



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

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

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

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

NOMOR : HK.02.03/I/2642/2016

TENTANG

PERUBAHAN KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

NOMOR : HK.02.03/II/0147/2016

TENTANG

INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT) TAHUN 2016

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM / KHUSUS DAN KEPALA BALAI

DI LINGKUNGAN DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN RI,

- Menimbang :**
- a) bahwa dalam rangka menilai kinerja pemimpin pada satuan kerja perlu dilakukan pengukuran capaian kinerja yang menggambarkan hasil atas kegiatan pada periode tertentu yang dicapai oleh satuan kerja yang dipimpinnya dengan melihat peningkatan kinerja pelayanan, keuangan, dan manfaat bagi masyarakat;
 - b) Bahwa Kontrak Kinerja Terpilih (IKT) antara pemimpin Badan Layanan Umum di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Jenderal Perbendaharaan;
 - c) bahwa berdasarkan hasil pertemuan Workshop IKI/IKT dan Pelaporan IKI/IKT melalui e-Kinerja di Hotel Padjadjaran Suites dan di Hotel Nexa Bandung serta pertemuan Evaluasi dan Pelaporan IKI dan IKT Triwulan I dan II (Semester I) Tahun 2016 di Hotel Aryaduta Bandung;
 - d) bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu penetapan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
- Mengingat :**
- 1) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 - 2) Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 61, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4846);
 - 3) Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

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

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

- 4) Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- 5) Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
- 6) Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3537);
- 7) Peraturan Presiden Nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 80);
- 8) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standart Pelayanan Minimal;
- 9) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medik;
- 10) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;
- 11) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
- 13) Keputusan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor KEP-301/PB/2015 Metode Penilaian Permohonan Persetujuan Pemberian Insentif Kinerja Atas Kelebihan Capaian Key Performance Indicator Pemimpin Badan Layanan Umum di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN TENTANG INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT) TAHUN 2016 DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM / KHUSUS DAN KEPALA BALAI DI LINGKUNGAN DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN RI

KESATU : Menetapkan Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2016 untuk masing-masing Direktur Utama Rumah Sakit Umum / Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tercantum dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dalam lampiran keputusan ini.

KEDUA : Indikator Kinerja Terpilih sebagaimana yang dimaksud dalam diktum PERTAMA adalah indikator kinerja yang ditetapkan dalam Kontrak Kinerja antara Pimpinan Satker Badan Layanan Umum dengan Direktur Jenderal Perbendaharaan.



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

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

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

- KETIGA** : Keputusan Direktur Jenderal ini mengatur mengenai Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Rumah Sakit meliputi Rumah Sakit Umum / Khusus dan Balai Kesehatan yang berada dibawah Kementerian Kesehatan RI
- KEEMPAT** : Tata Cara Penilaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Direktur Utama Rumah Sakit dan Kepala Balai dikelompokkan sesuai dengan karakteristik atau kekhususan pelayanan kesehatan disetiap rumah sakit dan balai kesehatan dibawah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI mengacu pada Keputusan Direktur Jenderal Perbendaharaan yang akan diatur lebih lanjut.
- KELIMA** : Pada saat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan ini berlaku Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/1/0147/2016 Tahun 2016 tanggal 22 Februari 2016 tentang Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2016 Direktur Utama Rumah Sakit Umum / Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- KEENAM** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapannya.

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 31 Agustus 2016

DIREKTUR JENDERAL,



BAMBANG WIBOWO

Lampiran I

Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

Nomor : HK.02.03/1/2642/2016

Tanggal : 31 Agustus 2016

INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT) RUMAH SAKIT

A. 4 INDIKATOR TETAP

1. Ketepatan Identifikasi Pasien

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Identifikasi Pasien
Perspektif	Keselamatan Pasien
Sasaran Strategis	Untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan (<i>continuum of care</i>) dan keselamatan pasien
Tujuan	Untuk dengan cara yang dapat dipercaya/ <i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut .
Definisi Operasional	<p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan <i>barcode</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p> <p>Ketepatan Identifikasi Pasien difokuskan pada kelengkapan identitas pasien dengan barcode atau cara lain pada produk – produk layanan yang sudah ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama RS.</p> <p>Direktur Rumah Sakit menetapkan produk layanan yang akan diberikan barcode identitas atau cara lain.</p> <p>Cara lain yang dimaksud adalah penulisan identitas masih secara manual, tetapi harus jelas.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	<p>Telusur Total Sampling Kelengkapan Identifikasi Pasien dengan Barcode atau cara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nama Pasien 2. Nomor Identitas Pasien menggunakan Nomer Rekam Medik 3. Tanggal Lahir <p>Barcode atau cara lain terdiri minimal 2 variabel dari 3 variabel</p> <p>Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain dikurangi jumlah seluruh produk layanan yang tidak diberikan barcode identitas atau cara lain dibagi Jumlah seluruh produk layanan yang diberikan barcode identitas atau cara lain X 100 %</p>
Eksklusi	Pasien dalam fase akut psikiatri (gaduh gelisah)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik / Unit Layanan
Standar	100%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$

	<p>Keterangan:</p> <p>S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai</p> <p>T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%)</p> <p>R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula $x 100\%$</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	<p>Minimal 50 sampel pada setiap produk layanan</p> <p>Contoh :</p> <p>Produk Layanan yang ditetapkan Direktur Utama adalah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumen rekam medik 2. Gelang pasien rawat inap 3. Hasil pemeriksaan radiologi 4. Hasil pemeriksaan laboratorium 5. Apotik : Obat - obatan <p>Masing-masing untuk produk layanan diambil 50 sampel, sehingga total menjadi 250 sampel</p>
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

2. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinik (<i>good clinical governance</i>) berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan (<i>continuum of care</i>) dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis, mengurangi risiko proses asuhan klinis, mengurangi adanya variasi asuhan klinis dan memberikan asuhan klinis yang tepat waktu serta penggunaan sumber daya yg efisien dan konsisten sehingga menghasilkan mutu pelayanan yang tinggi dengan menggunakan praktek klinik yang berbasis bukti.
Definisi operasional	<p>Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah kepatuhan para staf medis/ DPJP dalam menggunakan clinical pathway untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis.</p> <p>Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.</p> <p>Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <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>Clinical pathway harus dilaporkan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebelum triwulan I berakhir.</p> <p>Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap tiga bulan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Eksklusi	Kasus dengan varian tambahan
Formula	<p>Jumlah CP yang diimplementasikan sesuai dengan SPO terintegrasi di Rekam Medik dan di evaluasi.</p> <p>Menghitung Jumlah CP yang diimplementasikan sesuai dengan SPO terintegrasi di Rekam Medik dan di evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada 5 CP → 100 2. Ada 4 CP → 80 3. Ada 3 CP → 60 4. Ada 2 CP → 40 5. Ada 1 CP → 20 6. Tidak ada CP → 0 <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Apabila dalam uji petik ditemukan pengisian CP yang tidak lengkap dalam dokumen rekam medik, maka akan menjadi faktor pengurang nilai yang diperoleh / dilaporkan. b. Apabila CP yang dilaporkan tidak ada pasien sama sekali namun sudah ada hasil evaluasi, maka tetap dihitung sebagai CP yang sudah dievaluasi. Namun triwulan berikutnya satker harus mengganti dengan CP yang baru, ditetapkan oleh Direktur Utama RS dan dilaporkan ke Ditjen Pelayanan Kesehatan.
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 (100%)

Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula x 100%]</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	a. Minimal 10 sampel pada masing – masing CP, sehingga total sampel = 50 rekam medik b. Apabila tidak terdapat pasien pada CP yang ditetapkan, sampel diambil dari CP yang lain sehingga total sampel menjadi 50 rekam medik.
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

3. Kepuasan Pelanggan

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	$IKM = \frac{\text{Total dari Nilai Persepsi Per Unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$ $\text{Bobot nilai rata-rata tertimbang} = \frac{\text{Jumlah bobot}}{\text{Jumlah Unsur}} = \frac{1}{14} = 0,071$ <p>Sumber : Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.</p>
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan
Standar	80.00 %
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula : [Hasil penilaian IKM / Skala maksimal nilai IKM x 100%]</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	a. Minimal lokasi sampel di IGD, rawat jalan, rawat inap (VIP, kelas I, kelas II dan kelas III) dan apotik. b. Minimal 10 sampel pada masing – masing lokasi dengan total sampel minimal 50 responden.
PIC	Direktur Umum
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah .

4. Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)
Perspektif	Keuangan
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP dan APBN yang efektif dan efisien.
Definisi Operasional	<p><u>Pendapatan PNBP</u> merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</p> <p><u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)
Numerator	Pendapatan PNBP
Denominator	Biaya Operasional
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan Keuangan Akrual BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan oleh Pemimpin BLU
Standar	65%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi (PB) yang didapat dari formula : [Pendapatan PNBP/ Biaya Operasional x 100%]</p>
PIC	Direktur Keuangan

B. INDIKATOR PILIHAN

1. RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo

Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab pemberi pelayanan dalam pengembalian rekam medis tepat waktu.
Definisi operasional	<p>Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 jam yang dimaksud adalah jumlah dokumen rekam medis pasien rawat inap yang diisi lengkap 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	(Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Standar	> 80%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan / Direktur Umum

2. RSUP Fatmawati

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	(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu dibagi Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

3. RSUP Dr. Kariadi Emergency Respon Time 2 (ERT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Respon Time 2 (ERT 2) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito sejak diputuskan operasi oleh dokter spesialis anestesi (setelah seluruh pemeriksaan penunjang sudah dilakukan) sampai dimulainya insisi dikamar operasi (<i>from decision to incision</i>).
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Inklusi	Pasien IGD yang diputuskan operasi cito
Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> a. Operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi b. Menunggu persetujuan keluarga c. Tidak adanya kamar perawat post operasi
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Kamar Operasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) / IBS
Standar	≤ 120 menit
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

4. RSUP Dr. Sardjito Emergency Respon Time 2 (ERT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Respon Time 2 (ERT 2) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito sejak diputuskan operasi oleh dokter spesialis anestesi (setelah seluruh pemeriksaan penunjang sudah dilakukan) sampai dimulainya insisi dikamar operasi (<i>from decision to incision</i>).
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Inklusi	Pasien IGD yang diputuskan operasi cito
Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> a. Operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi b. Menunggu persetujuan keluarga c. Tidak adanya kamar perawat post operasi
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Kamar Operasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) / IBS
Standar	≤ 120 menit
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

5. RSUP Sanglah

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	(Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas dibagi jumlah total item resep (R/)) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 80%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula : [Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas / jumlah total item resep (R/)] x 100%]</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan, maka minimal sampel 50 lembar resep
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

6. RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Emergency Respon Time 2 (ERT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Respon Time 2 (ERT 2) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito sejak diputuskan operasi oleh dokter spesialis anestesi (setelah seluruh pemeriksaan penunjang sudah dilakukan) sampai dimulainya insisi dikamar operasi (<i>from decision to incision</i>).
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Inklusi	Pasien IGD yang diputuskan operasi cito
Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> a. Operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi b. Menunggu persetujuan keluarga c. Tidak adanya kamar perawat post operasi
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Kamar Operasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) / IBS
Standar	≤ 120 menit
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

7. RSUP Dr. Hasan Sadikin

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
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

8. RSUP Dr. Mohammad Hoesin

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan laboratorium rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	<p>Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis patologi klinik sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).</p> <p>Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik</p> <p>Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.</p> <p>RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium • Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan laboratorium kritis yang sesuai dengan RED Category Condition
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan laboratorium yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.
Formula	(Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit dibagi jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis) X 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik
Standar	100%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

9. RSUP Persahabatan

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	(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu dibagi Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

10. RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Emergency Respon Time 2 (ERT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Respon Time 2 (ERT 2) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito sejak diputuskan operasi oleh dokter spesialis anestesi (setelah seluruh pemeriksaan penunjang sudah dilakukan) sampai dimulainya insisi dikamar operasi (<i>from decision to incision</i>).
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Inklusi	Pasien IGD yang diputuskan operasi cito
Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> a. Operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi b. Menunggu persetujuan keluarga c. Tidak adanya kamar perawat post operasi
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Kamar Operasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) / IBS
Standar	≤ 120 menit
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

11. RSUP Dr. M. Djamil
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	(Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas dibagi jumlah total item resep (R/)) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 80%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula : [Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas / jumlah total item resep (R/)] x 100%</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan, maka minimal sampel 50 lembar resep
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

12. RSUP H. Adam Malik Emergency Respon Time 2 (ERT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Respon Time 2 (ERT 2) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito sejak diputuskan operasi oleh dokter spesialis anestesi (setelah seluruh pemeriksaan penunjang sudah dilakukan) sampai dimulainya insisi dikamar operasi (<i>from decision to incision</i>).
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Inklusi	Pasien IGD yang diputuskan operasi cito
Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"> a. Operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi b. Menunggu persetujuan keluarga c. Tidak adanya kamar perawat post operasi
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Kamar Operasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) / IBS
Standar	≤ 120 menit
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

13. RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro 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	(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap ceklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu dibagi Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data pasien operasi
Standar	100%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

14. RS Kanker “Dharmais”

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	(Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas dibagi jumlah total item resep (R/)) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 80%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula : [Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas / jumlah total item resep (R/)] x 100%]</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan, maka minimal sampel 50 lembar resep
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

15. RS Anak dan Bunda Harapan Kita

Kemampuan Menangani BBLSR < 1500 gr

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawat daruratan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam melayani BBLSR
Definisi operasional	BBLSR adalah bayi yang lahir di RSAB Harapan Kita dengan berat badan sangat rendah yaitu < 1500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah BBLSR < 1500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	jumlah BBLSR < 1500 gr yang ditangani
Inklusi	Bayi dengan Berat Badan < 1500 gr
Eksklusi	--
Formula	Jumlah BBLSR < 1500 gr yang berhasil ditangani dibagi jumlah BBLSR < 1500 gr yang ditangani x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 60%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

16. RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Persentase Door To Balloon Time < 90 Menit

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kecepatan Pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis.
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	RSJPDHK sebagai RS dengan pelayanan intervensi koroner 4 jam berupaya agar dapat melayani pasien serangan jantung akut dengan cepat menggunakan metoda yang sudah terbukti efektif dalam mengatasi kegawatan, menurunkan mortalitas dan morbiditas perawatan serta memperbaiki prognosis
Definisi operasional	Door to baloon time atau door to device time : adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk pintu IGD dengan sindroma koroner akut yang indikasi dilakukan angioplasti koroner primer hingga dilakukan dilatasi balon koroner yang pertama kali, atau upaya penyedotan trombus pertama kali. Waktu yang ditargetkan adalah < 90 menit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Formula	(Jumlah pasien yang menjalani angioplasti koroner primer dengan door to balloon < 90 mnt / Jumlah pasien yang menjalani angioplasti koroner primer sesuai indikasi) X 100%.
Inklusi	Pasien yang datang ke IGD dengan sindroma koroner akut
Eksklusi	Bila keputusan / persetujuan dari pasien atau keluarga tidak dapat diperoleh dalam waktu 30 menit setelah diagnosis dan rencana tindakan diinformasikan atau bila diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukakn angioplasti koroner. Bila kasus atau kondisi pasien dengan penyulit: - Syok - Gagal jantung akut - Gagal nafas - Aritmia malignan (VT, VF)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Register/ catatan UGD & register DI-INB.
Standar	>80% tindakan angioplasti koroner primer terhadap pasien dengan sindroma koroner akut dilakukan dalam waktu < 90 menit
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Medik dan Keperawatan

17. RS Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan laboratorium rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	<p>Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis patologi klinik sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).</p> <p>Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan. Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik</p> <p>Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.</p> <p>RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium • Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan laboratorium kritis yang sesuai dengan RED Category Condition
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan laboratorium yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.
Formula	(Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit dibagi jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis) X 100 %
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik
Standar	100%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

18. RS Mata Cicendo

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	(Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas dibagi jumlah total item resep (R/)) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 80%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula : [Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas / jumlah total item resep (R/)] x 100%</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan, maka minimal sampel 50 lembar resep
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

19. RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso
Pemberian Pencegahan VTE Pada Pasien Hip atau Knee Arthroplasty

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pencegahan VTE di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Mutu Layanan dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan tindakan operasi hip dan knee arthroplasty terbebas dari VTE
Definisi operasional	Hip and Knee arthroplasty merupakan tindakan besar dan memerlukan waktu penanganan yang lama. Untuk mencegah venus trombo emboli dilakukan pencegahan dengan pemberian obat anti trombo emboli.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien yang diberikan pencegahan VTE pada operasi Hip dan Knee arthroplasty
Denominator	Jumlah pasien yang operasi hip dan knee arthroplasty
Inklusi	Pasien yang dilakukan tindakan operasi hip dan knee arthroplasty
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah pasien yang diberi VTE pada operasi Hip & Knee arthroplasty dibagi Jumlah pasien yang dioperasi Hip & Knee arthroplasti) x 100%.
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Catatan data
Standar	100%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

20. RS Ketergantungan Obat

Prosentase Kejadian Pasien Jatuh

Area	Klinis
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 6)
Definisi operasional	<p>Tidak adanya kejadian pasien jatuh adalah tidak terjadinya pasien jatuh selama pasien mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit, baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi dsb.</p> <p>Ketika pasien baru pertama kali masuk perawatan maka dalam 24 jam harus dilakukan asesmen awal keperawatan dimana dalam asesmen tsb dapat diketahui kemungkinan pasien berisiko jatuh dengan skoring tertentu menggunakan instrumen penilaian risiko jatuh.</p> <p>Penilaian resiko jatuh menggunakan skala Morse untuk pasien dewasa, skala Humpty Dumpty untuk pasien anak - anak, dan skala jatuh untuk pasien geriatri. Tujuannya untuk dilakukan intervensi dan monitoring yang intensif terhadap pasien berisiko jatuh dan harus dilakukan re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah pasien rawat inap
Inklusi	Semua pasien rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 3 %
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling dilakukan pada semua pasien (semua total sampel)
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

21. RS Stroke Nasional Bukittinggi

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.
Standar	≤ 60 Menit
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

22. RS Paru Dr. Ario Wirawan Salatiga 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	(Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas dibagi jumlah total item resep (R/)) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 80%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula : [Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas / jumlah total item resep (R/)] x 100%</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan, maka minimal sampel 50 lembar resep
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

23. RS Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo 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 masif
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)
Standar	≤ 30 menit
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik & Keperawatan

24. RS Paru Dr. H. A. Rotinsulu

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	(Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas dibagi jumlah total item resep (R/)) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 80%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula : [Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas / jumlah total item resep (R/)] x 100%</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan, maka minimal sampel 50 lembar resep
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
Referensi	Kepmenkes RI nomor HK.02.02 / MENKES /137 / 2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 Tentang Formularium Nasional

25. RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Judul KPI	Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) ≤ 4 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Psychiatric Respon Time yang dimaksud adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien gaduh gelisah di IGD menjadi tenang (menenangkan) dalam waktu ≤ 4 jam sejak diagnosis ditegakkan. 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)
Standar	≤ 240 menit
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

26. RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo

Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Judul KPI	Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) ≤ 4 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Psychiatric Respon Time yang dimaksud adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien gaduh gelisah di IGD menjadi tenang (menenangkan) dalam waktu ≤ 4 jam sejak diagnosis ditegakkan. 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)
Standar	≤ 240 menit
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

27. RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Judul KPI	Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) ≤ 4 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Psychiatric Respon Time yang dimaksud adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien gaduh gelisah di IGD menjadi tenang (menenangkan) dalam waktu ≤ 4 jam sejak diagnosis ditegakkan. 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)
Standar	≤ 240 menit
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

28. RS Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi

Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Judul KPI	Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) ≤ 4 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Emergency Psychiatric Respon Time yang dimaksud adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien gaduh gelisah di IGD menjadi tenang (menenangkan) dalam waktu ≤ 4 jam sejak diagnosis ditegakkan. 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)
Standar	≤ 240 menit
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

29. RS Kusta Dr. Rivai Abdullah

Waktu Tunggu Penanganan Luka Sepsis Pasien Kusta

Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penjadwalan pelayanan operasi luka sepsis kusta.
Definisi operasional	Penanganan luka sepsis dimulai sejak dokter penanggungjawab (DPJP) menetapkan bahwa perlu dilakukan penanganan luka sepsis dan diakhiri sampai luka sepsi ditangani.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulanan
Numerator	Jumlah waktu tunggu pasien yang dioperasi luka sepsis kusta dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi luka sepsis kusta pada bulan tsb
Formula	(Jumlah seluruh waktu tunggu pasien yang dioperasi luka sepsis kusta dalam 1 bln dibagi Jumlah seluruh pasien yang dioperasi luka sepsis kusta pada bulan tsb)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Poli Klinik Luka
Standar	≤ 48 Jam
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Ka. Instalasi Luka

30. RS Kusta Dr. Tadjuddin Chalid

Waktu Tunggu Penanganan Luka Sepsis Pasien Kusta

Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penjadwalan pelayanan operasi luka sepsis kusta.
Definisi operasional	Penanganan luka sepsis dimulai sejak dokter penanggungjawab (DPJP) menetapkan bahwa perlu dilakukan penanganan luka sepsis dan diakhiri sampai luka sepsi ditangani.
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	3 bulanan
Numerator	Jumlah waktu tunggu pasien yang dioperasi luka sepsis kusta dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi luka sepsis kusta pada bulan tsb
Formula	(Jumlah seluruh waktu tunggu pasien yang dioperasi luka sepsis kusta dalam 1 bln dibagi Jumlah seluruh pasien yang dioperasi luka sepsis kusta pada bulan tsb)
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Poli Klinik Luka
Standar	≤ 48 Jam
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Ka. Instalasi Luka

31. RS Kusta Dr. Sitanala

Pemeriksaan POD (Prevention Of Disability)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan
Perspektif	Proses bisnis internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya pencegahan kecacatan akibat penyakit kusta
Dimensi Mutu	Tingkat kecacatan akibat penyakit kusta
Tujuan	Terselenggaranya pencegahan kecacatan akibat kusta rawat jalan dan rawat inap sebagai unggulan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Persentase pasien kusta yang dilakukan pemeriksaan prevention of disability (POD) baik rawat jalan maupun rawat inap kusta
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien kusta yang diperiksa POD dalam 1 Bulan
Denominator	Jumlah pasien kusta dalam bulan yang sama
Inklusi	Pasien kusta rawat jalan dan rawat inap
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah seluruh pasien kusta yang diperiksa POD dalam 1 Bulan dibagi Jumlah seluruh pasien kusta dalam bulan yang sama) dikali 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≥ 80%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT) BALAI

A. 2 INDIKATOR TETAP

1. Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Area	Manajerial
Kategori Indikator	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)
Perspektif	Keuangan
Sasaran Strategis	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBP dan APBN
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP dan APBN yang efektif dan efisien.
Definisi Operasional	<u>Pendapatan PNBP</u> merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).
	<u>Biaya Operasional</u> merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan , dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Semesteran (Perhitungan Akumulatif)
Numerator	Pendapatan PNBP
Denominator	Biaya Operasional
Formula	Pendapatan PNBP/Biaya Operasional x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan Keuangan Akrual BLU setelah di verifikasi oleh SPI dan di sahkan oleh Pemimpin BLU
Standar	30% (Kecuali BKMM = 65%)
Kriteria Penilaian	$C_n = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi (PB) yang didapat dari formula : [Pendapatan PNBP/ Biaya Operasional x 100%]</p>
PIC	Kepala Bagian Keuangan

2. Kepuasan Pelanggan

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	$IKM = \frac{\text{Total dari Nilai Persepsi Per Unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai penimbang}$ $\text{Bobot nilai rata-rata tertimbang} = \frac{\text{Jumlah bobot}}{\text{Jumlah Unsur}} = \frac{1}{14} = 0,071$ <p>Sumber : Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.</p>
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan
Standar	80.00 %
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula : [Hasil penilaian IKM / Skala maksimal nilai IKM x 100%]</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	<p>a. Minimal lokasi sampel di IGD, rawat jalan, rawat inap (VIP, kelas I, kelas II dan kelas III) dan apotik.</p> <p>b. Minimal 10 sampel pada masing – masing lokasi dengan total sampel minimal 50 responden.</p>
PIC	Kepala Bidang Pemantapan Mutu dan Bimtek
Referensi	Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah .

B. INDIKATOR PILIHAN

1. Balai Besar Laboratorium Kesehatan Jakarta

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	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pemeriksaan > 50 pemeriksaan per bulan
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

2. Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya

Cakupan kegiatan Pemantapan Mutu Internal (KPI)

Area	Mutu Pelayanan
Kategori Indikator	Pengendalian Mutu
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya mutu hasil pemeriksaan
Dimensi Mutu	Mutu Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Tujuan	Menjamin mutu hasil pemeriksaan Laboratorium
Definisi Operasional	Hasil kegiatan pemantapan mutu internal dihitung berdasarkan jumlah parameter pemeriksaan yang dilakukan pemantapan mutu internal (proses analitik) dibandingkan dengan jumlah parameter pemeriksaan keseluruhan
Frekuensi Pengumpulan data	Bulanan
Formula	(Jumlah Parameter pemeriksaan yang dilakukan PMI <i>dibagi</i> Jumlah parameter pemeriksaan keseluruhan) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan PMI per bulan
Standar	KPI ≥ 90%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah parameter pemeriksaan > 50 parameter pemeriksaan per bulan
PIC	Kepala Bidang Pemantapan Mutu dan Bimtek

3. Balai Besar Laboratorium Kesehatan Makassar

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	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Sampling bila jumlah pemeriksaan sampel > 50 pemeriksaan sampel per bulan
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

4. Balai Besar Laboratorium Kesehatan Palembang

Cakupan kegiatan Pemantapan Mutu Internal (KPI)

Area	Mutu Pelayanan
Kategori Indikator	Pengendalian Mutu
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya mutu hasil pemeriksaan
Dimensi Mutu	Mutu Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Tujuan	Menjamin mutu hasil pemeriksaan Laboratorium
Definisi Operasional	Hasil kegiatan pemantapan mutu internal dihitung berdasarkan jumlah parameter pemeriksaan yang dilakukan pemantapan mutu internal (proses analitik) dibandingkan dengan jumlah parameter pemeriksaan keseluruhan
Frekuensi Pengumpulan data	Bulanan
Formula	(Jumlah Parameter pemeriksaan yang dilakukan PMI <i>dibagi</i> Jumlah parameter pemeriksaan keseluruhan) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Laporan PMI per bulan
Standar	KPI ≥ 90%
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah parameter pemeriksaan >50 parameter pemeriksaan per bulan
PIC	Kepala Bidang Pemantapan Mutu dan Bimtek

5. Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Bandung

Persentase Capaian Indikator Penyakit TB

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kasus pulmonologi berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien dengan kasus pulmonologi
Definisi operasional	Persentase Capaian Indikator Penyakit TB yang dimaksud adalah angka kesembuhan pasien TB yang menggambarkan persentase pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh diantara pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh
Denominator	Jumlah seluruh pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati
Inklusi	Seluruh pasien TB BTA positif kasus baru
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh dibagi Jumlah seluruh pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik ; Catatan Data
Standar	> 85 %
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

6. Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta

Persentase Capaian Indikator Penyakit TB

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kasus pulmonologi berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien dengan kasus pulmonologi
Definisi operasional	Persentase Capaian Indikator Penyakit TB yang dimaksud adalah angka kesembuhan pasien TB yang menggambarkan persentase pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh diantara pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh
Denominator	Jumlah seluruh pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati
Inklusi	Seluruh pasien TB BTA positif kasus baru
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh dibagi Jumlah seluruh pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik ; Catatan Data
Standar	> 85 %
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

7. Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Makassar

Persentase Capaian Indikator Penyakit TB

Area	Klinis
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik
Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kasus pulmonologi berbasis mutu dan keselamatan pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien dengan kasus pulmonologi
Definisi operasional	Persentase Capaian Indikator Penyakit TB yang dimaksud adalah angka kesembuhan pasien TB yang menggambarkan persentase pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh diantara pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh
Denominator	Jumlah seluruh pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati
Inklusi	Seluruh pasien TB BTA positif kasus baru
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah pasien TB BTA positif kasus baru yang sembuh dibagi Jumlah seluruh pasien TB BTA positif kasus baru yang diobati) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik ; Catatan Data
Standar	> 85 %
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S + (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T + (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Kepala Bidang Pelayanan

8. Balai Kesehatan Mata Masyarakat Makassar

Angka Kejadian Endofthalmitis Pasca Operasi 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 Endofthalmitis Pasca Bedah Katarak
Definisi operasional	Endofthalmitis Post Operasi Katarak adalah kejadian timbulnya endofthalmitis setelah dilakukannya operasi Katarak
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Numerator	Jumlah Endofthalmitis pasca bedah Katarak
Denominator	Jumlah Pasien Operasi Katarak
Inklusi	Pasien dengan pembedahan katarak
Eksklusi	--
Formula	(Jumlah Endofthalmitis pasca bedah katarak dibagi Jumlah pasien operasi katarak) x 100%
Bobot	<i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	1,2 %
Kriteria Penilaian	$Cn = \left(40\% \times \frac{S - (T - S)}{S} \right) + \left(60\% \times \frac{T - (R - T)}{T} \right)$ <p>Keterangan: S : Nilai standar (%) sebagaimana terdapat dalam Kontrak IKT RS/Balai T : Nilai Target sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak IKT RS/Balai (%) R : Nilai Realisasi yang didapat dari formula</p>
Cara Mengambil Sampel Uji Petik	Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan
PIC	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
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