik atau penguji telah mendapatkan TOT dan dibuktikan dengan sertifikasi pelatihan dari Fakultas Kedokteran mitra kerjanya, dalam rangka peningkatan kualitas belajar mengajar di RS Pendidikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan
Formula	Jumlah dosen yang mendapatkan TOT dibagi dengan jumlah dosen secara keseluruhan di rumah sakit pendidikan dikali 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Data SMF/Departemen dan Bagian Diklat.
Standar / Target	80%
Kriteria Penilaian	<p>Hasil \geq 80% \rightarrow skor = 100</p> <p>65% \leq Hasil < 80% \rightarrow skor = 75</p> <p>50% \leq Hasil < 65% \rightarrow skor = 50</p> <p>35% \leq Hasil < 50% \rightarrow skor = 25</p> <p>Hasil < 35%</p>
PIC	SMF/Departemen dan Bagian Diklat

B.11 Keuangan

B.11.1 Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)

Perspektif	Keuangan	
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP	
Judul IKT	POBO	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP yang efektif dan efisien.	
Definisi operasional	<p>1. Pendapatan PNBP merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN.</p> <p>2. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU</p>	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Analisa	3 bulanan	
Numerator	Pendapatan PNBP	
Denominator	Biaya Operasional	
Formula	$(\text{Pendapatan PNBP} / \text{Biaya Operasional}) \times 100\%$	
Bobot IKT	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>	
Sumber Data	Bagian Keuangan	
Standar	> 65%	
Kriteria Penilaian	Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional (%) (PB)	Skor
	PB > 65	100
	57 < PB <= 65	90
	50 < PB <= 57	80
	42 < PB <= 50	70
	35 < PB <= 42	60
	28 < PB <= 35	50
	20 < PB <= 28	40
	12 < PB <= 20	30
	4 < PB <= 12	20
0 <= PB <= 4	0	
PIC	Kabag Keuangan	