



WALI KOTA TARAKAN
PROVINSI KALIMANTAN UTARA

PERATURAN WALI KOTA TARAKAN
NOMOR 12 TAHUN 2023

TENTANG

INDIKATOR PENILAIAN TATA KELOLA DAN KINERJA PADA BADAN LAYANAN
UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM KOTA TARAKAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA TARAKAN,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka peningkatan kinerja pada Rumah Sakit Umum Kota Tarakan, perlu ditetapkan indikator penilaian kinerja pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Kota Tarakan;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Indikator Penilaian Tata Kelola dan Kinerja Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Kota Tarakan;
- Mengingat :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1997 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Tarakan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3711);
 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan

Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1054 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1055);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG INDIKATOR PENILAIAN TATA KELOLA DAN KINERJA PADA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM KOTA TARAKAN.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Tarakan.
2. Wali Kota adalah Wali Kota Tarakan.
3. Pemerintah Daerah adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom Kota Tarakan.
4. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kota Tarakan.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Tarakan.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Kota Tarakan.
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
8. Rumah Sakit Umum Kota Tarakan yang selanjutnya disingkat RSUKT adalah fasilitas pelayanan kesehatan milik Kota Tarakan dengan karakteristik dan organisasi yang bersifat khusus untuk mendukung penyelenggaraan kesehatan daerah.
9. Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD RSUKT.
10. Indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi kinerja BLUD RSUKT.
11. Indikator Penilaian Kinerja adalah ukuran capaian keberhasilan kinerja RSUKT.
12. *Balance Scorecard* yang selanjutnya disingkat BSC adalah suatu metode pengukuran kinerja organisasi yang terdiri dari empat perspektif yaitu keuangan, pelanggan, proses internal bisnis, serta pertumbuhan dan pembelajaran.

BAB II
PENILAIAN INDIKATOR KINERJA

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 2

Penilaian kinerja BLUD RSUKT dilaksanakan berdasarkan Indikator penilaian kinerja.

Bagian Kedua
Indikator Penilaian Kinerja

Pasal 3

- (1) Indikator Penilaian Kinerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 menggunakan perspektif BSC, meliputi penilaian:
 - a. aspek keuangan; dan
 - b. aspek non keuangan.
- (2) Penilaian aspek keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas sub aspek:
 - a. Rentabilitas, yaitu perbandingan antara laba dengan aktiva atau modal yang menghasilkan laba tersebut;
 - b. Likuiditas, yaitu ukuran terkait seberapa mudah dan memungkinkan bagi perusahaan dalam memenuhi kewajiban jangka pendek;
 - c. Solvabilitas, yaitu rasio yang menunjukkan apakah perusahaan memiliki kemampuan untuk membayar kewajiban jangka panjang mereka yang menunjukkan bagaimana tingkat kesehatan keuangan dari perusahaan;
 - d. Penerimaan jasa layanan, yaitu imbalan atas aktivitas kegiatan BLUD; dan
 - e. Kepatuhan pengelolaan keuangan, yaitu tingkat kepatuhan BLUD terhadap peraturan perundang-undangan mengenai pengelolaan keuangan.
- (3) Penilaian aspek non keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri atas:
 - a. perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, terdiri atas sub aspek:
 1. sumber daya manusia;
 2. teknologi dan informasi;
 3. sarana dan prasarana; dan

4. kesiapsiagaan bencana.
- b. perspektif proses internal pelayanan, terdiri atas sub aspek:
1. capaian indikator medik;
 2. kepatuhan dalam melaksanakan standar pelayanan;
 3. pertumbuhan dan produktivitas;
 4. ketepatan waktu pelayanan;
 5. prosedur penanganan sampel uji;
 6. utilisasi;
 7. hubungan masyarakat; dan
 8. inovasi.
- c. perspektif pelanggan, terdiri atas sub aspek:
1. kepuasan pelanggan; dan
 2. hak pasien dan kewajiban RSUKT terhadap pelanggan.

Pasal 4

- (1) Tata cara perhitungan dan penilaian Indikator Penilaian Kinerja tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.
- (2) Definisi setiap Indikator Penilaian Kinerja tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Bagian Ketiga Hasil Penilaian

Pasal 5

- (1) Hasil penilaian kinerja BLUD RSUKT ditentukan berdasarkan total skor yang diperoleh.
- (2) Hasil penilaian kinerja BLUD RSUKT sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dikelompokkan dalam kriteria:
 - a. memuaskan/AA apabila total skor ≥ 90 ;
 - b. sangat baik/A, apabila $80 < \text{total skor} < 90$;
 - c. baik/BB, apabila $70 < \text{total skor} < 80$;
 - d. cukup/B, apabila $60 < \text{total skor} < 70$; dan
 - e. kurang/C, apabila total skor < 60 .

BAB III
TIM PENILAI KINERJA BLUD RSUKT

Bagian Kesatu
Tim Penilai

Pasal 6

- (1) Penilaian kinerja BLUD RSUKT dilakukan oleh tim penilai.
- (2) Keanggotaan tim penilai sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri atas unsur:
 - a. Sekretariat Daerah sebagai ketua merangkap anggota;
 - b. Inspektorat Daerah sebagai sekretaris merangkap anggota;
 - c. Dinas Kesehatan sebagai anggota;
 - d. tenaga ahli bidang manajemen dan pelayanan rumah sakit sebagai anggota;
dan
 - e. tenaga ahli bidang keuangan dan akuntansi sebagai anggota.
- (3) Struktur organisasi, personil, tugas, fungsi, kewenangan, dan penganggaran, serta masa kerja tim penilai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Wali Kota.
- (4) Tim penilai dalam melaksanakan penilaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkoordinasi dengan manajemen dan Dewan Pengawas.

Bagian Kedua
Waktu Penilaian

Pasal 7

- (1) Penilaian kinerja BLUD RSUKT dilakukan sekali dalam setahun.
- (2) Penilaian kinerja BLUD RSUKT sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan paling lambat akhir semester I tahun berikutnya.
- (3) Penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sebagai bentuk evaluasi tahunan kinerja BLUD RSUKT dengan disertai perhitungan total skor kinerja.

Pasal 8

- (1) Laporan hasil penilaian kinerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 diserahkan oleh tim penilai kepada Wali Kota dan Dewan Pengawas.

- (2) BLUD RSUKT menyampaikan tindak lanjut hasil penilaian paling lambat 1 (satu) bulan setelah laporan hasil penilaian kinerja diterima oleh Direktur.

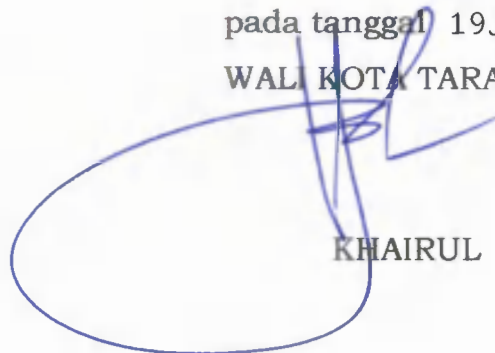
BAB IV
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Tarakan.

Ditetapkan di Tarakan
pada tanggal 19 Juni 2023
WALI KOTA TARAKAN,



KHAIRUL

Diundangkan di Tarakan
pada tanggal 19 Juni 2023

SEKRETARIS DAERAH KOTA TARAKAN,



A. HAMID

BERITA DAERAH KOTA TARAKAN TAHUN 2023 NOMOR 539

LAMPIRAN I
PERATURAN WALI KOTA TARAKAN
NOMOR 12 TAHUN 2023
TENTANG INDIKATOR PENILAIAN TATA
KELOLA DAN KINERJA PADA BADAN
LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT
UMUM KOTA TARAKAN

TATA CARA PERHITUNGAN DAN PENILAIAN INDIKATOR PENILAIAN KINERJA

A. Aspek dan Indikator Penilaian Kinerja.

Perhitungan kinerja BLUD RSUD meliputi:

I. Aspek Keuangan dengan skor paling tinggi 25, terdiri atas:

1. Perspektif Keuangan dengan skor paling tinggi 25, terdiri atas:
 - a. sub aspek rentabilitas dengan skor paling tinggi 3;
 - b. sub aspek likuiditas dengan skor paling tinggi 2;
 - c. sub aspek solvabilitas dengan skor paling tinggi 1;
 - d. sub aspek penerimaan jasa layanan dengan skor paling tinggi 14; dan
 - e. sub aspek kepatuhan pengelolaan keuangan BLUD dengan skor paling tinggi 5.

II. Aspek Non Keuangan dengan skor paling tinggi 75, terdiri atas:

1. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan dengan skor paling tinggi 20, yang terdiri dari:
 - a. sub aspek Sumber Daya Manusia (SDM) dengan skor paling tinggi 8;
 - b. sub aspek teknologi dan informasi dengan skor paling tinggi 5;
 - c. sub aspek sarana dan prasarana dengan skor paling tinggi 6; dan
 - d. sub aspek kesiapsiagaan bencana dengan skor paling tinggi 1.
2. Perspektif Proses Internal Pelayanan dengan skor paling tinggi 44, terdiri atas:
 - a. sub aspek capaian indikator medik dengan skor paling tinggi 4;
 - b. sub aspek tindakan pengendalian infeksi dengan skor paling tinggi 2;
 - c. sub aspek kepatuhan dalam melaksanakan standar pelayanan dengan skor paling tinggi 11;
 - d. sub aspek pertumbuhan dan produktivitas dengan skor paling tinggi 6;
 - e. sub aspek ketepatan waktu pelayanan dengan skor paling tinggi 12;
 - f. sub aspek prosedur penanganan sampel uji dengan skor paling tinggi 5;
 - g. sub aspek utilisasi dengan skor paling tinggi 1;
 - h. sub aspek hubungan masyarakat dengan skor paling tinggi 1; dan

- i. sub aspek inovasi dengan skor paling tinggi 2.
- 3. Perspektif Pelanggan dengan skor paling tinggi 11, terdiri dari:
 - a. sub aspek kepuasan pelanggan dengan skor paling tinggi 6; dan
 - b. sub aspek hak dan kewajiban dengan skor paling tinggi 5.

B. Skor Penilaian Kinerja Pada Aspek Keuangan:

| No. | Perspektif/Subaspek/Indikator | Skor |
|----------|---|-----------|
| I | Perspektif Keuangan | 25 |
| 1 | Rentabilitas | 3 |
| a | Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>) | 1 |
| b | Imbalan Atas Aset Tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>) | 1 |
| c | Imbalan Ekuitas (<i>Return on Equity</i>) | 1 |
| 2 | Likuiditas | 2 |
| a | Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>) | 1 |
| b | Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>) | 1 |
| 3 | Solvabilitas | 1 |
| a | <i>Debt to Asset</i> | 1 |
| 4 | Penerimaan Jasa Layanan | 14 |
| a | Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>) | 1 |
| b | Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>) | 1 |
| c | Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional | 10 |
| d | Persentase Rekam Medik Yang Dapat Diklaim dalam Sebulan | 1 |
| e | Persentase Peningkatan Sumber Pendapatan Lain | 1 |
| 5 | Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD | 5 |
| a | Rencana Bisnis dan Anggaran Definitif (RBA) Definitif | 0.5 |
| b | Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) | 0.25 |
| c | Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU | 0.25 |
| d | Tarif Pelayanan | 0.25 |
| e | Sistem Akuntansi | 0.25 |
| f | Ketepatan Waktu Penerimaan Jasa Pelayanan | 0.5 |
| g | Konsistensi Perencanaan Penganggaran dan Pelaksanaan | 0.5 |
| h | Pertumbuhan Pendapatan | 1.25 |
| i | SOP Pengelolaan Kas | 0.25 |
| j | SOP Pengelolaan Piutang | 0.25 |

| | | |
|--|-----------------------------------|------|
| k | SOP Pengelolaan Utang | 0.25 |
| l | SOP Pengelolaan Barang dan Jasa | 0.25 |
| m | SOP Pengelolaan Barang Inventaris | 0.25 |
| Jumlah Skor Aspek Keuangan (1+2+3+4+5) | | 25 |

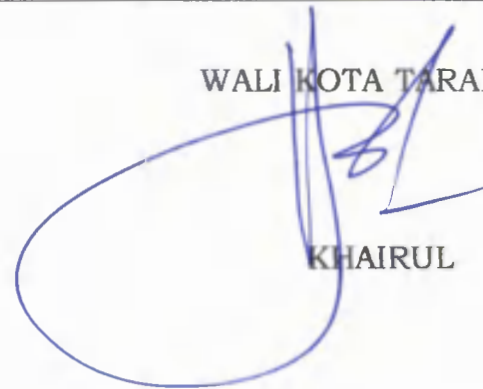
C. Skor penilaian kinerja pada Aspek Non Keuangan sebagai berikut:

| No. | Perspektif/Subaspek/Indikator | Skor |
|-----------|---|-----------|
| I | Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan | 20 |
| a | Sumber Daya Manusia | 8 |
| 1 | Rata-Rata Jam Pelatihan Per Karyawan | 2 |
| 2 | Program Reward dan Punishment | 2 |
| 3 | Dokumen Perencanaan SDM | 2 |
| 4 | Budaya Keselamatan Pasien | 2 |
| b | Teknologi dan Informasi | 5 |
| 1 | Level IT Terintegrasi | 5 |
| c | Sarana dan Prasarana | 6 |
| 1 | Kebersihan Lingkungan (Program Rumah Sakit Berseri) | 2 |
| 2 | Proper Lingkungan | 2 |
| 3 | Tingkat Kehandalan Sarpras | 2 |
| d | Kesiapsiagaan Bencana | 1 |
| 1 | <i>Hospital Safety Index</i> | 1 |
| II | Perspektif Proses Internal Pelayanan | 44 |
| a | Capaian Indikator Medik | 4 |
| 1 | Angka Kematian di IGD | 2 |
| 2 | <i>Post Operative Death Rate</i> | 2 |
| b | Tindakan Pengendalian Infeksi | 2 |
| 1 | Angka Infeksi Nosokomial | 2 |
| c | Kepatuhan Dalam Melaksanakan Standar Pelayanan | 11 |
| 1 | Kepatuhan Kebersihan Tangan | 1 |
| 2 | Kepatuhan Penggunaan APD | 1 |
| 3 | Kepatuhan Identifikasi Pasien | 1 |
| 4 | Kepatuhan Terhadap <i>Clinical Pathway</i> | 2 |
| 5 | Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh | 1 |
| 6 | Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas) | 1 |
| 7 | Peningkatan Komunikasi Efektif | 1 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 8 | Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (<i>High Alert Medication</i>) | 1.5 |
| 9 | Terlaksananya Proses Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien yang Menjalani Tindakan Prosedur | 1.5 |
| d | Pertumbuhan dan Produktivitas | 6 |
| 1 | Pertumbuhan Rata-Rata Kunjungan Rawat Jalan | 1 |
| 2 | Pertumbuhan Rata-Rata Kunjungan IGD | 1 |
| 3 | Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap | 1 |
| 4 | Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi | 1 |
| 5 | Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium | 1 |
| 6 | Pertumbuhan Operasi | 1 |
| e | Ketepatan Waktu Pelayanan | 12 |
| 1 | Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan | 1 |
| 2 | Pengembalian Rekam Medik | 1 |
| 3 | Emergency Response Time Rate | 1 |
| 4 | <i>Length of Stay (LoS)</i> | 1 |
| 5 | Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ) | 1 |
| 6 | Waktu Tunggu Hasil Operasi | 1 |
| 7 | Waktu Tunggu Hasil Laboratorium | 1 |
| 8 | Waktu Tunggu Hasil Radiologi | 1 |
| 9 | Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium | 1 |
| 10 | Kepatuhan Waktu Visite Dokter | 2 |
| 11 | Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) | 1 |
| f | Prosedur Penanganan Sampel Uji | 5 |
| 1 | Angka Penundaan/Pembatalan Operasi Efektif | 1 |
| 2 | Angka Kegagalan Hasil Radiologi | 2 |
| 3 | Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium | 2 |
| g | Utilisasi | 1 |
| 1 | Bed Occupancy Rate (BOR) | 1 |
| h | Hubungan Masyarakat | 1 |
| 1 | Penyuluhan Kesehatan | 1 |
| i | Inovasi | 1 |
| 1 | Persentase Peningkatan Produk Layanan Inovasi | 1 |
| III | Perspektif Pelanggan | 11 |
| a | Kepuasan Pelanggan | 6 |
| 1 | Kepuasan Pelanggan | 2 |

| | | |
|---|--|----------|
| 2 | Kepuasan Karyawan | 2 |
| 3 | Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK) | 2 |
| h | Hak dan Kewajiban | 5 |
| 1 | Persentase Pemenuhan Hak Pasien | 2.5 |
| 2 | Persentase Pemenuhan Kewajiban RS | 2.5 |
| Jumlah Skor Aspek Non Keuangan (I+II+III) | | 75 |

WALI KOTA TARAKAN,



KHAIRUL

LAMPIRAN II
 PERATURAN WALI KOTA TARAKAN
 NOMOR 12 TAHUN 2023
 TENTANG
 INDIKATOR PENILAIAN TATA KELOLA
 DAN KINERJA PADA BADAN LAYANAN
 UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM
 KOTA TARAKAN

I. Aspek Keuangan

1. Perspektif Keuangan

a. Subaspek Rentabilitas

| Nama Indikator | Periode Penagihan Piutang (Collection Period) | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|------------|------|----------|---|---------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|----------------|-----|-----------|---|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efektivitas Pengelolaan Keuangan BLUD RSU | | | | | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Keuangan | | | | | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Rentabilitas | | | | | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Membandingkan Piutang Usaha dengan Pendapatan Usaha dalam 1 (satu) Tahun | | | | | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> Piutang Usaha adalah hak yang timbul dari Penyerahan barang jasa dalam rangka kegiatan operasional BLUD RSU. Pendapatan usaha adalah PNPB BLUD RSU yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada Masyarakat, meliputi pendapatan layanan dan pendapatan lain-lain. Dokumen yang dimaksud merupakan dokumen penagihan piutang utang. | | | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Piutang Usaha | | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Pendapatan Usaha | | | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Piutang Usaha} \times 360}{\text{Pendapatan Usaha}} \times 1 \text{ hari}$ | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Keuangan | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | < 30 hari | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>PPP (Hari)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PPP < 30</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>30 ≤ PPP < 40</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>40 ≤ PPP < 60</td> <td>0.6</td> </tr> <tr> <td>40 ≤ PPP < 60</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>80 ≤ PPP < 100</td> <td>0.2</td> </tr> <tr> <td>PPP ≥ 100</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | PPP (Hari) | Skor | PPP < 30 | 1 | 30 ≤ PPP < 40 | 0.8 | 40 ≤ PPP < 60 | 0.6 | 40 ≤ PPP < 60 | 0,4 | 80 ≤ PPP < 100 | 0.2 | PPP ≥ 100 | 0 |
| PPP (Hari) | Skor | | | | | | | | | | | | | | |
| PPP < 30 | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 ≤ PPP < 40 | 0.8 | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 ≤ PPP < 60 | 0.6 | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 ≤ PPP < 60 | 0,4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 ≤ PPP < 100 | 0.2 | | | | | | | | | | | | | | |
| PPP ≥ 100 | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-------------------|--|
| Nama Indikator | Imbalan Atas Aset Tetap (<i>Return On Fixed Asset</i>) |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Efektif dan Efisien Pengelolaan Keuangan BLUD |
| Perspektif | Keuangan |
| Subaspek | Rentabilitas |

| Tujuan | Membandingkan Antara Surplus atau Defisit dengan Aset Tetap | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|----------------------------------|------|----------|---|--------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|----------|---|
| Definisi Operasional | <p>1. Imbalan Atas Aset Tetap adalah suatu rasio keuangan yang digunakan untuk menilai penggunaan Aset Tetap dalam kegiatan operasional untuk menghasilkan keuntungan. Kemampuan BLUD RSUD menghasilkan keuntungan dari penggunaan Aset. Untuk menilai kualitas dan kinerja BLUD RSUD.</p> <p>2. Surplus atau defisit adalah nilai surplus dikurangi utang ditambah piutang.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Surplus atau Defisit | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Aset Tetap | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Surplus atau Defisit}}{\text{Aset tetap}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Keuangan | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | > 6 % | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Return on Fixed Asset (%) (ROFA)</th> <th>SROR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ROFA > 6</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5 < ROFA ≤ 6</td> <td>0,85</td> </tr> <tr> <td>4 < ROFA ≤ 5</td> <td>0,70</td> </tr> <tr> <td>3 < ROFA ≤ 4</td> <td>0,55</td> </tr> <tr> <td>2 < ROFA ≤ 3</td> <td>0,40</td> </tr> <tr> <td>1 < ROFA ≤ 2</td> <td>0,25</td> </tr> <tr> <td>ROFA ≤ 1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | | Return on Fixed Asset (%) (ROFA) | SROR | ROFA > 6 | 1 | 5 < ROFA ≤ 6 | 0,85 | 4 < ROFA ≤ 5 | 0,70 | 3 < ROFA ≤ 4 | 0,55 | 2 < ROFA ≤ 3 | 0,40 | 1 < ROFA ≤ 2 | 0,25 | ROFA ≤ 1 | 0 |
| Return on Fixed Asset (%) (ROFA) | SROR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ROFA > 6 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 < ROFA ≤ 6 | 0,85 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 < ROFA ≤ 5 | 0,70 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 < ROFA ≤ 4 | 0,55 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 < ROFA ≤ 3 | 0,40 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 < ROFA ≤ 2 | 0,25 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ROFA ≤ 1 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------|--|
| Nama Indikator | Imbalan Ekuitas (<i>Return Of Equity</i>) |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Input |
| Dimensi | Efektivitas, efisiensi |
| Perspektif | Keuangan |
| Subaspek | Rentabilitas |
| Tujuan | Untuk mengukur sejauh mana kemampuan rumah sakit dalam menerapkan kemandirian dan peningkatan kesejahteraan karyawan serta terselenggaranya pemanfaatan keuangan yang sesuai |
| Definisi Operasional | ROE adalah rasio yang berguna untuk menghasilkan keuntungan. surplus/defisit sebelum pos keuntungan/kerugian, tanpa memperhitungkan pendapat investasi yang bersumber APBD dan biaya penyusutan yang dibagi ekuitas dari selisih antara hak residual BLUD RSUD atas aset dengan seluruh kewajiban yang dimiliki. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan |
| Numerator (Pembilang) | Surplus atau Defisit sebelum Pos Keuntungan atau Kerugian |
| Numerator | Ekuitas - Surplus atau Defisit sebelum Pos Keuntungan atau |

| (Pembilang) | Kerugian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|----------------------|------|---------|---|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|---------|---|
| Formula | $\frac{\text{Surplus atau Defisit sebelum Pos Keuntungan atau Kerugian}}{\text{Ekuitas - Surplus atau Defisit sebelum Pos Keuntungan atau Kerugian}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Data Bagian Keuangan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | > 8 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Return of Equity (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ROE > 8</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>7 < ROE ≤ 8</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>6 < ROE ≤ 7</td> <td>0,7</td> </tr> <tr> <td>5 < ROE ≤ 6</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>4 < ROE ≤ 5</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>3 < ROE ≤ 4</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>2 < ROE ≤ 3</td> <td>0,3</td> </tr> <tr> <td>1 < ROE ≤ 2</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>0 < ROE ≤ 1</td> <td>0,1</td> </tr> <tr> <td>ROE = 0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Return of Equity (%) | Skor | ROE > 8 | 1 | 7 < ROE ≤ 8 | 0,8 | 6 < ROE ≤ 7 | 0,7 | 5 < ROE ≤ 6 | 0,6 | 4 < ROE ≤ 5 | 0,5 | 3 < ROE ≤ 4 | 0,4 | 2 < ROE ≤ 3 | 0,3 | 1 < ROE ≤ 2 | 0,2 | 0 < ROE ≤ 1 | 0,1 | ROE = 0 | 0 |
| Return of Equity (%) | Skor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ROE > 8 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 < ROE ≤ 8 | 0,8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 < ROE ≤ 7 | 0,7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 < ROE ≤ 6 | 0,6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 < ROE ≤ 5 | 0,5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 < ROE ≤ 4 | 0,4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 < ROE ≤ 3 | 0,3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 < ROE ≤ 2 | 0,2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 < ROE ≤ 1 | 0,1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ROE = 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

b. Subaspek Likuiditas

| | |
|----------------------------|--|
| Nama Indikator | Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>) |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Efisiensi dan Efektivitas Pengelolaan Keuangan BLUD RSU |
| Perspektif | Keuangan |
| Subaspek | Likuiditas |
| Tujuan | Membandingkan antara kas, setara kas dengan kewajiban jangka pendek |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kas adalah uang tunai atau saldo bank yang setiap saat dapat digunakan untuk membiayai kegiatan BLUD RSU, tidak termasuk saldo bank pada rekening dana kelolaan (KIS/BPJS) yang belum menjadi hak BLUD RSU. 2. Setara kas (cash equivalent) merupakan bagian dari aset lancar yang sangat likuid, yang dapat dikonversi menjadi kas dalam jangka waktu 1 sampai dengan 3 bulan tanpa menghadapi risiko perubahan nilai yang signifikan, tidak termasuk piutang dan persediaan. 3. Kewajiban Jangka Pendek merupakan kewajiban yang diharapkan akan di bayar/diselesaikan atau jatuh tempo dalam waktu 12 bulan setelah tanggal neraca |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan |
| Numerator (Pembilang) | Kas dan Setara Kas |
| Numerator (Pembilang) | Kewajiban Jangka Pendek |
| Formula | $\frac{\text{Kas dan Setara Kas}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}} \times 100\%$ |
| Sumber Data | Keuangan |
| Standar | 240% < RK ≤ 300% |

| | | |
|--------------------|----------------------|-----------------------------------|
| Kriteria Penilaian | Rasio Kas (%) | Skor |
| | RK > 480 | 0,2 |
| | 420 < RK ≤ 480 | 0,4 |
| | 360 < RK ≤ 420 | 0,6 |
| | 300 < RK ≤ 360 | 0,8 |
| | 240 < RK ≤ 300 | 1 |
| | 180 < RK ≤ 240 | 0,8 |
| | 120 < RK ≤ 180 | 0,6 |
| | 60 < RK ≤ 120 | 0,4 |
| | 0 < RK ≤ 60 | 0,2 |
| | RK = 0 | 0 |
| | PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi |

| | |
|----------------------------|---|
| Nama Indikator | Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>) |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Efektivitas Pengelolaan Keuangan BLUD |
| Perspektif | Keuangan |
| Subaspek | Likuiditas |
| Tujuan | Membandingkan antara aset lancar dengan kewajiban jangka pendek |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aset lancar meliputi kas dan setara kas, investasi jangka pendek, piutang usaha, piutang lain-lain, persediaan, uang muka, dan dibayarkan di muka, tidak termasuk saldo pada bank pada rekening dana kelolaan (Kis/BPJS) yang belum menjadi hak BLUD. 2. Kewajiban Jangka Pendek merupakan kewajiban yang diharapkan akan di bayar/diselesaikan atau jatuh tempo dalam waktu 12 bulan setelah tanggal neraca. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan |
| Numerator (Pembilang) | Aset Lancar |
| Numerator (Pembilang) | Kewajiban Jangka Pendek |
| Formula | $\frac{\text{Aset Lancar}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}} \times 100\%$ |
| Sumber Data | Keuangan |
| Standar | > 600% |

| | | |
|--------------------|-----------------------------------|-------------|
| Kriteria Penilaian | Rasio Lancar (%) | Skor |
| | RL > 600 | 1 |
| | 480 < RL ≤ 600 | 0.85 |
| | 360 < RL ≤ 480 | 0,7 |
| | 240 < RL ≤ 360 | 0,55 |
| | 120 < RL ≤ 240 | 0,4 |
| | 0 < RL ≤ 120 | 0,25 |
| | RL = 0 | 0 |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | |

c. Subaspek Solvabilitas

| | | |
|----------------------------|---|-------------|
| Nama Indikator | <i>Debt to Asset Ratio (DAR)</i> | |
| Area | Manajerial | |
| Pendekatan Sistem | Input | |
| Dimensi | Efisiensi dan Efektifitas | |
| Perspektif | Keuangan | |
| Subaspek | Solvabilitas | |
| Tujuan | Untuk mengetahui bagaimana kondisi utang rumah sakit sehingga dapat menganalisis bagaimana kemampuan perusahaan dalam mengelola modalnya. | |
| Definisi Operasional | <i>Debt to Asset Ratio (DAR)</i> adalah rasio yang digunakan untuk rasio utang dibagi total aset yang dimiliki Rumah Sakit. | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | |
| Numerator (Pembilang) | Total utang | |
| Numerator (Pembilang) | Total Aset | |
| Formula | $\frac{\text{Total utang}}{\text{Total Aset}} \times 100\%$ | |
| Sumber Data | Keuangan | |
| Standar | ≤ 35 % | |
| Kriteria Penilaian | DAR (%) | Skor |
| | DAR ≤ 35 | 1 |
| | 35 > DAR ≥ 45 | 0,65 |
| | 45 > DAR ≥ 55 | 0,35 |
| | 55 > DAR ≥ 65 | 0 |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | |

d. Subaspek Penerimaan Jasa Layanan

| | |
|-------------------|--|
| Nama Indikator | Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover) |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Proses |

| Dimensi | Efektif dan Efisien Pengelolaan Keuangan BLUD | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------------|------|----------|------|---------------|------|---------------|------|--------------|------|-----------|------|---------|---|
| Perspektif | Keuangan | | | | | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Penerimaan Jasa Layanan | | | | | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Membandingkan antara Pendapatan Operasional dengan Aset Tetap | | | | | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perputaran Aset Tetap adalah suatu Rasio Keuangan untuk mengukur seberapa Efektif dan Efisien suatu BLUD RSU dalam menggunakan Aset Tetapnya untuk menghasilkan suatu Pendapatan. Kemampuan BLUD RSU menghasilkan penjualan dari aktiva tetap yg dimilikinya. 2. Pendapatan operasional merupakan PNBK BLUD yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLUD RSU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBD dan hibah. Aset tetap dihitung berdasarkan nilai perolehan aset tetap dikurangi konstruksi dalam pengerjaan. | | | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan (12 Bulan) | | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Pendapatan Operasional | | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Aset Tetap | | | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Aset Tetap}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Keuangan | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | > 20 % | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Perputaran Aset Tetap (%) (PAT)</th> <th>SKOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PAT > 20</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>15 < PAT ≤ 20</td> <td>0.80</td> </tr> <tr> <td>10 < PAT ≤ 15</td> <td>0.60</td> </tr> <tr> <td>5 < PAT ≤ 10</td> <td>0.40</td> </tr> <tr> <td>0 PAT ≤ 5</td> <td>0.20</td> </tr> <tr> <td>PAT = 0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Perputaran Aset Tetap (%) (PAT) | SKOR | PAT > 20 | 1.00 | 15 < PAT ≤ 20 | 0.80 | 10 < PAT ≤ 15 | 0.60 | 5 < PAT ≤ 10 | 0.40 | 0 PAT ≤ 5 | 0.20 | PAT = 0 | 0 |
| Perputaran Aset Tetap (%) (PAT) | SKOR | | | | | | | | | | | | | | |
| PAT > 20 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 < PAT ≤ 20 | 0.80 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 < PAT ≤ 15 | 0.60 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 < PAT ≤ 10 | 0.40 | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 PAT ≤ 5 | 0.20 | | | | | | | | | | | | | | |
| PAT = 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------|--|
| Nama Indikator | Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>) |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Input |
| Dimensi | Efisiensi, efektivitas |
| Perspektif | Keuangan |
| Subaspek | Penerimaan Jasa Layanan |
| Tujuan | Menyusun perencanaan kebutuhan dari masing-masing unit pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan membuat pendokumentasian sesuai dengan standar. |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perputaran persediaan yang sering pula disebut dengan <i>Inventory Turnover</i>. Rasio ini digunakan untuk mengukur seberapa lama waktu yang dibutuhkan perusahaan/rumah sakit untuk menjual/menghabiskan persediaannya. 2. Total Persediaan adalah seluruh barang persediaan yang |

| | <p>dimiliki oleh rumah sakit sebagaimana diatur dalam PSAP (Pernyataan Standar Akuntansi Pemerintahan).</p> <p>3. Pendapatan BLUD RSU merupakan pendapatan BLUD yang terdiri atas pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLUD, termasuk pendapatan yang berasal dari APBD</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|------------------------------|------|---------|---|--------------|------|--------------|-----|--------------|------|--------------|---|--------------|------|--------------|-----|-------------|------|------------|---|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Total Persediaan x 365 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Pendapatan BLUD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Total Persediaan} \times 365}{\text{Pendapatan BLUD}} \times 1 \text{ hari}$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Keuangan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | 30 < PP ≤ 35 hari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Perputaran Persediaan (Hari)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PP > 60</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>55 < PP ≤ 60</td> <td>0,25</td> </tr> <tr> <td>45 < PP ≤ 55</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>35 < PP ≤ 45</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>30 < PP ≤ 35</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>25 < PP ≤ 30</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>15 < PP ≤ 25</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>5 < PP ≤ 15</td> <td>0,25</td> </tr> <tr> <td>0 < PP ≤ 5</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Perputaran Persediaan (Hari) | Skor | PP > 60 | 0 | 55 < PP ≤ 60 | 0,25 | 45 < PP ≤ 55 | 0,5 | 35 < PP ≤ 45 | 0,75 | 30 < PP ≤ 35 | 1 | 25 < PP ≤ 30 | 0,75 | 15 < PP ≤ 25 | 0,5 | 5 < PP ≤ 15 | 0,25 | 0 < PP ≤ 5 | 0 |
| Perputaran Persediaan (Hari) | Skor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PP > 60 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 < PP ≤ 60 | 0,25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 < PP ≤ 55 | 0,5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 < PP ≤ 45 | 0,75 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 < PP ≤ 35 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 < PP ≤ 30 | 0,75 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 < PP ≤ 25 | 0,5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 < PP ≤ 15 | 0,25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 < PP ≤ 5 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------|---|
| Nama Indikator | Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Input |
| Dimensi | Efisiensi dan Efektivitas |
| Perspektif | Finansial |
| Subaspek | Penerimaan Jasa Layanan |
| Tujuan | Penyusunan perencanaan sumber daya : man, money, material, method |
| Definisi Operasional | <p>Pendapatan PNBPN merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain termasuk pendapatan yang berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLUD, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBD.</p> <p>Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBD dan pendapatan PNBPN BLUD RSU.</p> |
| Frekuensi | Tahunan |

| Pengumpulan Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|------|---------|------|--------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|-------------|-----|------------|-----|
| Numerator (Pembilang) | Pendapatan PNBPNBP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Biaya Operasional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Pendapatan PNBPNBP}}{\text{Biaya Operasional}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Keuangan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | >75% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rasio PNPB terhadap Biaya Operasional (PB)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PB > 75</td> <td>10,0</td> </tr> <tr> <td>57 < PB ≤ 75</td> <td>9,0</td> </tr> <tr> <td>50 < PB ≤ 57</td> <td>8,0</td> </tr> <tr> <td>42 < PB ≤ 50</td> <td>7,0</td> </tr> <tr> <td>35 < PB ≤ 42</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>28 < PB ≤ 35</td> <td>5,0</td> </tr> <tr> <td>20 < PB ≤ 28</td> <td>4,0</td> </tr> <tr> <td>12 < PB ≤ 20</td> <td>3,0</td> </tr> <tr> <td>4 < PB ≤ 12</td> <td>2,0</td> </tr> <tr> <td>0 < PB ≤ 4</td> <td>1,0</td> </tr> </tbody> </table> | Rasio PNPB terhadap Biaya Operasional (PB) | Skor | PB > 75 | 10,0 | 57 < PB ≤ 75 | 9,0 | 50 < PB ≤ 57 | 8,0 | 42 < PB ≤ 50 | 7,0 | 35 < PB ≤ 42 | 6,0 | 28 < PB ≤ 35 | 5,0 | 20 < PB ≤ 28 | 4,0 | 12 < PB ≤ 20 | 3,0 | 4 < PB ≤ 12 | 2,0 | 0 < PB ≤ 4 | 1,0 |
| Rasio PNPB terhadap Biaya Operasional (PB) | Skor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PB > 75 | 10,0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57 < PB ≤ 75 | 9,0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 < PB ≤ 57 | 8,0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 < PB ≤ 50 | 7,0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 < PB ≤ 42 | 6,0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 < PB ≤ 35 | 5,0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 < PB ≤ 28 | 4,0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 < PB ≤ 20 | 3,0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 < PB ≤ 12 | 2,0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 < PB ≤ 4 | 1,0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------|--|
| Nama Indikator | Persentasi Rekam Medis Yang Dapat Diklaim Dalam Sebulan |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Efisiensi dan Efektifitas |
| Perspektif | Keuangan |
| Subaspek | Penerimaan Jasa Layanan |
| Tujuan | Tergambarnya persentasi jumlah klaim rekam medis |
| Definisi Operasional | Persentasi rekam medis yang dapat diklaim adalah persentasi dokumen permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh rumah sakit kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan yang diperoleh dari kelengkapan rekam medis pasien. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah rekam medis yang dapat diklaim |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah rekam medis yang diajukan |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah rekam medis yang dapat diklaim}}{\text{Jumlah rekam medis yang diajukan}} \times 100\%$ |
| Sumber Data | Casemix |
| Standar | >90% |

| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Persentasi Rekam Medis Yang Dapat Diklaim Dalam Sebulan (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil > 90 %</td> <td>1,0</td> </tr> <tr> <td>80 < Hasil ≤ 90</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>70 < Hasil ≤ 80</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>60 < Hasil ≤ 70</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>Hasil ≤ 60</td> <td>0,2</td> </tr> </tbody> </table> | Persentasi Rekam Medis Yang Dapat Diklaim Dalam Sebulan (%) | Skor | Hasil > 90 % | 1,0 | 80 < Hasil ≤ 90 | 0,8 | 70 < Hasil ≤ 80 | 0,6 | 60 < Hasil ≤ 70 | 0,4 | Hasil ≤ 60 | 0,2 |
|--------------------|--|---|------|--------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|------------|-----|
| | Persentasi Rekam Medis Yang Dapat Diklaim Dalam Sebulan (%) | Skor | | | | | | | | | | | |
| | Hasil > 90 % | 1,0 | | | | | | | | | | | |
| | 80 < Hasil ≤ 90 | 0,8 | | | | | | | | | | | |
| | 70 < Hasil ≤ 80 | 0,6 | | | | | | | | | | | |
| | 60 < Hasil ≤ 70 | 0,4 | | | | | | | | | | | |
| Hasil ≤ 60 | 0,2 | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Unit Casemix | | | | | | | | | | | | |

| Nama Indikator | Presentasi Peningkatan Sumber Pendapatan Lain | | | | | | | | |
|--|--|--|------|------------|---|-----------------|-----|-------------|---|
| Area | Manajerial | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | |
| Dimensi | Efisiensi dan Efektifitas | | | | | | | | |
| Perspektif | Keuangan | | | | | | | | |
| Subaspek | Penerimaan Jasa Layanan | | | | | | | | |
| Tujuan | Tergambarnya sumber pendapatan lain-lain rumah sakit | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | <p>Persentasi peningkatan sumber pendapatan lain-lain adalah sumber pendapatan rumah sakit selain yang berasal dari pelayanan kepada pasien setiap tahun dan tidak termasuk pendapatan hibah, antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Automatic Teller Machine</i>; 2. Parkir; 3. kantin; dan 4. dan lain-lain | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Pendapatan lain-lain tahun sekarang dikurang pendapatan lain-lain tahun sebelumnya | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Pendapatan lain-lain tahun sebelumnya | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Pendapatan lain - lain tahun sekarang} - \text{Pendapatan lain - lain tahun sebelumnya}}{\text{Pendapatan lain - lain tahun sebelumnya}}$ | | | | | | | | |
| Sumber Data | Keuangan | | | | | | | | |
| Standar | ≥ 5% | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Presentasi Peningkatan Sumber Pendapatan dan Lain-lain</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil ≥ 5%</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2,5 < Hasil < 5</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>Hasil < 2,5</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Presentasi Peningkatan Sumber Pendapatan dan Lain-lain | Skor | Hasil ≥ 5% | 1 | 2,5 < Hasil < 5 | 0,5 | Hasil < 2,5 | 0 |
| Presentasi Peningkatan Sumber Pendapatan dan Lain-lain | Skor | | | | | | | | |
| Hasil ≥ 5% | 1 | | | | | | | | |
| 2,5 < Hasil < 5 | 0,5 | | | | | | | | |
| Hasil < 2,5 | 0 | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | |

e. Subaspek Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD RSU

| | |
|-------------------|---|
| Nama Indikator | Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Input |
| Dimensi | Efisiensi |
| Perspektif | Keuangan |

| Subaspek | Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------|---|------|--|---|-----|--|---|---|--|-------------|------|--|----|-------|--------------------------------------|-----|---|--|-----|---|---|-----|---|--|-----|---|
| Tujuan | Menyusun perencanaan strategi sesuai dengan pendekatan perspektif BSC, kebutuhan, pengusulan perencanaan secara <i>bottom up</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | RBA BLUD RSU adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran yang berisi program, kegiatan, target kinerja, dan anggaran suatu BLUD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Perencanaan dan Penilaian Kinerja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | Jangka Waktu RBA Definitif Ditandatangani Pimpinan Lembaga Sampai dengan tanggal 31 Desember tahun sebelumnya Kelengkapan Ditandatangani oleh pemimpin BLUD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jangka Waktu RBA Definitif Ditandatangani Gubernur / Pimpinan Lembaga</th> <th colspan="2">Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Sampai dengan tanggal 31 Desember tahun sebelumnya</td> <td colspan="2">0,1</td> </tr> <tr> <td>2. Setelah tanggal 31 Desember tahun sebelumnya</td> <td colspan="2">0</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Kelengkapan</th> <th colspan="2">SKOR</th> </tr> <tr> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Ditandatangani oleh pemimpin BLUD</td> <td>0,1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2. Diketahui oleh dewan pengawas yang ditunjuk oleh pimpinan lembaga jika BLUD tidak memiliki dewan pengawas</td> <td>0,1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3. Disetujui dan ditandatangani oleh pimpinan Lembaga</td> <td>0,1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>4. Kesesuaian format dengan PMK No.92 /PMK.05/2011</td> <td>0,1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | | Jangka Waktu RBA Definitif Ditandatangani Gubernur / Pimpinan Lembaga | Skor | | 1. Sampai dengan tanggal 31 Desember tahun sebelumnya | 0,1 | | 2. Setelah tanggal 31 Desember tahun sebelumnya | 0 | | Kelengkapan | SKOR | | Ya | Tidak | 1. Ditandatangani oleh pemimpin BLUD | 0,1 | 0 | 2. Diketahui oleh dewan pengawas yang ditunjuk oleh pimpinan lembaga jika BLUD tidak memiliki dewan pengawas | 0,1 | 0 | 3. Disetujui dan ditandatangani oleh pimpinan Lembaga | 0,1 | 0 | 4. Kesesuaian format dengan PMK No.92 /PMK.05/2011 | 0,1 | 0 |
| Jangka Waktu RBA Definitif Ditandatangani Gubernur / Pimpinan Lembaga | Skor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Sampai dengan tanggal 31 Desember tahun sebelumnya | 0,1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Setelah tanggal 31 Desember tahun sebelumnya | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kelengkapan | SKOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ya | Tidak | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Ditandatangani oleh pemimpin BLUD | 0,1 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Diketahui oleh dewan pengawas yang ditunjuk oleh pimpinan lembaga jika BLUD tidak memiliki dewan pengawas | 0,1 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Disetujui dan ditandatangani oleh pimpinan Lembaga | 0,1 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Kesesuaian format dengan PMK No.92 /PMK.05/2011 | 0,1 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Subbagian Perencanaan dan Penilaian Kinerja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------|--|
| Nama Indikator | Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintah (SAP) |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Output |
| Dimensi | Efektivitas |
| Perspektif | Kuangan |
| Subaspek | Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD |
| Tujuan | Tergambarnya disiplin penyusunan laporan keuangan, Sebagai dasar hukum dalam pengelolaan keuangan rumah sakit sesuai dengan standar. |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas 2. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya 3. Sesuai ketentuan PP Nomor 23 Tahun 2005 dan PMK Nomor 220/PMK.05/2016, BLUD diwajibkan menyusun Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) serta menyampaikannya ke Direktorat Pembinaan PK BLUD dengan jadwal sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> a. Semester 1: Paling lambat tanggal 15 Juli b. Tahunan Unaudited: Paling lambat tanggal 22 Januari tahun anggaran berikutnya |

| | c. Tahunan Audited: Paling lambat pada tanggal batas akhir penyampaian Laporan Keuangan Audited kepada BPKPAD (sesuai dengan tanggal yang akan ditentukan setiap tahunnya) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|---------------|-------------------|------|----------------|---------------------------------------|-------|--------------------------|-------|---------------------------------|-------|-------------------------|---|-------|--------------------------|-------|---------------------------------|-------|--------------------|--|-------|--------------------------|-------|---------------------------------|-------|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Keuangan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | <ol style="list-style-type: none"> Semester 1: Paling lambat tanggal 15 Juli Tahunan Unaudited: Paling lambat tanggal 22 Januari tahun anggaran berikutnya 3Tahunan Audited: Paling lambat pada tanggal batas akhir penyampaian Laporan Keuangan Audited kepada BPKPAD (Sesuai dengan tanggal yang akan ditentukan setiap tahunnya) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jenis Laporan</th> <th>Waktu Penyampaian</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">LK. Semester 1</td> <td>1. Disampaikan sampai dgn tgl 15 juli</td> <td>0,083</td> </tr> <tr> <td>2. Terlambat s.d 30 hari</td> <td>0,042</td> </tr> <tr> <td>3. Terlambat lebih dari 30 hari</td> <td>0,021</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">LK. Tahunan (Unaudited)</td> <td>1. Disampaikan sampai dgn tgl 22 Januari tahun berikutnya</td> <td>0,083</td> </tr> <tr> <td>2. terlambat s.d 30 hari</td> <td>0,042</td> </tr> <tr> <td>3. terlambat lebih dari 30 hari</td> <td>0,021</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">LK.Tahunan Audited</td> <td>1. disampaikan sampai dengan batas akhir penyampaian Laporan Keuangan Audited kepada BKAD (sesuai tgl yg ditetapkan tiap tahunnya)</td> <td>0,084</td> </tr> <tr> <td>2. terlambat s.d 30 hari</td> <td>0,042</td> </tr> <tr> <td>3. terlambat lebih dari 30 hari</td> <td>0,021</td> </tr> </tbody> </table> | Jenis Laporan | Waktu Penyampaian | Skor | LK. Semester 1 | 1. Disampaikan sampai dgn tgl 15 juli | 0,083 | 2. Terlambat s.d 30 hari | 0,042 | 3. Terlambat lebih dari 30 hari | 0,021 | LK. Tahunan (Unaudited) | 1. Disampaikan sampai dgn tgl 22 Januari tahun berikutnya | 0,083 | 2. terlambat s.d 30 hari | 0,042 | 3. terlambat lebih dari 30 hari | 0,021 | LK.Tahunan Audited | 1. disampaikan sampai dengan batas akhir penyampaian Laporan Keuangan Audited kepada BKAD (sesuai tgl yg ditetapkan tiap tahunnya) | 0,084 | 2. terlambat s.d 30 hari | 0,042 | 3. terlambat lebih dari 30 hari | 0,021 |
| Jenis Laporan | Waktu Penyampaian | Skor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LK. Semester 1 | 1. Disampaikan sampai dgn tgl 15 juli | 0,083 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. Terlambat s.d 30 hari | 0,042 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3. Terlambat lebih dari 30 hari | 0,021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LK. Tahunan (Unaudited) | 1. Disampaikan sampai dgn tgl 22 Januari tahun berikutnya | 0,083 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. terlambat s.d 30 hari | 0,042 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3. terlambat lebih dari 30 hari | 0,021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LK.Tahunan Audited | 1. disampaikan sampai dengan batas akhir penyampaian Laporan Keuangan Audited kepada BKAD (sesuai tgl yg ditetapkan tiap tahunnya) | 0,084 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. terlambat s.d 30 hari | 0,042 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3. terlambat lebih dari 30 hari | 0,021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------|--|
| Nama Indikator | Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLUD |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Input |
| Dimensi | Efektivitas dan efisiensi |
| Perspektif | Keuangan |
| Subaspek | Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD |
| Tujuan | Tergambarnya disiplin pelaporan keuangan, pemberian penghargaan atas kinerja staff. |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja yang selanjutnya disebut SP3B adalah surat perintah pengesahan yang diterbitkan oleh PA pada RS kepada Bendahara Umum Daerah untuk mengesahkan pendapatan dan atau belanja berupa uang yang digunakan langsung. SP3B disamping memuat pendapatan dan belanja, juga memuat jumlah saldo awal kas yang telah sesuai dengan saldo akhir kas triwulan sebelumnya BLUD mengajukan SP3B BLUD ke KPPN minimal satu kali dalam satu triwulan, yaitu paling lambat disampaikan pada akhir triwulan berkenaan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan |
| Sumber Data | Keuangan |

| Standar | <ol style="list-style-type: none"> 1. SP3B BLUD Triwulan I disampaikan sampai akhir triwulan I dan saldo kas telah sesuai 2. SP3B BLUD Triwulan II disampaikan sampai akhir triwulan II dan saldo kas telah sesuai 3. SP3B BLUD Triwulan III disampaikan sampai akhir triwulan III dan saldo kas telah sesuai 4. SP3B BLUD Triwulan IV disampaikan sesuai dengan langkah-langkah akhir tahun anggaran dan saldo kas telah sesuai | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|-------|--|-----------|---------------------------------------|------|----------------------|---|-------|---|---|---------------------------|-------|-----------------------|---|-------|---|---|---------------------------|-------|------------------------|---|-------|---|---|---------------------------|-------|-----------------------|---|------|---|---|---------------------------|------|
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jenis SPM</th> <th>Waktu Penyampaian Kebenaran Saldo Kas</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">SP3B BLUD Triwulan I</td> <td>1. Disampaikan sampai paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya</td> <td>0,025</td> </tr> <tr> <td>2. Disampaikan lebih dari tanggal 10 bulan berikutnya</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3. Saldo kas telah sesuai</td> <td>0,025</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">SP3B BLUD Triwulan II</td> <td>1. Disampaikan sampai paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya</td> <td>0,025</td> </tr> <tr> <td>2. Disampaikan lebih dari tanggal 10 bulan berikutnya</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3. Saldo kas telah sesuai</td> <td>0,025</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">SP3B BLUD Triwulan III</td> <td>1. Disampaikan sampai paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya</td> <td>0,025</td> </tr> <tr> <td>2. Disampaikan lebih dari tanggal 10 bulan berikutnya</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3. Saldo kas telah sesuai</td> <td>0,025</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">SP3B BLUD Triwulan IV</td> <td>1. Disampaikan sampai paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya</td> <td>0,05</td> </tr> <tr> <td>2. Disampaikan lebih dari tanggal 10 bulan berikutnya</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3. Saldo kas telah sesuai</td> <td>0,05</td> </tr> </tbody> </table> | | | Jenis SPM | Waktu Penyampaian Kebenaran Saldo Kas | Skor | SP3B BLUD Triwulan I | 1. Disampaikan sampai paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya | 0,025 | 2. Disampaikan lebih dari tanggal 10 bulan berikutnya | 0 | 3. Saldo kas telah sesuai | 0,025 | SP3B BLUD Triwulan II | 1. Disampaikan sampai paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya | 0,025 | 2. Disampaikan lebih dari tanggal 10 bulan berikutnya | 0 | 3. Saldo kas telah sesuai | 0,025 | SP3B BLUD Triwulan III | 1. Disampaikan sampai paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya | 0,025 | 2. Disampaikan lebih dari tanggal 10 bulan berikutnya | 0 | 3. Saldo kas telah sesuai | 0,025 | SP3B BLUD Triwulan IV | 1. Disampaikan sampai paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya | 0,05 | 2. Disampaikan lebih dari tanggal 10 bulan berikutnya | 0 | 3. Saldo kas telah sesuai | 0,05 |
| Jenis SPM | Waktu Penyampaian Kebenaran Saldo Kas | Skor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SP3B BLUD Triwulan I | 1. Disampaikan sampai paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya | 0,025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. Disampaikan lebih dari tanggal 10 bulan berikutnya | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3. Saldo kas telah sesuai | 0,025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SP3B BLUD Triwulan II | 1. Disampaikan sampai paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya | 0,025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. Disampaikan lebih dari tanggal 10 bulan berikutnya | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3. Saldo kas telah sesuai | 0,025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SP3B BLUD Triwulan III | 1. Disampaikan sampai paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya | 0,025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. Disampaikan lebih dari tanggal 10 bulan berikutnya | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3. Saldo kas telah sesuai | 0,025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SP3B BLUD Triwulan IV | 1. Disampaikan sampai paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya | 0,05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. Disampaikan lebih dari tanggal 10 bulan berikutnya | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3. Saldo kas telah sesuai | 0,05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|----------------------------|---|--|------|
| Nama Indikator | Tarif Layanan | | |
| Area | Manajerial | | |
| Pendekatan Sistem | Input | | |
| Dimensi | Efektivitas dan Efisiensi | | |
| Perspektif | Keuangan | | |
| Subaspek | Kepatuhan pengelolaan keuangan BLUD | | |
| Tujuan | Sebagai acuan dalam menentukan nilai jasa layanan | | |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tarif lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh jasa pelayanan. 2. Sedangkan pengertian harga lebih terkait pada besarnya biaya yang dikeluarkan untuk memperoleh barang 3. Sesuai ketentuan PP Nomor 23 Tahun 2005 dan PMK 100/PMK.05/2016, BLUD harus memiliki tarif layanan yang ditetapkan oleh Menteri Keuangan dan/atau didelegasikan kepada menteri/pimpinan lembaga/pemimpin BLUD sebagaimana ditetapkan dalam Keputusan Menteri Keuangan mengenai penetapan tarif layanan BLUD berkenaan. | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | |
| Sumber Data | Keuangan | | |
| Standar | Tarif telah ditetapkan oleh Peraturan Wali Kota | | |
| Kriteria Penilaian | Tahap Pengusulan | | Skor |
| | Apabila tarif telah ditetapkan oleh Peraturan Walikota | | 0.25 |
| | Apabila tarif masih dalam proses penilaian di Peraturan Walikota | | 0.19 |
| | Apabila tarif belum diusulkan ke Walikota, namun penggunaan tarif berdasarkan Peraturan Direktur | | 0.13 |
| | Apabila tarif belum diusulkan ke Walikota namun menggunakan tarif yang ditetapkan Direktur | | 0.07 |
| | Apabila tarif belum diusulkan ke Walikota namun | | 0 |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| | menggunakan tarif yang ditetapkan BLUD | | |
| PIC | Kepala Seksi Informasi Hukum dan Pengaduan | | |

| Nama Indikator | Sistem Akuntansi | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------|--|-----------------------------------|------|--|----|-------|---------------------------|-------|---|------------------------|--------|---|-----------------------------|--------|---|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Input | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efektivitas dan Efisien | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Keuangan | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Sebagai dasar hukum dalam pengelolaan keuangan rumah sakit sesuai dengan standar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem akuntansi artinya adalah suatu metode dan prosedur untuk mencatat dan melaporkan informasi dan kondisi keuangan bagi manajemen perusahaan atau organisasi bisnis/rumah sakit 2. Sesuai Ketentuan PP Nomor 23 Tahun 2005 dan PMK Nomor 220/PMK.05/2016, BLUD menyelenggarakan dan mengembangkan subsistem akuntansi secara mandiri untuk dapat menghasilkan pencatatan transaksional sesuai dengan karakteristik BLUD. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Keuangan | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Subsistem Akuntansi Transaksional</th> <th colspan="2">SKOR</th> </tr> <tr> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sistem Akuntansi Keuangan</td> <td>0,125</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Sistem Akuntansi Biaya</td> <td>0,0625</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Sistem Akuntansi Aset Tetap</td> <td>0,0625</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | | | Subsistem Akuntansi Transaksional | SKOR | | Ya | Tidak | Sistem Akuntansi Keuangan | 0,125 | 0 | Sistem Akuntansi Biaya | 0,0625 | 0 | Sistem Akuntansi Aset Tetap | 0,0625 | 0 |
| Subsistem Akuntansi Transaksional | SKOR | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ya | Tidak | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sistem Akuntansi Keuangan | 0,125 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sistem Akuntansi Biaya | 0,0625 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sistem Akuntansi Aset Tetap | 0,0625 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|----------------------------|--|--|--|
| Nama Indikator | Ketepatan Waktu Penerimaan Jasa Pelayanan | | |
| Area | Manajerial | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | |
| Dimensi | Efisiensi dan Efektifitas | | |
| Perspektif | Keuangan | | |
| Subaspek | Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD | | |
| Tujuan | Memberikan Gambaran terhadap Kinerja Organisasi dan Peningkatan Kinerja Pemberi Pelayanan | | |
| Definisi Operasional | Ketepatan waktu penerimaan Jasa Pelayanan adalah ketepatan hari yang dibutuhkan BLUD RSUD untuk melakukan pembayaran jasa pelayanan ke pegawai setelah dibayarkan oleh Asuransi masuk ke rekening Rumah Sakit. | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | |
| Formula | Rata-rata waktu penerimaan jasa pelayanan | | |

| Sumber Data | Keuangan dan Casemix | | | | | | | | |
|---|---|---|------|-----------------|-----|---------------------------|------|-----------------|---|
| Standar | ≤ 20 hari kerja setelah klaim diperoleh | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ketepatan Waktu Penerimaan Jasa Pelayanan</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil ≤ 20 hari</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>20 hari < Hasil ≤ 30 hari</td> <td>0.25</td> </tr> <tr> <td>Hasil > 30 hari</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Ketepatan Waktu Penerimaan Jasa Pelayanan | Skor | Hasil ≤ 20 hari | 0.5 | 20 hari < Hasil ≤ 30 hari | 0.25 | Hasil > 30 hari | 0 |
| Ketepatan Waktu Penerimaan Jasa Pelayanan | Skor | | | | | | | | |
| Hasil ≤ 20 hari | 0.5 | | | | | | | | |
| 20 hari < Hasil ≤ 30 hari | 0.25 | | | | | | | | |
| Hasil > 30 hari | 0 | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | |

| Nama Indikator | Konsistensi Perencanaan, Penganggaran dan Pelaksanaan | | | | | | | | |
|--|--|--|------|------------|-----|-----------------|------|------------|---|
| Area | Manajerial | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | |
| Dimensi | Efisiensi dan Efektifitas | | | | | | | | |
| Perspektif | Keuangan | | | | | | | | |
| Subaspek | Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD | | | | | | | | |
| Tujuan | Memberi gambaran Penyusunan Program, Kegiatan dan Anggaran sesuai dengan kebutuhan masing-masing Unit Pelayanan | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Konsistensi perencanaan penganggaran dan pelaksanaan adalah persentase terlaksananya program/kegiatan anggaran sesuai perencanaan yang telah ditetapkan dalam 1 tahun. Konsistensi hanya diukur berdasarkan RBA BLUD sesuai ketentuan perundang-undangan. | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | |
| Numerator | Jumlah program atau kegiatan yang terlaksana sesuai perencanaan | | | | | | | | |
| Denominator | Total jumlah program atau kegiatan yang dilaksanakan | | | | | | | | |
| Formulasi | $\frac{\text{Jumlah program atau kegiatan yang terlaksana sesuai perencanaan}}{\text{Total jumlah program atau kegiatan yang direncanakan}} \times 100\%$ | | | | | | | | |
| Sumber Data | Data Program dan Anggaran | | | | | | | | |
| Standar | ≥95% | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Konsistensi perencanaan penganggaran dan pelaksanaan (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil ≥ 95</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>60 ≤ Hasil < 95</td> <td>0,25</td> </tr> <tr> <td>Hasil < 60</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Konsistensi perencanaan penganggaran dan pelaksanaan (%) | Skor | Hasil ≥ 95 | 0.5 | 60 ≤ Hasil < 95 | 0,25 | Hasil < 60 | 0 |
| Konsistensi perencanaan penganggaran dan pelaksanaan (%) | Skor | | | | | | | | |
| Hasil ≥ 95 | 0.5 | | | | | | | | |
| 60 ≤ Hasil < 95 | 0,25 | | | | | | | | |
| Hasil < 60 | 0 | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Perencanaan dan Penilaian Kinerja | | | | | | | | |

| | |
|-------------------|-------------------------------------|
| Nama Indikator | Pertumbuhan Pendapatan |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Efisiensi dan Efektifitas |
| Perspektif | Keuangan |
| Subaspek | Kepatuhan pengelolaan keuangan BLUD |
| Tujuan | Memberi gambaran Pencapaian Kinerja |

| Definisi Operasional | Pertumbuhan Pendapatan adalah jumlah pendapatan yang didapatkan Rumah Sakit pada tahun berjalan dibagi jumlah pendapatan Rumah Sakit pada Tahun Sebelumnya | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|----------------------------|------|------------|------|----------------|------|---------------|------|-----------|-----|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Harian (Unit Pelayanan Rumah Sakit) dan Rekapitulasi Bulanan | | | | | | | | | | |
| Numerator | Pendapatan tahun sekarang – pendapatan tahun sebelumnya | | | | | | | | | | |
| Denominator | Pendapatan tahun sebelumnya | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Pendapatan tahun sekarang} - \text{Pendapatan tahun sebelumnya}}{\text{Pendapatan tahun sebelumnya}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Keuangan | | | | | | | | | | |
| Standar | ≥ 10% | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pertumbuhan Pendapatan (%)</th> <th>SKOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil ≥ 10</td> <td>1.25</td> </tr> <tr> <td>8 ≤ Hasil < 10</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>6 ≤ Hasil < 8</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>Hasil < 6</td> <td>0.5</td> </tr> </tbody> </table> | Pertumbuhan Pendapatan (%) | SKOR | Hasil ≥ 10 | 1.25 | 8 ≤ Hasil < 10 | 1.00 | 6 ≤ Hasil < 8 | 0.75 | Hasil < 6 | 0.5 |
| Pertumbuhan Pendapatan (%) | SKOR | | | | | | | | | | |
| Hasil ≥ 10 | 1.25 | | | | | | | | | | |
| 8 ≤ Hasil < 10 | 1.00 | | | | | | | | | | |
| 6 ≤ Hasil < 8 | 0.75 | | | | | | | | | | |
| Hasil < 6 | 0.5 | | | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | | | |

| Nama Indikator | SPO Pengelolaan Kas | | | | | | | | |
|---|--|---|------|--|----|-------|---------------------|------|---|
| Area | Manajerial | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Input | | | | | | | | |
| Dimensi | Perencanaan Persentasi Alur kas sesuai dengan prioritas kebutuhan | | | | | | | | |
| Perspektif | Keuangan | | | | | | | | |
| Subaspek | Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD | | | | | | | | |
| Tujuan | Memberi gambaran terhadap ketepatan perencanaan persentasi alur kas dan pemenuhan kebutuhan sumber daya | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Sesuai ketentuan PP Nomor 23 Tahun 2005 pasal 16, BLUD melaksanakan pengelolaan kas berdasarkan praktik bisnis yang sehat. Oleh karena itu, dalam rangka mewujudkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan kas oleh BLUD, maka pemimpin BLUD harus menetapkan SPO pengelolaan kas. | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | |
| Sumber Data | Data Keuangan | | | | | | | | |
| Standar | Tersedianya SOP Pengelolaan Kas | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">SOP Pengelolaan Kas (Ditetapkan Pemimpin BLUD)</th> <th colspan="2">Skor</th> </tr> <tr> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOP Pengelolaan Kas</td> <td>0,25</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | SOP Pengelolaan Kas (Ditetapkan Pemimpin BLUD) | Skor | | Ya | Tidak | SOP Pengelolaan Kas | 0,25 | 0 |
| SOP Pengelolaan Kas (Ditetapkan Pemimpin BLUD) | Skor | | | | | | | | |
| | Ya | Tidak | | | | | | | |
| SOP Pengelolaan Kas | 0,25 | 0 | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | |

| | |
|-------------------|---|
| Nama Indikator | SPO Pengelolaan Piutang |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Input |
| Dimensi | Kepatuhan pengelolaan keuangan terhadap SPO Pengelolaan Piutang |
| Perspektif | Keuangan |

| Subaspek | Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD | | | | | | | | | |
|---|--|-------|---|------|--|----|-------|-------------------------|------|---|
| Tujuan | Memberikan gambaran kepatuhan pengelola keuangan BLUD terhadap dokumentasi piutang sesuai SPO | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Sesuai ketentuan PP Nomor 23 Tahun 2005 pasal 17, BLUD melaksanakan pengelolaan piutang berdasarkan praktik bisnis yang sehat. Oleh karena itu, dalam rangka mewujudkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan piutang oleh BLUD, maka pemimpin BLUD harus menetapkan SPO pengelolaan piutang. | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Keuangan | | | | | | | | | |
| Standar | Tersedianya SOP Pengelolaan Piutang | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">SOP Pengelolaan Piutang (Ditetapkan Pemimpin BLUD)</th> <th colspan="2">Skor</th> </tr> <tr> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOP Pengelolaan Piutang</td> <td>0,25</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | | SOP Pengelolaan Piutang (Ditetapkan Pemimpin BLUD) | Skor | | Ya | Tidak | SOP Pengelolaan Piutang | 0,25 | 0 |
| SOP Pengelolaan Piutang (Ditetapkan Pemimpin BLUD) | Skor | | | | | | | | | |
| | Ya | Tidak | | | | | | | | |
| SOP Pengelolaan Piutang | 0,25 | 0 | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | | |

| Nama Indikator | SPO Pengelolaan Utang | | | | | | | | | |
|---|--|-------|---|------|--|----|-------|-----------------------|------|---|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Input | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efisiensi dan efektifitas pengelolaan keuangan | | | | | | | | | |
| Perspektif | Keuangan | | | | | | | | | |
| Subaspek | Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD | | | | | | | | | |
| Tujuan | Memberikan gambaran kepatuhan terhadap standar pengelolaan keuangan dengan penyusunan perencanaan terupdate | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Sesuai ketentuan PP Nomor 23 Tahun 2005 pasal 21, BLUD RSU melaksanakan pengelolaan utang berdasarkan praktik bisnis yang sehat. Oleh karena itu, dalam rangka mewujudkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan utang oleh BLUD, maka pemimpin BLUD harus menetapkan SPO pengelolaan utang. | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Data Keuangan | | | | | | | | | |
| Standar | Tersedianya SPO Pengelolaan Utang | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">SOP Pengelolaan Utang (Ditetapkan Pemimpin BLUD)</th> <th colspan="2">Skor</th> </tr> <tr> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOP Pengelolaan Utang</td> <td>0.25</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | | SOP Pengelolaan Utang (Ditetapkan Pemimpin BLUD) | Skor | | Ya | Tidak | SOP Pengelolaan Utang | 0.25 | 0 |
| SOP Pengelolaan Utang (Ditetapkan Pemimpin BLUD) | Skor | | | | | | | | | |
| | Ya | Tidak | | | | | | | | |
| SOP Pengelolaan Utang | 0.25 | 0 | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi | | | | | | | | | |

| | | |
|-------------------|---|--|
| Nama Indikator | SPO Pengadaan Barang dan Jasa | |
| Area | Manajerial | |
| Pendekatan Sistem | Input | |
| Dimensi | Efisiensi dan efektifitas pengelolaan keuangan | |
| Perspektif | Keuangan | |
| Subaspek | Kepatuhan Pengadaan Keuangan BLUD | |
| Tujuan | Memberi gambaran penyusunan terhadap Rencana Kebutuhan Barang Milik Daerah (RKBMD) dan Kepatuhan terhadap pengelolaan Aset Barang Milik Daerah. | |

| Definisi Operasional | Sesuai ketentuan PP Nomor 23 Tahun 2005 pasal 20, BLUD melaksanakan pengelolaan Barang dan Jasa berdasarkan praktik bisnis yang sehat. Oleh karena itu, dalam rangka mewujudkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan Barang dan Jasa oleh BLUD, maka pemimpin BLUD harus menetapkan SPO pengelolaan Barang dan Jasa | | | | | | | | |
|--|---|--|------|--|----|-------|-------------------------------|------|---|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | |
| Sumber Data | Data Aset | | | | | | | | |
| Standar | Tersedianya SPO Pengadaan Barang dan Jasa | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">SOP Pengadaan Barang dan Jasa (Ditetapkan Pemimpin BLUD)</th> <th colspan="2">Skor</th> </tr> <tr> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOP Pengadaan Barang dan Jasa</td> <td>0,25</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | SOP Pengadaan Barang dan Jasa (Ditetapkan Pemimpin BLUD) | Skor | | Ya | Tidak | SOP Pengadaan Barang dan Jasa | 0,25 | 0 |
| SOP Pengadaan Barang dan Jasa (Ditetapkan Pemimpin BLUD) | Skor | | | | | | | | |
| | Ya | Tidak | | | | | | | |
| SOP Pengadaan Barang dan Jasa | 0,25 | 0 | | | | | | | |
| PIC | 1. Unit Pengadaan Barang/Jasa BLUD RSU/Pejabat Pembuat Komitmen; dan 2. Subbagian Umum Kepegawaian | | | | | | | | |

| Nama Indikator | SPO Pengelolaan Barang Milik Daerah | | | | | | | | |
|--|---|--|------|--|----|-------|-----------------------------------|------|---|
| Area | Manajerial | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Input | | | | | | | | |
| Dimensi | Efisiensi dan efektivitas | | | | | | | | |
| Perspektif | Keuangan | | | | | | | | |
| Subaspek | Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD | | | | | | | | |
| Tujuan | Mengetahui alur pengelolaan Barang Milik Daerah | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Sesuai ketentuan PP Nomor 23 Tahun 2005 pasal 21, BLUD melaksanakan pengelolaan barang inventaris berdasarkan praktik bisnis yang sehat. Oleh karena itu, dalam rangka mewujudkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan barang milik daerah yang terdiri dari belanja modal dan persediaan oleh BLUD RSU, maka pemimpin BLUD harus menetapkan SPO Pengelolaan Barang Milik Daerah. | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Harian (Unit Pelayanan Rumah Sakit) dan Rekapitulasi Bulanan | | | | | | | | |
| Sumber Data | Data Barang Inventaris | | | | | | | | |
| Standar | Tersedianya SPO Pengelolaan Barang Milik Daerah | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">SOP Pengelolaan Barang Inventaris (Ditetapkan Pemimpin BLUD)</th> <th colspan="2">Skor</th> </tr> <tr> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOP Pengelolaan Barang Inventaris</td> <td>0.25</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | SOP Pengelolaan Barang Inventaris (Ditetapkan Pemimpin BLUD) | Skor | | Ya | Tidak | SOP Pengelolaan Barang Inventaris | 0.25 | 0 |
| SOP Pengelolaan Barang Inventaris (Ditetapkan Pemimpin BLUD) | Skor | | | | | | | | |
| | Ya | Tidak | | | | | | | |
| SOP Pengelolaan Barang Inventaris | 0.25 | 0 | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Umum dan Kepegawaian | | | | | | | | |

II. ASPEK NON KEUANGAN

1. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

a. Subaspek Sumber Daya Manusia

| | |
|----------------|--------------------------------------|
| Nama Indikator | Rata-Rata Jam Pelatihan Per Karyawan |
| Area | Manajerial |

| | | |
|----------------------------|---|------|
| Pendekatan Sistem | Input | |
| Dimensi | Pengembangan SDM dan Keselamatan Pasien | |
| Perspektif | Pembelajaran dan Pertumbuhan | |
| Subaspek | Sumber Daya Manusia | |
| Tujuan | Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi | |
| Definisi Operasional | Rata-rata jam pelatihan per karyawan adalah total realisasi jam pelatihan karyawan dalam 1 (satu) tahun dibagi jumlah karyawan | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah Jam Pelatihan Karyawan dalam 1 Tahun | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah karyawan dalam 1 tahun x 20 Jam | |
| Inklusi | Karyawan PNS dan Non PNS yang sudah mendapatkan pelatihan | |
| Eksklusi | - | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah Jam Pelatihan Karyawan dalam 1 Tahun}}{\text{Jumlah karyawan dalam 1 tahun x 20 jam}}$ | |
| Sumber Data | 1. Data kepegawaian unit kerja 2. Daftar/agenda diklat tahunan 3. Data staf yang ikut pelatihan 4. Laporan evaluasi kinerja staf | |
| Standar | ≥60 | |
| Kriteria Penilaian | Rata-rata Jam Pelatihan Karyawan (JPK) | Skor |
| | JPK ≥ 0.60 | 2 |
| | 0.40 ≤ JPK < 60 skor 1 | 1 |
| | 0.20 ≤ JPK < 4 | 0.5 |
| | JPK < 0.20 | 0.25 |
| Sumber Data | Data pengelolaan pendidikan dan pelatihan | |
| PIC | Sub Bagian Umum dan Kepegawaian | |

| | |
|----------------------------|--|
| Nama Indikator | Program Reward and Punishment |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Input |
| Dimensi | Pengembangan SDM dan Keselamatan Pasien |
| Perspektif | Pertumbuhan dan Pembelajaran |
| Subaspek | Sumber Daya Manusia |
| Tujuan ≥ | Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten, kapabel dan berkinerja tinggi |
| Definisi Operasional | Program reward and punishment merupakan salah satu bentuk metode untuk memotivasi dan meningkatkan kinerja pegawai. Reward (penghargaan) merupakan bentuk apresiasi dari rumah sakit kepada SDM yang berprestasi. Sedangkan punishment (sanksi) dihitung berdasarkan bentuk hukuman yang diberikan oleh rumah sakit kepada SDM yang melanggar peraturan disiplin kepegawaian |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan |
| Standar | Ada program dan dilaksanakan |

| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Uraian Program <i>Reward and Punishment</i></th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tidak ada program</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Ada program tidak dilaksanakan</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>Ada program sebagian dilaksanakan</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>Ada program dilaksanakan</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | Uraian Program <i>Reward and Punishment</i> | Skor | Tidak ada program | 0 | Ada program tidak dilaksanakan | 0,75 | Ada program sebagian dilaksanakan | 1,5 | Ada program dilaksanakan | 2 |
|--------------------------|--|---|------|-------------------|---|--------------------------------|------|-----------------------------------|-----|--------------------------|---|
| | Uraian Program <i>Reward and Punishment</i> | Skor | | | | | | | | | |
| | Tidak ada program | 0 | | | | | | | | | |
| | Ada program tidak dilaksanakan | 0,75 | | | | | | | | | |
| | Ada program sebagian dilaksanakan | 1,5 | | | | | | | | | |
| Ada program dilaksanakan | 2 | | | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Umum dan Kepegawaian | | | | | | | | | | |

| Nama Indikator | Dokumen Perencanaan Kebutuhan dan Pengembangan SDM | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------|------|-------------------|---|--------------------------------|------|-----------------------------------|-----|--------------------------|---|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Input | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Pengembangan SDM, Keselamatan Pasien | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Pertumbuhan dan Pertumbuhan | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Sumber Daya Manusia | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Tersedianya staf rumah sakit yang kompeten kapabel dan berkinerja | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Ketersediaan dokumen khusus perencanaan kebutuhan dan pengembangan SDM selama 5 (lima) tahun | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Standar | <ol style="list-style-type: none"> 1. Data kepegawaian unit kerja area kritis 2. Daftar/agenda diklat tahunan 3. Data staf yang ikut pelatihan 4. Laporan evaluasi kinerja staf | | | | | | | | | | |
| Standar | Ada dan terlaksana | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dokumen Perencanaan SDM</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tidak ada dokumen</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Ada dokumen tidak dilaksanakan</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>Ada dokumen sebagian dilaksanakan</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>Ada dokumen dilaksanakan</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | Dokumen Perencanaan SDM | Skor | Tidak ada dokumen | 0 | Ada dokumen tidak dilaksanakan | 0,75 | Ada dokumen sebagian dilaksanakan | 1,5 | Ada dokumen dilaksanakan | 2 |
| Dokumen Perencanaan SDM | Skor | | | | | | | | | | |
| Tidak ada dokumen | 0 | | | | | | | | | | |
| Ada dokumen tidak dilaksanakan | 0,75 | | | | | | | | | | |
| Ada dokumen sebagian dilaksanakan | 1,5 | | | | | | | | | | |
| Ada dokumen dilaksanakan | 2 | | | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Umum dan Kepegawaian | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------|--|
| Nama Indikator | Budaya Keselamatan |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Input |
| Dimensi | Keselamatan Pasien |
| Perspektif | Pertumbuhan dan Pembelajaran |
| Subaspek | Sumber Daya Manusia |
| Tujuan | <p>Organisasi lebih tahu jika ada kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan telah terjadi, Meningkatkan laporan kejadian yang dibuat dan belajar dari kesalahan yang terjadi akan berpotensi menurunnya kejadian yang sama berulang kembali dan keparahan dari keselamatan pasien,</p> <p>Kesadaran akan keselamatan pasien, yaitu bekerja untuk mencegah terjadinya error dan melaporkan jika ada kesalahan, Berkurangnya perawat yang merasa tertekan, bersalah, malu karena kesalahan yang diperbuat, Berkurangnya turnover pasien, Mengurangi biaya yang diakibatkan oleh kesalahan dan penambahan terapi dan mengurangi sumber daya yang dibutuhkan dalam menangani keluhan pasien.</p> |
| Definisi Operasional | Budaya keselamatan adalah hasil dari individu dan kelompok yang merupakan nilai dari sikap, persepsi, kompetensi dan perilaku |

| | yang menimbulkan komitmen dan pola dari suatu manajemen kesehatan mengenai keselamatan pasien dengan dimensi; Harapan dan tindakan dalam mempromosikan patient safety, Organization Learning, Kerjasama dalam unit, Komunikasi terbuka, Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, Respon Non Punitive terhadap kesalahan, Staffing, Dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien, Kerjasama antar unit, Handoffs dan transisi, Persepsi keseluruhan terhadap patient safety dan Frekuensi pelaporan kejadian, laporan keselamatan pasien (AHRQ, 2004). | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|------|----------|---|---------------|-----|---------------|------|----------|---|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah total skor jawaban positif responden. | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah total skor seluruh jawaban responden. Termasuk jawaban positif, negative dan netral. Tidak termasuk jawaban kosong dan tidak tahu. | | | | | | | | | | |
| Inklusi | Semua Pegawai Rumah Sakit | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | - | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah total skor jawaban positif responden}}{\text{Jumlah total seluruh jawaban responden}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Survey Budaya Keselamatan Pasien/Laporan Komite Mutu | | | | | | | | | | |
| Standar | ≥ 85% | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Budaya Keselamatan Pasien (BKP) (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BKP ≥ 85</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>60 ≤ BKP < 85</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>40 ≤ BKP < 60</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>BKP < 40</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Budaya Keselamatan Pasien (BKP) (%) | Skor | BKP ≥ 85 | 2 | 60 ≤ BKP < 85 | 1,5 | 40 ≤ BKP < 60 | 0,75 | BKP < 40 | 0 |
| Budaya Keselamatan Pasien (BKP) (%) | Skor | | | | | | | | | | |
| BKP ≥ 85 | 2 | | | | | | | | | | |
| 60 ≤ BKP < 85 | 1,5 | | | | | | | | | | |
| 40 ≤ BKP < 60 | 0,75 | | | | | | | | | | |
| BKP < 40 | 0 | | | | | | | | | | |
| PIC | Komite Mutu | | | | | | | | | | |

b. Subaspek Teknologi dan Informasi

| | |
|----------------------|---|
| Nama Indikator | Level IT Terintegrasi |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Input |
| Dimensi | Efisiensi, Efektivitas |
| Perspektif | Pertumbuhan dan Pembelajaran |
| Subaspek | Teknologi dan Informasi |
| Tujuan | Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i> |
| Definisi Operasional | <p>Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi keamanan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Basic/siloed 1 Enterprise</i>: infrastruktur dan platform terpasang, sistem informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalasi penunjang diagnostic; 2. <i>Siloed 2</i>: Infrastruktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh sistem saling terhubung |

| | <p>dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya;</p> <p>3. <i>Standar/Integrated Enterprises</i>: infrastruktur dan platform lebih mendukung operasional rumah sakit misal aset/BMN, <i>e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement</i>; dan</p> <p>4. <i>Advanced/Extended Enterprises</i>: infrastruktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan keamanan dan kebijakan yang memungkinkan <i>self provisioning</i> sebagai suatu <i>system dashboard</i>.</p> | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|-----------------------|------|----------|---|--------------------|---|----------|---|----------------|---|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | <p>1. Master Plan IT</p> <p>2. Data progress program master plan IT</p> | | | | | | | | | | |
| Standar | Terjadi Peningkatan Level IT Terintegrasi dari tahun ke tahun | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Level IT Terintegrasi</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Advanced</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Standar/Integrated</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Siloed 2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Basic/Siloed 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | Level IT Terintegrasi | Skor | Advanced | 5 | Standar/Integrated | 4 | Siloed 2 | 3 | Basic/Siloed 1 | 2 |
| Level IT Terintegrasi | Skor | | | | | | | | | | |
| Advanced | 5 | | | | | | | | | | |
| Standar/Integrated | 4 | | | | | | | | | | |
| Siloed 2 | 3 | | | | | | | | | | |
| Basic/Siloed 1 | 2 | | | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Penunjang Non Medik dan Unit SIMRS | | | | | | | | | | |

c. Subaspek Sarana dan Prasarana

| Nama Indikator | Kebersihan Lingkungan (Program Rumah Sakit Berseri) | | | | | | | | |
|---|---|---|------|-------------------------|---|---------------------------------------|------|----------------------|-----|
| Area | Manajerial | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Input | | | | | | | | |
| Dimensi | Efisiensi, Efektifitas, dan Keselamatan Pasien | | | | | | | | |
| Perspektif | Pembelajaran dan Pertumbuhan | | | | | | | | |
| Subaspek | Sarana dan Prasarana | | | | | | | | |
| Tujuan | Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah Sakit | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Kebersihan lingkungan adalah program pengembangan <i>green hospital</i> di rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku yang meliputi aspek keamanan, kenyamanan, keindahan, ketertiban, dan ramah lingkungan. | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | |
| Sumber Data | Data Kesehatan Lingkungan | | | | | | | | |
| Standar | Nilai Total ≥ 7500 | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hasil Pelaksanaan Program Rumah Sakit Berseri (Nilai Total)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nilai Total ≥ 7500</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>$5000 \leq \text{Nilai Total} < 7500$</td> <td>1,25</td> </tr> <tr> <td>Nilai Total < 5000</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table> | Hasil Pelaksanaan Program Rumah Sakit Berseri (Nilai Total) | Skor | Nilai Total ≥ 7500 | 2 | $5000 \leq \text{Nilai Total} < 7500$ | 1,25 | Nilai Total < 5000 | 0,5 |
| Hasil Pelaksanaan Program Rumah Sakit Berseri (Nilai Total) | Skor | | | | | | | | |
| Nilai Total ≥ 7500 | 2 | | | | | | | | |
| $5000 \leq \text{Nilai Total} < 7500$ | 1,25 | | | | | | | | |
| Nilai Total < 5000 | 0,5 | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Penunjang Non Medik | | | | | | | | |

| | |
|-------------------|--|
| Nama Indikator | Proper Lingkungan |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Input |
| Dimensi | Efisiensi, Efektifitas, dan Keselamatan Pasien |

| Perspektif | Pembelajaran dan Pertumbuhan | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|------|--|---|--|-----|---|---|---|-----|--|---|
| Subaspek | Sarana dan Prasarana | | | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Terstandarisasinya pengelolaan kesehatan lingkungan rumah Sakit | | | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 06 Tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup menyebutkan bahwa Proper adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan. hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun. 2. Kriteria penilaian PROPER terdiri dari dua kategori, yaitu kriteria penilaian ketaatan dan kriteria penilaian lebih dari yang dipersyaratkan dalam peraturan (beyond compliance). Peringkat dibedakan menjadi 5 bagian dalam bentuk warna, yaitu Emas, Hijau, Biru, Merah dan Hitam. | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Kesehatan Lingkungan | | | | | | | | | | | | |
| Standar | Tahunan | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hasil Pelaksanaan Program Proper Lingkungan</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hitam semua, pengukuran tidak dilaksanakan</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Merah semua, pengukuran dilaksanakan namun ada kelalaian</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>Biru semua, pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Hijau semua, pengukuran dilaksanakan dan hasil memenuhi nilai ambang batas, serta melaksanakan perbaikan lingkungan</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>Emas semua, pengukuran dilaksanakan dan hasil memenuhi nilai ambang batas, serta melaksanakan perbaikan lingkungan dan pelatihan bagi masyarakat</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | Hasil Pelaksanaan Program Proper Lingkungan | Skor | Hitam semua, pengukuran tidak dilaksanakan | 0 | Merah semua, pengukuran dilaksanakan namun ada kelalaian | 0,5 | Biru semua, pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas | 1 | Hijau semua, pengukuran dilaksanakan dan hasil memenuhi nilai ambang batas, serta melaksanakan perbaikan lingkungan | 1,5 | Emas semua, pengukuran dilaksanakan dan hasil memenuhi nilai ambang batas, serta melaksanakan perbaikan lingkungan dan pelatihan bagi masyarakat | 2 |
| Hasil Pelaksanaan Program Proper Lingkungan | Skor | | | | | | | | | | | | |
| Hitam semua, pengukuran tidak dilaksanakan | 0 | | | | | | | | | | | | |
| Merah semua, pengukuran dilaksanakan namun ada kelalaian | 0,5 | | | | | | | | | | | | |
| Biru semua, pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas | 1 | | | | | | | | | | | | |
| Hijau semua, pengukuran dilaksanakan dan hasil memenuhi nilai ambang batas, serta melaksanakan perbaikan lingkungan | 1,5 | | | | | | | | | | | | |
| Emas semua, pengukuran dilaksanakan dan hasil memenuhi nilai ambang batas, serta melaksanakan perbaikan lingkungan dan pelatihan bagi masyarakat | 2 | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Penunjang Non Medik | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------|---|
| Nama Indikator | Tingkat Keandalan Sarpras |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Input |
| Dimensi | Efisien, Efektivitas dan Keselamatan Pasien |
| Perspektif | Pembelajaran dan Pertumbuhan |
| Subaspek | Sarana dan Prasarana |
| Tujuan | Ketersediaan sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik |
| Definisi Operasional | <p>Tingkat keandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE) adalah hasil pengukuran keandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari tiga aspek yaitu: ketersediaan, kinerja dan kualitas.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ketersediaan (availability): Ke adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tersebut direncanakan beroperasi; b. Kinerja (performance): Ki adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat; dan c. Kualitas (quality): Ku adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut <p>Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan medis dan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian keandalannya</p> |
| Frekuensi | Tahunan |

| Pengumpulan Data | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|------------------|------|-----------------|---|------------------------|-----|------------------------|---|------------------------|-----|--------------|---|
| Inklusi | Seluruh peralatan medis dan non medis yang bernilai diatas Rp500 juta | | | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | Peralatan medis dan non medis yang nilainya dibawah Rp 500 juta | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $OEE = (Ke \times Ki \times Ku) \times 100\%$ | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Bidang penunjang | | | | | | | | | | | | |
| Standar | $\geq 80\%$ | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>OEE (Tahun 20..)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$OEE \geq 80\%$</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>$70\% \leq OEE < 80\%$</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>$60\% \leq OEE < 70\%$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$50\% \leq OEE < 60\%$</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>$OEE < 50\%$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | OEE (Tahun 20..) | Skor | $OEE \geq 80\%$ | 2 | $70\% \leq OEE < 80\%$ | 1,5 | $60\% \leq OEE < 70\%$ | 1 | $50\% \leq OEE < 60\%$ | 0,5 | $OEE < 50\%$ | 0 |
| OEE (Tahun 20..) | Skor | | | | | | | | | | | | |
| $OEE \geq 80\%$ | 2 | | | | | | | | | | | | |
| $70\% \leq OEE < 80\%$ | 1,5 | | | | | | | | | | | | |
| $60\% \leq OEE < 70\%$ | 1 | | | | | | | | | | | | |
| $50\% \leq OEE < 60\%$ | 0,5 | | | | | | | | | | | | |
| $OEE < 50\%$ | 0 | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Penunjang Non Medik/Komite Mutu | | | | | | | | | | | | |

d. Subaspek Kesiapsiagaan Bencana

| Nama Indikator | <i>Hospital Safety Index (HSI)</i> | | | | | | | | |
|------------------------------|---|------------------------------|------|----------------|---|-------------------|-----|----------------|------|
| Area | Manajerial | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Input | | | | | | | | |
| Dimensi | Keselamatan pasien | | | | | | | | |
| Perspektif | Pertumbuhan dan Pembelajaran | | | | | | | | |
| Subaspek | Manajemen Bencana | | | | | | | | |
| Tujuan | Untuk memberikan panduan kepada evaluator mengenai penerapan daftar periksa, menilai keamanan rumah sakit dan menghitung Indeks Keamanan di rumah sakit | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | <p>Indeks Keamanan Rumah Sakit adalah alat yang digunakan untuk menilai keamanan dan kerentanan rumah sakit, membuat rekomendasi mengenai tindakan yang diperlukan, dan mempromosikan tindakan berbiaya rendah/berdampak tinggi untuk meningkatkan keamanan dan memperkuat kesiapsiagaan darurat. Evaluasi tersebut memberikan arahan tentang bagaimana mengoptimalkan sumber daya yang ada untuk meningkatkan keamanan dan memastikan berfungsinya rumah sakit dalam keadaan darurat dan bencana. Empat bagian Hospital Safety Index yang akan dinilai yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bahaya yang mempengaruhi keamanan rumah sakit dan peran rumah sakit dalam penanganan darurat dan penanggulangan bencana. 2. keamanan struktur bangunan. 3. Keamanan non-struktural. 4. Penanganan darurat dan bencana. | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | |
| Sumber Data | Hasil data survey K3RS | | | | | | | | |
| Standar | $A = 0,66 - 1$ | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Hospital safety Index</i></th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$A = 0,66 - 1$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$B = 0,36 - 0,65$</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>$C = 0 - 0,35$</td> <td>0,25</td> </tr> </tbody> </table> | <i>Hospital safety Index</i> | Skor | $A = 0,66 - 1$ | 1 | $B = 0,36 - 0,65$ | 0,5 | $C = 0 - 0,35$ | 0,25 |
| <i>Hospital safety Index</i> | Skor | | | | | | | | |
| $A = 0,66 - 1$ | 1 | | | | | | | | |
| $B = 0,36 - 0,65$ | 0,5 | | | | | | | | |
| $C = 0 - 0,35$ | 0,25 | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Penunjang Non Medik/Komite Mutu/Tim K3RS | | | | | | | | |

2. Perspektif Proses Internal Pelayanan

a. Capaian Indikator Medik

| Nama Indikator | Angka Kematian di IGD | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|-----------------------|------|------------|---|-----------------|------|---------------|------|----------|---|
| Area | Klinis | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efektivitas dan Keselamatan Pasien | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Capaian Indikator Medik | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang ditangani di IGD | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Kematian pasien di IGD adalah jumlah kematian pasien yang telah mendapatkan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah kematian pasien yang telah mendapatkan pelayanan di IGD | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh pasien di IGD | | | | | | | | | | |
| Inklusi | Pasien yang meninggal di IGD | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | Pasien DOA (Death On Arrival) | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah kematian pasien yang telah mendapatkan pelayanan di IGD}}{\text{Jumlah seluruh pasien di IGD}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Instalasi Gawat Darurat | | | | | | | | | | |
| Standar | ≤ 2.5% | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Angka Kematian di IGD</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AKG ≤ 2.5%</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.5% < AKG ≤ 3%</td> <td>1,25</td> </tr> <tr> <td>3% < AKG ≤ 5%</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>AKG > 5%</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Angka Kematian di IGD | Skor | AKG ≤ 2.5% | 2 | 2.5% < AKG ≤ 3% | 1,25 | 3% < AKG ≤ 5% | 0,75 | AKG > 5% | 0 |
| Angka Kematian di IGD | Skor | | | | | | | | | | |
| AKG ≤ 2.5% | 2 | | | | | | | | | | |
| 2.5% < AKG ≤ 3% | 1,25 | | | | | | | | | | |
| 3% < AKG ≤ 5% | 0,75 | | | | | | | | | | |
| AKG > 5% | 0 | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Pelayanan dan Instalasi Gawat Darurat | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------|---|
| Nama Indikator | Post Operative Death Rate |
| Area | Klinis |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Mutu |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Capaian Indikator Medik |
| Tujuan | Untuk menggambarkan tingkat keberhasilan tindakan operasi |
| Definisi Operasional | Post Operative Death Rate dihitung berdasarkan angka kematian setelah dilakukan operasi dalam jangka waktu 2 jam termasuk kasus DOT (Death On The Table). Untuk RSJ disetarakan dengan angka kematian pasien pasca psikoterapi/ECT/detoksifikasi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien operasi yang meninggal |
| Denominator (Penyebut) | Total pasien yang dioperasi |
| Inklusi | Semua pasien yang dilakukan tindakan operasi |
| Eksklusi | Pasien yang meninggal bukan akibat tindakan operasi |

| Formula | $\frac{\text{Jumlah kematian pasien yang telah mendapatkan pelayanan di IGD}}{\text{Jumlah seluruh pasien di IGD}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|------|------------|---|-----------------|------|---------------|------|----------|---|
| Sumber Data | ICU, IBS | | | | | | | | | | |
| Standar | < 2 % | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Angka Kematian di IGD</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AKG ≤ 2.5%</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.5% < AKG ≤ 3%</td> <td>1.25</td> </tr> <tr> <td>3% < AKG ≤ 5%</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>AKG > 5%</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Angka Kematian di IGD | Skor | AKG ≤ 2.5% | 2 | 2.5% < AKG ≤ 3% | 1.25 | 3% < AKG ≤ 5% | 0,75 | AKG > 5% | 0 |
| Angka Kematian di IGD | Skor | | | | | | | | | | |
| AKG ≤ 2.5% | 2 | | | | | | | | | | |
| 2.5% < AKG ≤ 3% | 1.25 | | | | | | | | | | |
| 3% < AKG ≤ 5% | 0,75 | | | | | | | | | | |
| AKG > 5% | 0 | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Pelayanan dan Instalasi Bedah Sentral | | | | | | | | | | |

b. Tindakan Pengendalian Infeksi

| Nama Indikator | Angka Infeksi Nosokomial | | | | | | | | | | |
|--|---|--|------|-----------|-----|-------------|-----|--------------|-----|----------|-----|
| Area | Keselamatan Pasien | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Keselamatan Pasien | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Tingkat Pengendalian Infeksi | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Mengetahui hasil pengendalian infeksi HAIs rumah sakit | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | <p>Angka infeksi nosokomial dihitung berdasarkan angka kejadian infeksi dalam rumah sakit dan atau cedera fisik yang didapat pasien, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Decubitus 2. Flebitis (kecuali yang disebabkan oleh faktor kimia) 3. Infeksi saluran kemih 4. Infeksi luka operasi (operasi dan kontrol yang dilakukan di RS yang sama dalam jangka waktu 1 bulan) | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | (Jumlah pasien dirawat yang terkena dekubitus + flebitis + infeksi saluran kemih + infeksi luka operasi) | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien yang dirawat inap | | | | | | | | | | |
| Inklusi | Infeksi yang diperoleh pasien selama masa perawatan di rumah sakit meliputi dekubitus, flebitis, infeksi saluran kemih, dan infeksi luka operasi. | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | Infeksi yang diperoleh pasien sebelum masuk rumah sakit | | | | | | | | | | |
| Formula | Surveilans Nosokomial RS, laporan infeksi HAIs | | | | | | | | | | |
| Standar | AIN < 1.5% | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jumlah Dirawat Yang Terkena Infeksi Nosokomial (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AIN < 1.5</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>2 ≤ AIN < 5</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>5 ≤ AIN < 10</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>AIN ≥ 10</td> <td>0.5</td> </tr> </tbody> </table> | Jumlah Dirawat Yang Terkena Infeksi Nosokomial (%) | Skor | AIN < 1.5 | 2.0 | 2 ≤ AIN < 5 | 1.5 | 5 ≤ AIN < 10 | 1.0 | AIN ≥ 10 | 0.5 |
| Jumlah Dirawat Yang Terkena Infeksi Nosokomial (%) | Skor | | | | | | | | | | |
| AIN < 1.5 | 2.0 | | | | | | | | | | |
| 2 ≤ AIN < 5 | 1.5 | | | | | | | | | | |
| 5 ≤ AIN < 10 | 1.0 | | | | | | | | | | |
| AIN ≥ 10 | 0.5 | | | | | | | | | | |
| PIC | Komite Mutu/Komite PPI | | | | | | | | | | |

c. Kepatuhan Dalam Melaksanakan Standar Pelayanan

| Nama Indikator | Kepatuhan Kebersihan Tangan | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|---------------------------------|------|----------|---|-----------------|------|-----------------|-----|
| Area | Klinis | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | |
| Dimensi | Keselamatan Pasien | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | |
| Subaspek | Kepatuhan dalam Melaksanakan Standar Pelayanan | | | | | | | | |
| Tujuan | Terwujudnya keselamatan dan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan mengetahui tingkat kepatuhan cuci tangan petugas. Meningkatkan kepatuhan cuci tangan petugas | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Kepatuhan kebersihan tangan adalah kepatuhan yang dilakukan oleh petugas untuk melaksanakan cuci tangan berdasarkan 6 langkah dan 5 momen cuci tangan. | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi | | | | | | | | |
| Inklusi | Seluruh petugas yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan | | | | | | | | |
| Eksklusi | Tidak ada | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$ | | | | | | | | |
| Standar | 85% | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kepatuhan Kebersihan Tangan (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil 85</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>75 < Hasil < 85</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>60 < Hasil < 75</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table> | Kepatuhan Kebersihan Tangan (%) | Skor | Hasil 85 | 1 | 75 < Hasil < 85 | 0,75 | 60 < Hasil < 75 | 0,5 |
| Kepatuhan Kebersihan Tangan (%) | Skor | | | | | | | | |
| Hasil 85 | 1 | | | | | | | | |
| 75 < Hasil < 85 | 0,75 | | | | | | | | |
| 60 < Hasil < 75 | 0,5 | | | | | | | | |
| PIC | Komite Mutu/Komite PPI | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------|--|
| Nama Indikator | Kepatuhan Penggunaan APD |
| Area | Klinis |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Keselamatan Pasien |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Kepatuhan dalam Melaksanakan Standar Pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepatuhan petugas dalam menjalankan program pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga dan staf rumah sakit. |
| Definisi Operasional | Ketaatan penggunaan alat pelindung diri ialah kepatuhan petugas kesehatan (perawat dan dokter) dalam menggunakan alat pelindung diri sesuai dengan indikasi (sesuai standar PPI) diruangan rawat inap. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan |
| Numerator | Jumlah petugas kesehatan yang memakai alat pelindung diri (APD) |

| (Pembilang) | sesuai indikasi (sesuai standar PPI) dalam periode observasi | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|------|-----------|---|------------------|------|-----------------|-----|
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi | | | | | | | | |
| Inklusi | Seluruh petugas yang memberi pelayanan langsung kepada pasien | | | | | | | | |
| Eksklusi | Seluruh petugas yang tidak memberi pelayanan langsung kepada pasien | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah Petugas yg patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yg terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100\%$ | | | | | | | | |
| Sumber Data | Laporan PPI/Laporan Mutu | | | | | | | | |
| Standar | 100% | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kepatuhan Penggunaan APD</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil 100</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>75 < Hasil < 100</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>50 < Hasil < 75</td> <td>0.5</td> </tr> </tbody> </table> | Kepatuhan Penggunaan APD | Skor | Hasil 100 | 1 | 75 < Hasil < 100 | 0.75 | 50 < Hasil < 75 | 0.5 |
| Kepatuhan Penggunaan APD | Skor | | | | | | | | |
| Hasil 100 | 1 | | | | | | | | |
| 75 < Hasil < 100 | 0.75 | | | | | | | | |
| 50 < Hasil < 75 | 0.5 | | | | | | | | |
| PIC | Komite Mutu/Komite PPI/K3RS | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------|--|
| Nama Indikator | Kepatuhan Identifikasi Pasien |
| Area | Klinis |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Keselamatan, Fokus Kepada Pasien, Kestinambungan |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Kepatuhan dalam Melaksanakan Standar Pelayanan |
| Tujuan | Mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan diberi layanan, tindakan atau pengobatan tertentu secara tepat dan mencocokkan layanan atau perawatan yang akan diberikan dengan pasien yang akan menerima layanan. |
| Definisi Operasional | <p>Identifikasi pasien dilakukan setidaknya menggunakan minimal 2 (dua) identitas yaitu nama lengkap dan tanggal lahir/barcode, dan tidak termasuk nomor kamar atau lokasi pasien agar tepat pasien dan tepat pelayanan sesuai dengan regulasi rumah sakit. Pasien diidentifikasi menggunakan minimal dua jenis identitas pada saat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melakukan tindakan intervensi/terapi (misalnya pemberian obat, pemberian darah atau produk darah, melakukan terapi radiasi); 2. melakukan tindakan (misalnya memasang jalur intravena atau hemodialisis); 3. sebelum tindakan diagnostik apa pun (misalnya mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium penunjang, atau sebelum melakukan kateterisasi jantung ataupun tindakan radiologi diagnostik); dan 4. menyajikan makanan pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi |
| Inklusi | Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan |
| Eksklusi | Tidak Ada |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100\%$ |
| Sumber Data | Laporan Mutu |

| Standar | > 85 % | | | | | | | | |
|--------------------|---|-----------------------------------|------|------------|---|-----------------|------|-----------------|-----|
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kepatuhan Identifikasi Pasien (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil > 85</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>75 < Hasil < 85</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>60 < Hasil < 75</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table> | Kepatuhan Identifikasi Pasien (%) | Skor | Hasil > 85 | 1 | 75 < Hasil < 85 | 0,75 | 60 < Hasil < 75 | 0,5 |
| | Kepatuhan Identifikasi Pasien (%) | Skor | | | | | | | |
| | Hasil > 85 | 1 | | | | | | | |
| | 75 < Hasil < 85 | 0,75 | | | | | | | |
| 60 < Hasil < 75 | 0,5 | | | | | | | | |
| PIC | Komite Mutu | | | | | | | | |

| Nama Indikator | Kepatuhan terhadap Clinical Pathway | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|-------------------------------------|------|---|---|---|---|---------------------------------|-----|
| Area | Klinis | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | |
| Dimensi | Kesinambungan Pelayanan (Continuum of Care) dan Keselamatan Pasien | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | |
| Subaspek | Kepatuhan dalam Melaksanakan Standar Pelayanan | | | | | | | | |
| 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 yang 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 rumah sakit menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh. Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah : Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output). Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis</p> | | | | | | | | |
| Inklusi | Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup clinical pathway yang diukur (diagnosis tunggal) | | | | | | | | |
| Eksklusi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien meninggal; 2. Pasien pulang atas permintaan sendiri; dan 3. Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | |
| Sumber Data | Data sekunder dari berkas rekam medik | | | | | | | | |
| Standar | Terdapat (lima) 5 <i>clinical pathway</i> sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ada 5 CP yang di implementasikan di rekam medik dan di evaluasi</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ada 5 CP yang di implementasikan tapi belum di Evaluasi</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ada CP, Belum diimplementasikan</td> <td>0.5</td> </tr> </tbody> </table> | Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway | Skor | Ada 5 CP yang di implementasikan di rekam medik dan di evaluasi | 2 | Ada 5 CP yang di implementasikan tapi belum di Evaluasi | 1 | Ada CP, Belum diimplementasikan | 0.5 |
| | Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway | Skor | | | | | | | |
| | Ada 5 CP yang di implementasikan di rekam medik dan di evaluasi | 2 | | | | | | | |
| | Ada 5 CP yang di implementasikan tapi belum di Evaluasi | 1 | | | | | | | |
| Ada CP, Belum diimplementasikan | 0.5 | | | | | | | | |

| | | |
|-----|-------------------------------|---|
| | Belum ada CP | 0 |
| PIC | Bidang Pelayanan/Komite Medik | |

| Nama Indikator | Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|-------------|-------------|---|------------------|-----|-------------------|-----|--------------------|------|--------------|---|
| Area | Klinis | | | | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efektivitas dan Keselamatan Pasien | | | | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Kepatuhan dalam Melaksanakan Standar Pelayanan | | | | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional | | | | | | | | | | | | | |
| 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. 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 (Pembilang) | Jumlah pasien jatuh | | | | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien rawat inap | | | | | | | | | | | | | |
| Inklusi | Semua pasien rawat inap | | | | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | - | | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah kejadian pasien jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Laporan Mutu | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | ≤ 3% | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil ≤ 3 %</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3% < Hasil ≤ 9 %</td> <td>7,5</td> </tr> <tr> <td>9% < Hasil ≤ 14 %</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>14% < Hasil ≤ 20 %</td> <td>0,25</td> </tr> <tr> <td>hasil > 20 %</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | | Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh | Skor | Hasil ≤ 3 % | 1 | 3% < Hasil ≤ 9 % | 7,5 | 9% < Hasil ≤ 14 % | 0,5 | 14% < Hasil ≤ 20 % | 0,25 | hasil > 20 % | 0 |
| Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh | Skor | | | | | | | | | | | | | |
| Hasil ≤ 3 % | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 3% < Hasil ≤ 9 % | 7,5 | | | | | | | | | | | | | |
| 9% < Hasil ≤ 14 % | 0,5 | | | | | | | | | | | | | |
| 14% < Hasil ≤ 20 % | 0,25 | | | | | | | | | | | | | |
| hasil > 20 % | 0 | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Komite Mutu | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------|--|
| Nama Indikator | Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional |
| Area | Klinis |

| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|---------------------------|------|----------|---|---------------|------|---------------|-----|---------------|------|--------------|---|
| Dimensi | Efisien dan Efektif | | | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Kepatuhan dalam Melaksanakan Standar Pelayanan | | | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien | | | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas) adalah kesesuaian penulisan resep oleh DPJP dengan Formularium Nasional | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas | | | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah total item resep (R/) | | | | | | | | | | | | |
| Inklusi | Resep yang dilayani di Rumah Sakit | | | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | Obat yang ada dalam <i>Clinical Pathway</i> namun tidak ada dalam Formularium Nasional | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah item resep sesuai ForNas}}{\text{Jumlah total item resep}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Seksi Penunjang Medik dan Instalasi Farmasi | | | | | | | | | | | | |
| Standar | ≥ 80% | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kepatuhan Terhadap Fornas</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRF ≥ 80</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>70 ≤ PRF < 80</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>60 ≤ PRF < 70</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>50 ≤ PRF < 60</td> <td>0.25</td> </tr> <tr> <td>0 ≤ PRF < 50</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Kepatuhan Terhadap Fornas | Skor | PRF ≥ 80 | 1 | 70 ≤ PRF < 80 | 0.75 | 60 ≤ PRF < 70 | 0.5 | 50 ≤ PRF < 60 | 0.25 | 0 ≤ PRF < 50 | 0 |
| Kepatuhan Terhadap Fornas | Skor | | | | | | | | | | | | |
| PRF ≥ 80 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 70 ≤ PRF < 80 | 0.75 | | | | | | | | | | | | |
| 60 ≤ PRF < 70 | 0.5 | | | | | | | | | | | | |
| 50 ≤ PRF < 60 | 0.25 | | | | | | | | | | | | |
| 0 ≤ PRF < 50 | 0 | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Penunjang Medik dan Instalasi Farmasi | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------|--|
| Nama Indikator | Peningkatan Komunikasi Efektif |
| Area | Klinis |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Keselamatan |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Kepatuhan dalam Melaksanakan Standar Pelayanan |
| Tujuan | Mengurangi potensi terjadinya kesalahan serta meningkatkan keselamatan pasien. |
| Definisi Operasional | <p>Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh resipien/penerima pesan yang akan mengurangi potensi terjadinya kesalahan serta meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan, tertulis dan elektronik.</p> <p>Metode, formulir dan alat bantu ditetapkan sesuai dengan jenis komunikasi agar dapat dilakukan secara konsisten dan lengkap disertai dengan konfirmasi oleh DPJP dalam bentuk paraf dan stempel.</p> <p>1. Komunikasi saat menerima instruksi melalui telepon: menulis/menginput ke komputer-membacakan-konfirmasi kembali (<i>writedown, read back, confirmation</i>) dan SBAR saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP serta</p> |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|------------------------|------|-------------|---|------------------|-----|------------|------|
| | <p>didokumentasikan dalam rekam medik.</p> <p>2. Komunikasi saat pelaporan hasil kritis pemeriksaan penunjang diagnostik melalui telepon: menulis/menginput ke komputer-membacakan-konfirmasi kembali (<i>writedown, read back, confirmation</i>) dan didokumentasikan dalam rekam medik.</p> <p>3. Metode komunikasi saat serah terima distandardisasi pada jenis serah terima yang sama</p> | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan komunikasi efektif secara benar | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah total proses SBAR yang dilakukan | | | | | | | | |
| Inklusi | Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan | | | | | | | | |
| Eksklusi | - | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{jumlah pemberi pelayanan yang melakukan komunikasi efektif secara benar}}{\text{jumlah total proses SBAR yang dilakukan}} \times 100\%$ | | | | | | | | |
| Standar | 100 % | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <tr> <td>Komunikasi Efektif (%)</td> <td>Skor</td> </tr> <tr> <td>Hasil = 100</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>85 ≤ Hasil < 100</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>Hasil < 85</td> <td>0.25</td> </tr> </table> | Komunikasi Efektif (%) | Skor | Hasil = 100 | 1 | 85 ≤ Hasil < 100 | 0.5 | Hasil < 85 | 0.25 |
| Komunikasi Efektif (%) | Skor | | | | | | | | |
| Hasil = 100 | 1 | | | | | | | | |
| 85 ≤ Hasil < 100 | 0.5 | | | | | | | | |
| Hasil < 85 | 0.25 | | | | | | | | |
| PIC | Kepala Instalasi Rawat Inap | | | | | | | | |

| | |
|------------------------|---|
| Nama Indikator | Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (<i>High Alert Medication</i>) |
| Area | Klinis |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Keselamatan |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Kepatuhan dalam Melaksanakan Standar Pelayanan |
| Tujuan | Meningkatkan kewaspadaan dan keamanan penyiapan obat <i>high alert</i> di apotek |
| Definisi Operasional | Rumah sakit menerapkan proses untuk meningkatkan keamanan penggunaan obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi (<i>high alert medication</i>) termasuk obat <i>Look Alike Sound Alike</i> (LASA). Pengawasan terhadap obat yang perlu diwaspadai dapat dengan pemberian label <i>High Alert</i> . Label <i>high alert</i> adalah label yang berwarna merah dan terdapat tulisan <i>high alert</i> yang terpasang pada satuan terkecil sediaan obat kategori <i>high alert</i> . |
| Frekuensi Pengumpulan | Bulanan |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah obat <i>high alert</i> yang dikeluarkan dan diberi label <i>high alert</i> |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah obat <i>high alert</i> yang dikeluarkan dari apotek |
| Inklusi | Semua obat kategori <i>high alert</i> yang dikeluarkan dari apotek |
| Eksklusi | Stok obat kategori <i>high alert</i> di apotek |
| Sumber Data | $\frac{\text{jumlah obat high alert yang dikeluarkan dan diberi label high alert}}{\text{jumlah obat high alert yang dikeluarkan dari apotek}} \times 100\%$ |
| Standar | 100% |

| | | |
|--------------------|--------------------------------|------|
| Kriteria Penilaian | Pengawasan Obat High Alert (%) | Skor |
| | Hasil = 100 | 1.5 |
| | 85 ≤ Hasil < 100 | 1 |
| | Hasil < 85 | 0.5 |
| PIC | Instalasi Farmasi | |

| | | |
|----------------------------|---|------|
| Nama Indikator | Terlaksananya Proses Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien yang Menjalani Tindakan Prosedur Pembedahan | |
| Area | Klinis | |
| Pendekatan Sistem | Proses | |
| Dimensi | Keselamatan Pasien | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | |
| Subaspek | Kepatuhan dalam Melaksanakan Standar Pelayanan | |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab tim operasi dalam mencegah terjadinya salah-sisi, salah-prosedur dan salah-pasien operasi | |
| Definisi Operasional | Rumah sakit menetapkan proses untuk melaksanakan verifikasi pra-operasi, penandaan lokasi operasi dan proses <i>time-out</i> yang dilaksanakan sesaat sebelum tindakan pembedahan/invasif dimulai serta proses <i>sign-out</i> yang dilakukan setelah tindakan selesai. | |
| Frekuensi Pengumpulan Dat | Bulanan | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien operasi dengan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien pembedahan di ruang operas | |
| Inklusi | Operasi yang dilakukan di kamar operasi | |
| Eksklusi | - | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | $\frac{\text{Jumlah pasien operasi tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien}}{\text{Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi}} \times 100\%$ | |
| Sumber Data | Instalasi Bedah Sentral | |
| Standar | 100% | |
| Kriteria Penilaian | Pelaksanaan proses tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi (%) | Skor |
| | Hasil = 100 | 1.5 |
| | 85 ≤ Hasil < 100 | 1 |
| | Hasil < 85 | 0.5 |
| PIC | Instalasi Bedah Sentral | |

d. Pertumbuhan dan Produktivitas

| | |
|-------------------|--|
| Nama Indikator | Pertumbuhan Total Kunjungan Rawat Jalan |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Output |
| Dimensi | Efisien, Efektif, dan Kestinambungan Pelayanan |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |

| Subaspek | Pertumbuhan dan Produktivitas | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|-----|------|----------------|---|------------------------|-----|------------------------|-----|------------------------|-----|------------------------|-----|--------------|---|
| Tujuan | Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap kunjungan rawat jalan yang aman dan efektif | | | | | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Pertumbuhan kunjungan rawat jalan dihitung berdasarkan jumlah kunjungan pasien rawat jalan selama satu tahun dibagi dengan total kunjungan pasien rawat jalan tahun lalu | | | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Total kunjungan rawat jalan pada tahun berjalan | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Total kunjungan rawat jalan pada tahun lalu | | | | | | | | | | | | | | |
| Inklusi | - | | | | | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | - | | | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Total kunjungan rawat jalan pada tahun berjalan}}{\text{Total kunjungan rawat jalan pada tahun lalu}}$ | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Data rekam medik | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | ≥ 1.1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>KRJ</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$KRJ \geq 1.1$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1.00 \leq KRJ < 1.10$</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>$0,95 \leq KRJ < 1,00$</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>$0,90 \leq KRJ < 0,95$</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>$0,85 \leq KRJ < 0,90$</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>$KRJ < 0,85$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | KRJ | Skor | $KRJ \geq 1.1$ | 1 | $1.00 \leq KRJ < 1.10$ | 0,8 | $0,95 \leq KRJ < 1,00$ | 0,6 | $0,90 \leq KRJ < 0,95$ | 0,4 | $0,85 \leq KRJ < 0,90$ | 0,2 | $KRJ < 0,85$ | 0 |
| KRJ | Skor | | | | | | | | | | | | | | |
| $KRJ \geq 1.1$ | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| $1.00 \leq KRJ < 1.10$ | 0,8 | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,95 \leq KRJ < 1,00$ | 0,6 | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,90 \leq KRJ < 0,95$ | 0,4 | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,85 \leq KRJ < 0,90$ | 0,2 | | | | | | | | | | | | | | |
| $KRJ < 0,85$ | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Pelayanan | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------|--|
| Nama Indikator | Pertumbuhan Rata-Rata Kunjungan IGD |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Output |
| Dimensi | Produktivitas, Efektivitas dan Keselamatan Pasien |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Pertumbuhan dan Produktivitas |
| Tujuan | Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kegawatdaruratan secara aman dan efektif |
| Definisi Operasional | Pertumbuhan kunjungan IGD dihitung berdasarkan jumlah kunjungan pasien IGD selama satu tahun dibagi dengan total kunjungan pasien IGD tahun lalu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan |
| Numerator (Pembilang) | Total kunjungan IGD pada tahun berjalan |
| Denominator (Penyebut) | Total kunjungan IGD tahun lalu |
| Inklusi | Semua kunjungan pasien IGD |
| Eksklusi | - |

| Formula | $\frac{\text{Total kunjungan IGD pada tahun berjalan}}{\text{Total kunjungan IGD pada tahun lalu}}$ | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|------|------|-----------------|---|-------------------------------|-----|--------------------------------|-----|--------------------------------|-----|--------------------------------|-----|---------------|---|
| Sumber Data | Instalasi Gawat Darurat | | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | Pertumbuhan rata-rata kunjungan IGD $\geq 1,1$ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>KIGD</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>KIGD $\geq 1,1$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1,00 \leq \text{KIGD} < 1,1$</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>$0,95 \leq \text{KIGD} < 1,00$</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>$0,90 \leq \text{KIGD} < 0,95$</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>$0,85 \leq \text{KIGD} < 0,90$</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>KIGD $< 0,85$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | | KIGD | Skor | KIGD $\geq 1,1$ | 1 | $1,00 \leq \text{KIGD} < 1,1$ | 0,8 | $0,95 \leq \text{KIGD} < 1,00$ | 0,6 | $0,90 \leq \text{KIGD} < 0,95$ | 0,4 | $0,85 \leq \text{KIGD} < 0,90$ | 0,2 | KIGD $< 0,85$ | 0 |
| KIGD | Skor | | | | | | | | | | | | | | | |
| KIGD $\geq 1,1$ | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| $1,00 \leq \text{KIGD} < 1,1$ | 0,8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,95 \leq \text{KIGD} < 1,00$ | 0,6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,90 \leq \text{KIGD} < 0,95$ | 0,4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,85 \leq \text{KIGD} < 0,90$ | 0,2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| KIGD $< 0,85$ | 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Pelayanan | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------|--|
| Nama Indikator | Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Output |
| Dimensi | Produktivitas, Efektivitas, Efisien dan Mutu Pelayanan |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Pertumbuhan dan Produktivitas |
| Tujuan | Tergambarnya peningkatan pertumbuhan jumlah hari rawat |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> Pertumbuhan hari perawatan rawat inap adalah jumlah hari perawatan rawat inap dalam 1 tahun. Hari Perawatan dihitung berdasarkan jumlah pasien dalam perawatan di ruangan selama 1 hari (24 jam) dalam 1 tahun dibagi dengan jumlah hari dalam tahun yang sama. Pertumbuhan kunjungan rawat inap dihitung berdasarkan tahun kunjungan pasien rawat inap selama satu tahun dibagi dengan total kunjungan pasien rawat inap tahun lalu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan |
| Numerator (Pembilang) | Total kunjungan rawat inap pada tahun berjalan |
| Denominator (Penyebut) | Total kunjungan rawat inap pada tahun lalu |
| Inklusi | Semua pasien rawat inap |
| Eksklusi | - |
| Formula | $\frac{\text{Total kunjungan rawat inap pada tahun berjalan}}{\text{Total kunjungan rawat inap pada tahun lalu}}$ |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | RI $\geq 1,1$ |

| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$RI \geq 1,1$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1,00 \leq RI < 1,1$</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>$0,95 \leq RI < 1,00$</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>$0,90 \leq RI < 0,95$</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>$0,85 \leq RI < 0,90$</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>$RI < 0,85$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap | Skor | $RI \geq 1,1$ | 1 | $1,00 \leq RI < 1,1$ | 0,8 | $0,95 \leq RI < 1,00$ | 0,6 | $0,90 \leq RI < 0,95$ | 0,4 | $0,85 \leq RI < 0,90$ | 0,2 | $RI < 0,85$ | 0 |
|--------------------|---|---------------------------------------|------|---------------|---|----------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-------------|---|
| | Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap | Skor | | | | | | | | | | | | | |
| | $RI \geq 1,1$ | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| | $1,00 \leq RI < 1,1$ | 0,8 | | | | | | | | | | | | | |
| | $0,95 \leq RI < 1,00$ | 0,6 | | | | | | | | | | | | | |
| | $0,90 \leq RI < 0,95$ | 0,4 | | | | | | | | | | | | | |
| | $0,85 \leq RI < 0,90$ | 0,2 | | | | | | | | | | | | | |
| $RI < 0,85$ | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Pelayanan | | | | | | | | | | | | | | |

| Nama Indikator | Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|----|------|----------------|---|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-------------|---|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Output | | | | | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Produktivitas, Efektivitas, Efisien dan Mutu Pelayanan | | | | | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Pertumbuhan dan Produktivitas | | | | | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Tergambarnya peningkatan pertumbuhan pemeriksaan radiologi | | | | | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertumbuhan pemeriksaan radiologi adalah rata-rata pemeriksaan radiologi per hari dalam 1 tahun; 2. Rata-rata pemeriksaan radiologi per hari dihitung berdasarkan jumlah pemeriksaan radiologi selama 1 tahun dibagi dengan jumlah hari kerja unit layanan radiologi dalam 1 tahun yang sama; 3. Pertumbuhan pemeriksaan radiologi dihitung berdasarkan total pemeriksaan radiologi selama satu tahun dibagi dengan total pemeriksaan radiologi tahun lalu | | | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Total pemeriksaan radiologi pada tahun berjalan | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Total pemeriksaan radiologi pada tahun lalu | | | | | | | | | | | | | | |
| Inklusi | Semua yang mendapatkan pemeriksaan radiologi | | | | | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | - | | | | | | | | | | | | | | |
| Formulasi | $\frac{\text{Total pemeriksaan radiologi pada tahun berjalan}}{\text{Total pemeriksaan radiologi pada tahun lalu}}$ | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Instalasi Radiologi | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | $\geq 1,10$ | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>PR</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$PR \geq 1,10$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1,00 \leq PR < 1,10$</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>$0,95 \leq PR < 1,00$</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>$0,90 \leq PR < 0,95$</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>$0,85 \leq PR < 0,90$</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>$PR < 0,85$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | PR | Skor | $PR \geq 1,10$ | 1 | $1,00 \leq PR < 1,10$ | 0,8 | $0,95 \leq PR < 1,00$ | 0,6 | $0,90 \leq PR < 0,95$ | 0,4 | $0,85 \leq PR < 0,90$ | 0,2 | $PR < 0,85$ | 0 |
| PR | Skor | | | | | | | | | | | | | | |
| $PR \geq 1,10$ | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| $1,00 \leq PR < 1,10$ | 0,8 | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,95 \leq PR < 1,00$ | 0,6 | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,90 \leq PR < 0,95$ | 0,4 | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,85 \leq PR < 0,90$ | 0,2 | | | | | | | | | | | | | | |
| $PR < 0,85$ | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Pelayanan | | | | | | | | | | | | | | |

| Nama Indikator | Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|--|----|------|----------------|---|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|----------------------|-----|-------------|---|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Output | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Produktivitas, Efektivitas, Efisien dan Mutu Pelayanan | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Pertumbuhan dan Produktivitas | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Tergambarnya peningkatan pertumbuhan pemeriksaan laboratorium | | | | | | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | <p>Pertumbuhan Pemeriksaan laboratorium adalah rata-rata pemeriksaan laboratorium per hari dalam 1 tahun.</p> <p>Rata-rata pemeriksaan laboratorium per hari dihitung berdasarkan jumlah pemeriksaan laboratorium selama 1 tahun dibagi dengan jumlah hari kerja unit layanan laboratorium dalam 1 tahun yang sama</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Total pemeriksaan laboratorium pada tahun berjalan | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Total pemeriksaan laboratorium pada tahun lalu | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inklusi | Semua yang mendapatkan pemeriksaan laboratorium | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Total pemeriksaan laboratorium pada tahun berjalan}}{\text{Total pemeriksaan laboratorium pada tahun lalu}}$ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Instalasi Laboratorium | | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | $\geq 1,10$ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>PL</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$PL \geq 1,10$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1,00 \leq PL < 1,10$</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>$0,95 \leq PL < 1,00$</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>$0,90 \leq PL < 0,95$</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>$0,85 \leq P < 0,90$</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>$PL < 0,85$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | | PL | Skor | $PL \geq 1,10$ | 1 | $1,00 \leq PL < 1,10$ | 0,8 | $0,95 \leq PL < 1,00$ | 0,6 | $0,90 \leq PL < 0,95$ | 0,4 | $0,85 \leq P < 0,90$ | 0,2 | $PL < 0,85$ | 0 |
| PL | Skor | | | | | | | | | | | | | | | |
| $PL \geq 1,10$ | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| $1,00 \leq PL < 1,10$ | 0,8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,95 \leq PL < 1,00$ | 0,6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,90 \leq PL < 0,95$ | 0,4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,85 \leq P < 0,90$ | 0,2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| $PL < 0,85$ | 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Pelayanan | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------|--|
| Nama Indikator | Pertumbuhan Operasi |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Output |
| Dimensi | Produktivitas, Efektivitas, Efisien dan Mutu Pelayanan |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Pertumbuhan dan Produktivitas |
| Tujuan | Tergambarnya peningkatan pertumbuhan tindakan operasi |
| Definisi Operasional | Pertumbuhan operasi adalah rata-rata tindakan operasi per hari |

| | dalam 1 tahun. Rata-rata operasi per hari dihitung berdasarkan jumlah operasi selama 1 tahun dibagi dengan jumlah hari kerja unit layanan Tindakan operasi dalam 1 tahun yang sama | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|----|------|----------------|---|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-------------|---|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Total operasi pada tahun berjalan | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Total operasi pada tahun berjalan | | | | | | | | | | | | | | |
| Inklusi | Semua yang mendapatkan Tindakan operasi | | | | | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | - | | | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Total operasi pada tahun berjalan}}{\text{Total operasi pada tahun lalu}}$ | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | $\geq 1,10$ | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>PO</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$PO \geq 1,10$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1,00 \leq PO < 1,10$</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>$0,95 \leq PO < 1,00$</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>$0,90 \leq PO < 0,95$</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>$0,85 \leq PO < 0,90$</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>$PO < 0,85$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | PO | Skor | $PO \geq 1,10$ | 1 | $1,00 \leq PO < 1,10$ | 0,8 | $0,95 \leq PO < 1,00$ | 0,6 | $0,90 \leq PO < 0,95$ | 0,4 | $0,85 \leq PO < 0,90$ | 0,2 | $PO < 0,85$ | 0 |
| PO | Skor | | | | | | | | | | | | | | |
| $PO \geq 1,10$ | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| $1,00 \leq PO < 1,10$ | 0,8 | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,95 \leq PO < 1,00$ | 0,6 | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,90 \leq PO < 0,95$ | 0,4 | | | | | | | | | | | | | | |
| $0,85 \leq PO < 0,90$ | 0,2 | | | | | | | | | | | | | | |
| $PO < 0,85$ | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Pelayanan | | | | | | | | | | | | | | |

e. Ketepatan Waktu Pelayanan

| | |
|----------------------------|--|
| Nama Indikator | Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Efektivitas dan Mutu Pelayanan |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Ketepatan Waktu Pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab pemberi pelayanan dalam melengkapi rekam medis tepat waktu. |
| Definisi Operasional | Kelengkapan Rekam Medik dalam 24 jam selesai pelayanan yang dimaksud adalah persentase jumlah dokumen rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana pelayanan, pelaksanaan pelayanan, tindak lanjut, dan resume (rawat inap). |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah dokumen rekam medik yang telah diisi lengkap setelah selesai pelayanan dalam periode berjalan |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh dokumen rekam medik dalam periode berjalan |

| Inklusi | Dokumen rekam medik | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|-----|------|----------|---|---------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|--------------|---|
| Eksklusi | - | | | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah dokumen rekam medik yang telah diisi lengkap dalam periode berjalan}}{\text{Jumlah semua rekam medik dalam periode berjalan}}$ | | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | > 80% | | | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Rekam Medik | | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>KRM</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>KRM > 80</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>60 < KRM ≤ 80</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>40 < KRM ≤ 70</td> <td>0.6</td> </tr> <tr> <td>30 < KRM ≤ 40</td> <td>0.4</td> </tr> <tr> <td>20 < KRM ≤ 30</td> <td>0.2</td> </tr> <tr> <td>0 < KRM ≤ 20</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | KRM | Skor | KRM > 80 | 1 | 60 < KRM ≤ 80 | 0.8 | 40 < KRM ≤ 70 | 0.6 | 30 < KRM ≤ 40 | 0.4 | 20 < KRM ≤ 30 | 0.2 | 0 < KRM ≤ 20 | 0 |
| KRM | Skor | | | | | | | | | | | | | | |
| KRM > 80 | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 < KRM ≤ 80 | 0.8 | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 < KRM ≤ 70 | 0.6 | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 < KRM ≤ 40 | 0.4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 < KRM ≤ 30 | 0.2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 < KRM ≤ 20 | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Pelayanan Medik dan Instalasi Rekam Medik | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------|---|
| Nama Indikator | Pengembalian Rekam Medik |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Efektivitas dan Mutu Pelayanan |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Ketepatan Waktu Pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab pelayanan dalam pengembalian rekam medis tepat waktu. |
| Definisi Operasional | Pengembalian Rekam Medik adalah rata-rata jumlah rekam medik yang dikembalikan dari rawat inap ke pengelola rekam medik dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah rekam medis rawat yang dikembalikan dalam waktu ≤ 24 jam |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh rekam medik dalam 1 tahun |
| Inklusi | Seluruh dokumen rekam medis pasien rawat yang telah pulang |
| Eksklusi | Dokumen rekam medis pasien rawat jalan |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam}}{\text{Jumlah semua rekam medik dalam 1 tahun}} \times 100\%$ |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | > 80% |

| | | |
|--------------------|----------------|---|
| Kriteria Penilaian | PRM (%) | SKOR |
| | PRM > 80 | 1 |
| | 60 < PRM ≤ 80 | 0,8 |
| | 40 < PRM ≤ 70 | 0,6 |
| | 30 < PRM ≤ 40 | 0,4 |
| | 20 < PRM ≤ 30 | 0,2 |
| | 0 < PRM ≤ 20 | 0 |
| | PIC | Seksi Pelayanan Medik dan Instalasi Rekam Medik |

| | | |
|----------------------------|--|------|
| Nama Indikator | <i>Emergency Respon Time (ERT)</i> | |
| Area | Manajerial | |
| Pendekatan Sistem | Proses | |
| Dimensi | Efektifitas, Efisiensi dan Kestinambungan Pelayanan | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | |
| Subaspek | Ketepatan Waktu Pelayanan | |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat | |
| Definisi Operasional | <i>Emergency Respon Time</i> penanganan adalah pasien gawat darurat dari awal pasien dilayani sampai dengan pasien bisa ditangani (ABC treatment, dari awal resusitasi sampai dengan stabilisasi). | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | |
| Numerator (Pembilang) | Waktu tunggu pasien Gawat Darurat bisa ditangani (menit) | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien gawat darurat yang ditangani | |
| Inklusi | Pasien gawat darurat dari awal pasien dilayani sampai dengan pasien bisa ditangani di IGD (ABC treatment, dari awal resusitasi sampai dengan stabilisasi) | |
| Eksklusi | Pasien yang tidak mendapatkan pelayanan Gawat Daruratan di IGD | |
| Formula | $\frac{\text{Waktu tunggu pasien Gawat Darurat bisa ditangani (menit)}}{\text{Jumlah pasien gawat darurat yang ditangani}}$ | |
| Standar | < 5 menit | |
| Kriteria Penilaian | <i>Emergency Respon Time (ERT)</i> | Skor |
| | < 5 menit | 1 |
| | 5 ERT ≤ 15 | 0.75 |
| | 15 < ERT ≤ 30 | 0.5 |
| | ERT > 30 | 0.25 |
| PIC | Bidang Pelayanan dan Instalasi Gawat Darurat | |

| | |
|-------------------|---|
| Nama Indikator | <i>Length of Stay (LOS)</i> |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Output |
| Dimensi | Efektifitas, Efisiensi Dan Kestinambungan Pelayanan |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Ketepatan Waktu Pelayanan |

| Tujuan | Tergambarnya efisiensi pelayanan rawat inap dan mutu pelayanan | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|------------|------|-------------|---|--------------|------|---------------|-----|----------|------|
| Definisi Operasional | <i>Length of Stay</i> adalah rata-rata lama perawatan pasien, yang memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan apabila diterapkan pada diagnosis tertentu. | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah lama dirawat | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien keluar | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar}}$ | | | | | | | | | | |
| Sumber data | Rekam Medik | | | | | | | | | | |
| Standar | Rumah Sakit Umum = 3-9 hari (batas bawah pakai teori barber johnson, batas atas pakai standar depkes) | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>LOS (hari)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 < LOS ≤ 9</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>9 < LOS ≤ 12</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>12 < LOS ≤ 15</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>LOS > 15</td> <td>0.25</td> </tr> </tbody> </table> | LOS (hari) | Skor | 3 < LOS ≤ 9 | 1 | 9 < LOS ≤ 12 | 0.75 | 12 < LOS ≤ 15 | 0.5 | LOS > 15 | 0.25 |
| LOS (hari) | Skor | | | | | | | | | | |
| 3 < LOS ≤ 9 | 1 | | | | | | | | | | |
| 9 < LOS ≤ 12 | 0.75 | | | | | | | | | | |
| 12 < LOS ≤ 15 | 0.5 | | | | | | | | | | |
| LOS > 15 | 0.25 | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Pelayanan | | | | | | | | | | |

| Nama Indikator | Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|------|-----------|---|----------------|------|----------------|-----|----------------|------|-----------|---|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efektifitas, Efisiensi dan Kestinambungan Pelayanan | | | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Ketepatan Waktu 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 apotek rawat jalan | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien menyerahkan resep di loket apotek sampai dengan menerima obat | | | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh resep obat jadi | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien menyerahkan resep di loket apotek sampai dengan menerima obat}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh resep obat jadi}}$ | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Instalasi Farmasi | | | | | | | | | | | | |
| Standar | ≤ 30 menit | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kecepatan pelayanan resep obat jadi (menit)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>WTOJ ≤ 30</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>30 < WTOJ ≤ 40</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>40 < WTOJ ≤ 50</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>50 < WTOJ ≤ 60</td> <td>0.25</td> </tr> <tr> <td>WTOJ > 60</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Kecepatan pelayanan resep obat jadi (menit) | Skor | WTOJ ≤ 30 | 1 | 30 < WTOJ ≤ 40 | 0.75 | 40 < WTOJ ≤ 50 | 0.5 | 50 < WTOJ ≤ 60 | 0.25 | WTOJ > 60 | 0 |
| Kecepatan pelayanan resep obat jadi (menit) | Skor | | | | | | | | | | | | |
| WTOJ ≤ 30 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 30 < WTOJ ≤ 40 | 0.75 | | | | | | | | | | | | |
| 40 < WTOJ ≤ 50 | 0.5 | | | | | | | | | | | | |
| 50 < WTOJ ≤ 60 | 0.25 | | | | | | | | | | | | |
| WTOJ > 60 | 0 | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----|---|
| PIC | Seksi Penunjang Medik dan Instalasi Farmasi |
|-----|---|

| Nama Indikator | Waktu Tunggu Sebelum Operasi (WTO) | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|------|---------|---|-------------|------|-------------|-----|---------|------|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efektifitas, Efisiensi dan Kestinambungan Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Ketepatan Waktu Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan bedah dalam penjadwalan operasi | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Waktu Tunggu Operasi adalah waktu tunggu pasien sejak diputuskan operasi elektif dan telah dijadwalkan dikamar operasi sampai dilaksanakannya tindakan operasi elektif. | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah waktu tunggu operasi yang terencana | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien dengan operasi yang terencana | | | | | | | | | | |
| Inklusi | Pasien yang masuk rawat inap dengan rencana operasi | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | Operasi dibatalkan karena kondisi pasien yang tidak memungkinkan dilakukan operasi, ditunda/dibatalkan atas permintaan keluarga, fasilitas (ruangan atau peralatan tidak dapat dipakai disebabkan kondisi diluar kendali manajemen) | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah waktu tunggu operasi yang terencana (hari)}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien dengan operasi yang terencana}}$ | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Instalasi Bedah Sentral | | | | | | | | | | |
| Standar | WTO < 2 Hari | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Waktu Tunggu Sebelum Operasi (hari)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>WTO < 2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 ≤ WTO < 3</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>3 ≤ WTO < 5</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>WTO ≥ 5</td> <td>0.25</td> </tr> </tbody> </table> | Waktu Tunggu Sebelum Operasi (hari) | Skor | WTO < 2 | 1 | 2 ≤ WTO < 3 | 0.75 | 3 ≤ WTO < 5 | 0.5 | WTO ≥ 5 | 0.25 |
| Waktu Tunggu Sebelum Operasi (hari) | Skor | | | | | | | | | | |
| WTO < 2 | 1 | | | | | | | | | | |
| 2 ≤ WTO < 3 | 0.75 | | | | | | | | | | |
| 3 ≤ WTO < 5 | 0.5 | | | | | | | | | | |
| WTO ≥ 5 | 0.25 | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Pelayanan dan Instalasi Bedah Sentral | | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------|---|
| Nama Indikator | Waktu Tunggu Hasil Laboratorium |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Efektifitas, Efisiensi dan Kestinambungan Pelayanan |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Ketepatan Waktu Pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya Kecepatan Pelayanan Laboratorium |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu pelayanan laboratorium adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien mulai mendaftar di loket laboratorium dilanjutkan dengan pengambilan sampel darah sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise dan divalidasi oleh dokter spesialis patologi klinik |
| Frekuensi Pengumpulan | Bulanan |

| Data | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|------|--------------|---|------------------|------|------------------|-----|-----------|------|
| Numerator (Pembilang) | Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien mendaftar di loket laboratorium sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan darah rutin | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien mendaftar di loket laboratorium sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan darah rutin}}$ | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Instalasi Laboratorium | | | | | | | | | | |
| Standar | ≤ 3 Jam | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Waktu Tunggu Hasil Laboratorium (Jam) (WTL)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$WTL \leq 3$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$3 < WTL \leq 4$</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>$4 < WTL \leq 5$</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>$WTL > 5$</td> <td>0.25</td> </tr> </tbody> </table> | Waktu Tunggu Hasil Laboratorium (Jam) (WTL) | Skor | $WTL \leq 3$ | 1 | $3 < WTL \leq 4$ | 0.75 | $4 < WTL \leq 5$ | 0.5 | $WTL > 5$ | 0.25 |
| Waktu Tunggu Hasil Laboratorium (Jam) (WTL) | Skor | | | | | | | | | | |
| $WTL \leq 3$ | 1 | | | | | | | | | | |
| $3 < WTL \leq 4$ | 0.75 | | | | | | | | | | |
| $4 < WTL \leq 5$ | 0.5 | | | | | | | | | | |
| $WTL > 5$ | 0.25 | | | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Pelayanan Medik dan Instalasi Laboratorium Patologi Klinik | | | | | | | | | | |

| Nama Indikator | Waktu Tunggu Hasil Radiologi | | | | | | | | | | |
|---|---|---|------|--------------|---|------------------|------|------------------|-----|-----------|------|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efektifitas, Efisiensi dan Kestinambungan Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Ketepatan waktu pelayanan | | | | | | | | | | |
| Tujuan | tergambarnya kecepatan waktu pelayanan radiologi | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu hasil radiologi adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertise (standar ≤ 2 jam) | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien mendaftar di loket Radiologi sampai dengan keluarnya hasil interpretasi (Jam) | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan radiologi | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien mendallar di loket radiologi sd keluar hasil interpretasi (jam)}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan radiologi}}$ | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Instalasi radiologi | | | | | | | | | | |
| Standar | ≤ 3 jam | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Waktu Tunggu Hasil Radiologi (jam) (WTR)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$WTR \leq 3$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$3 < WTR \leq 4$</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>$4 < WTR \leq 5$</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>$WTR > 5$</td> <td>0.25</td> </tr> </tbody> </table> | Waktu Tunggu Hasil Radiologi (jam) (WTR) | Skor | $WTR \leq 3$ | 1 | $3 < WTR \leq 4$ | 0.75 | $4 < WTR \leq 5$ | 0.5 | $WTR > 5$ | 0.25 |
| Waktu Tunggu Hasil Radiologi (jam) (WTR) | Skor | | | | | | | | | | |
| $WTR \leq 3$ | 1 | | | | | | | | | | |
| $3 < WTR \leq 4$ | 0.75 | | | | | | | | | | |
| $4 < WTR \leq 5$ | 0.5 | | | | | | | | | | |
| $WTR > 5$ | 0.25 | | | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Pelayanan Medik dan Instalasi Radiologi | | | | | | | | | | |

| Nama Indikator | Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorim | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|------|-------------|---|----------------------|------|-------------------|-----|-------------------|------|--------------|-----|
| Area | Klinis | | | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efektifitas, Efisiensi dan Kestinambungan Pelayanan | | | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Ketepatan waktu pelayanan | | | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium | | | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | <ul style="list-style-type: none"> - Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan sampai hasilnya diterima oleh PPJA dan dikonfirmasi oleh DPJP. - Standar: harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan. Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik. Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS. - <i>RED Category Condition</i> adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera. | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit | | | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis | | | | | | | | | | | | |
| Inklusi | Semua hasil pemeriksaan laboratorium kritis yang sesuai dengan <i>RED Category Condition</i> | | | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan laboratorium yang bukan Kritis dan tidak termasuk <i>RED Category Condition</i> ; hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti. | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pemeriksuan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Instalasi Laboratorium | | | | | | | | | | | | |
| Standar | 100% | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium/ Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium</th> <th style="text-align: left;">Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil = 100</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>90 % ≤ Hasil < 100 %</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>80% ≤ Hasil < 90%</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>70% ≤ Hasil < 80%</td> <td>0.25</td> </tr> <tr> <td>Hasil < 70 %</td> <td>0.1</td> </tr> </tbody> </table> | Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium/ Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium | Skor | Hasil = 100 | 1 | 90 % ≤ Hasil < 100 % | 0.75 | 80% ≤ Hasil < 90% | 0.5 | 70% ≤ Hasil < 80% | 0.25 | Hasil < 70 % | 0.1 |
| Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium/ Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium | Skor | | | | | | | | | | | | |
| Hasil = 100 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 90 % ≤ Hasil < 100 % | 0.75 | | | | | | | | | | | | |
| 80% ≤ Hasil < 90% | 0.5 | | | | | | | | | | | | |
| 70% ≤ Hasil < 80% | 0.25 | | | | | | | | | | | | |
| Hasil < 70 % | 0.1 | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Pelayanan Medik, Instalasi Laboratorium Patologi Klinik dan Komite Mutu | | | | | | | | | | | | |

| Nama Indikator | Kepatuhan Waktu Visite Dokter | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|------|-------------|---|----------------------|-----|-------------------|---|-------------------|-----|--------------|-----|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Input | | | | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Akses, Kesenambungan Pelayanan | | | | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Ketepatan Waktu Pelayanan | | | | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan | | | | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Visite dokter adalah kunjungan dokter setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 06.00 sampai dengan 14.00 | | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pasien yang divisite Dokter pada pukul 06.00 • 14:00. | | | | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah pasien yang diobservasi | | | | | | | | | | | | | |
| Inklusi | Visite dokter pada pasien rawat inap | | | | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | Pasien yang baru masuk rawat inap pada hari tersebut atau pasien konsul | | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah Pasien yang di visite dokter pada pukul 06.00 – 14.00}}{\text{Jumlah pasien yang di observasi}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | 100% | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kepatuhan Waktu Visite Dokter Spesialis</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil = 100</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>90 % ≤ Hasil < 100 %</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>80% ≤ Hasil < 90%</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>70% ≤ Hasil < 80%</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>Hasil < 70 %</td> <td>0.1</td> </tr> </tbody> </table> | | Kepatuhan Waktu Visite Dokter Spesialis | Skor | Hasil = 100 | 2 | 90 % ≤ Hasil < 100 % | 1.5 | 80% ≤ Hasil < 90% | 1 | 70% ≤ Hasil < 80% | 0.5 | Hasil < 70 % | 0.1 |
| Kepatuhan Waktu Visite Dokter Spesialis | Skor | | | | | | | | | | | | | |
| Hasil = 100 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 90 % ≤ Hasil < 100 % | 1.5 | | | | | | | | | | | | | |
| 80% ≤ Hasil < 90% | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 70% ≤ Hasil < 80% | 0.5 | | | | | | | | | | | | | |
| Hasil < 70 % | 0.1 | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Pelayanan Medik dan Instalasi Rawat Inap | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|----------------------------|--|--|
| Nama Indikator | Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) | |
| Area | Manajerial | |
| Pendekatan Sistem | Proses | |
| Dimensi | Efektifitas, Efisiensi dan Kesenambungan Pelayanan | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | |
| Subaspek | Ketepatan Waktu Pelayanan | |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat jalan pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses 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 (Pembilang) | Jumlah waktu pasien yang sudah terdaftar sejak tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter | |

| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh sampel atau seluruh pasien rawat jalan | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|--------------|------|-----------|---|----------------|------|-----------------|------|------------|---|
| Inklusi | Pasien rawat jalan yang telah selesai melakukan pendaftaran | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan, atau saat dipanggil. | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah waktu pasien yang sudah terdaftar sejak tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau seluruh pasien rawat jalan}}$ | | | | | | | | | | |
| Standar | ≤ 60 menit | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>WTRJ (menit)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>WTRJ ≤ 60</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>60 < WTRJ ≤ 90</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>90 < WTRJ ≤ 120</td> <td>0.25</td> </tr> <tr> <td>WTRJ > 120</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | WTRJ (menit) | Skor | WTRJ ≤ 60 | 1 | 60 < WTRJ ≤ 90 | 0.75 | 90 < WTRJ ≤ 120 | 0.25 | WTRJ > 120 | 0 |
| WTRJ (menit) | Skor | | | | | | | | | | |
| WTRJ ≤ 60 | 1 | | | | | | | | | | |
| 60 < WTRJ ≤ 90 | 0.75 | | | | | | | | | | |
| 90 < WTRJ ≤ 120 | 0.25 | | | | | | | | | | |
| WTRJ > 120 | 0 | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Pelayanan | | | | | | | | | | |

f. Prosedur Penanganan Sampel Uji

| Nama Indikator | Angka Penundaan atau Pembatalan Operasi Elektif | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|------------|------|-------------|---|-------------|------|-------------|------|---------|---|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efektivitas dan Mutu Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Prosedur Penanganan Sampel Uji | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Pengelolaan pelayanan operasi yang berorientasi pada keselamatan pasien. | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Angka Penundaan atau Pembatalan operasi adalah persentase dari jumlah penundaan atau pembatalan operasi elektif yang sudah dijadwalkan di kamar operasi selama 1 tahun dibandingkan dengan jumlah pasien yang telah direncanakan operasi dan telah dijadwalkan di kamar operasi dalam satu tahun | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah penundaan atau pembatalan operasi elektif dalam 1 tahun | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah Tindakan operasi yang telah direncanakan dalam 1 tahun | | | | | | | | | | |
| Inklusi | Semua pasien yang dijadwal untuk operasi | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | - | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah penundaan atau pembatalan operasi elektif dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah tindakan operasi yang telah direncanakan}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | |
| Standar | 0 < APO ≤ 1 | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>APO (hari)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 ≤ APO ≤ 1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1 < APO ≤ 2</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>2 < APO ≤ 3</td> <td>0.25</td> </tr> <tr> <td>APO > 3</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | APO (hari) | Skor | 0 ≤ APO ≤ 1 | 1 | 1 < APO ≤ 2 | 0.75 | 2 < APO ≤ 3 | 0.25 | APO > 3 | 0 |
| APO (hari) | Skor | | | | | | | | | | |
| 0 ≤ APO ≤ 1 | 1 | | | | | | | | | | |
| 1 < APO ≤ 2 | 0.75 | | | | | | | | | | |
| 2 < APO ≤ 3 | 0.25 | | | | | | | | | | |
| APO > 3 | 0 | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Pelayanan | | | | | | | | | | |

| Nama Indikator | Angka Kegagalan Hasil Radiologi | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|-----|------|-----------|-----|-----------------|---|------------------|-----|------------------|---|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efektivitas dan Mutu Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Prosedur Penanganan Sampel Uji | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pemeriksaan radiologi | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Angka kegagalan hasil radiologi adalah persentase dari jumlah kegagalan radiologi berupa kerusakan foto rontgen yang tidak dapat dibaca selama satu tahun terhadap jumlah keseluruhan pemeriksaan radiologi (rontgen) dalam tahun yang sama. | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah kegagalan hasil radiologi dalam 1 tahun | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi dalam 1 tahun | | | | | | | | | | |
| Inklusi | Semua pasien yang di rontgen | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | - | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah kegagalan hasil radiologi dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi dalam 1 tahun}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | |
| Standar | $0 < AKR \leq 1$ | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>AKR</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$AKR > 3$</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>$2 < KR \leq 3$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1 < AKR \leq 2$</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>$0 < AKR \leq 1$</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | AKR | Skor | $AKR > 3$ | 0.5 | $2 < KR \leq 3$ | 1 | $1 < AKR \leq 2$ | 1.5 | $0 < AKR \leq 1$ | 2 |
| AKR | Skor | | | | | | | | | | |
| $AKR > 3$ | 0.5 | | | | | | | | | | |
| $2 < KR \leq 3$ | 1 | | | | | | | | | | |
| $1 < AKR \leq 2$ | 1.5 | | | | | | | | | | |
| $0 < AKR \leq 1$ | 2 | | | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Pelayanan Medik dan Instalasi Radiologi | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------|---|
| Nama Indikator | Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium |
| Area | Klinis |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Efektivitas, Efisiensi |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Prosedur Penanganan Sampel Uji |
| Tujuan | Terjaminnya efisiensi pelaksanaan pemeriksaan laboratorium |
| Definisi Operasional | Angka pemeriksaan ulang di laboratorium (kegagalan hasil laboratorium) dihitung berdasarkan persentase dari jumlah pemeriksaan ulang di laboratorium patologi klinik selama satu tahun dibandingkan jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium pada tahun yang sama. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah pemeriksaan ulang di laboratorium patologi klinik selama 1 tahun |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium pada tahun yang sama |
| Inklusi | Pasien yang diperiksa ulang di Laboratorium Patologi Klinik selama 1 tahun |
| Eksklusi | - |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah pemeriksaan ulang di laboratorium Patologi Klinik selama 1 tahun}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium pada tahun yang sama}} \times 100\%$ |

| Standar | 0% ≤ PPL ≤ 1% | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|------|-----|------|---------|-----|-------------|---|-------------|-----|-------------|---|
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>PPL</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PPL > 3</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>2 < PPL ≤ 3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1 < PPL ≤ 2</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>0 ≤ PPL ≤ 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | PPL | Skor | PPL > 3 | 0.5 | 2 < PPL ≤ 3 | 1 | 1 < PPL ≤ 2 | 1.5 | 0 ≤ PPL ≤ 1 | 2 |
| | PPL | Skor | | | | | | | | | | |
| | PPL > 3 | 0.5 | | | | | | | | | | |
| | 2 < PPL ≤ 3 | 1 | | | | | | | | | | |
| | 1 < PPL ≤ 2 | 1.5 | | | | | | | | | | |
| 0 ≤ PPL ≤ 1 | 2 | | | | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Pelayanan Medik dan Instalasi Laboratorium Patologi Klinik | | | | | | | | | | | |

g. Subaspek Utilitas

| Nama Indikator | <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|------|---------|------|-----------|------|----------------|------|---------------|---|---------------|------|----------|------|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Output | | | | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efektivitas dan Mutu Pelayanan | | | | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Utilisasi | | | | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Tergambarnya pemanfaatan sarana yang optimal | | | | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bed Occupancy Rate (BOR) adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu 2. BOR dihitung berdasarkan persentase pemakaian tempat tidur per hari selama setahun (365 hari), menggambarkan tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan dari tempat tidur rumah sakit. 3. Nilai Parameter BOR yang ideal adalah antara 60-80% 4. BOR adalah total hari perawatan selama satu tahun dibagi dengan jumlah hari dalam setahun (365 hari) dikalikan jumlah tempat tidur | | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah hari perawatan di rumah sakit selama 1 tahun | | | | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah hari dalam setahun dikalikan jumlah tempat tidur | | | | | | | | | | | | | |
| Inklusi | - | | | | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | - | | | | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit selama 1 tahun}}{(\text{Jumlah hari dalam setahun} \times \text{Jumlah tempat tidur})} \times 100\%$ | | | | | | | | | | | | | |
| Standar | Parameter ideal : 60 – 80 % | | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>BOR (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BOR ≥ 100</td> <td>0.50</td> </tr> <tr> <td>80 > BOR < 100</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>60 ≥ BOR ≤ 80</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>40 ≥ BOR < 60</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>BOR < 40</td> <td>0.50</td> </tr> </tbody> </table> | | BOR (%) | Skor | BOR ≥ 100 | 0.50 | 80 > BOR < 100 | 0.75 | 60 ≥ BOR ≤ 80 | 1 | 40 ≥ BOR < 60 | 0.75 | BOR < 40 | 0.50 |
| | BOR (%) | Skor | | | | | | | | | | | | |
| | BOR ≥ 100 | 0.50 | | | | | | | | | | | | |
| | 80 > BOR < 100 | 0.75 | | | | | | | | | | | | |
| | 60 ≥ BOR ≤ 80 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | 40 ≥ BOR < 60 | 0.75 | | | | | | | | | | | | |
| BOR < 40 | 0.50 | | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Pelayanan | | | | | | | | | | | | | |

h. Hubungan Masyarakat

| Nama Indikator | Penyuluhan Kesehatan | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|------|-------------------|------|--------------------------------|------|-----------------------------------|------|--------------------------|------|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efisiensi, Efektifitas, dan Keselamatan Pasien | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Hubungan Masyarakat | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Terwujudnya perubahan perilaku hidup bersih dan sehat bagi pasien, keluarga dan masyarakat rumah sakit baik internal maupun eksternal berbasis bukti dan mutu | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | <p>Penyuluhan kesehatan meliputi kegiatan presentasi dan konseling tentang kesehatan, tata-tertib dan peraturan-peraturan di rumah sakit baik kepada individu maupun kelompok masyarakat di rumah sakit.</p> <p>Persentase pasien, keluarga dan masyarakat yang mengikuti kegiatan atau mendapatkan materi penyuluhan kesehatan secara konvensional dan/atau digital</p> | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Laporan PKRS | | | | | | | | | | |
| Standar | Ada program penyuluhan kesehatan yang dilaksanakan | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Uraian Penyuluhan Kesehatan</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tidak ada Program</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Ada Program tidak dilaksanakan</td> <td>0,20</td> </tr> <tr> <td>Ada Program Sebagian dilaksanakan</td> <td>0,50</td> </tr> <tr> <td>Ada Program dilaksanakan</td> <td>1,00</td> </tr> </tbody> </table> | Uraian Penyuluhan Kesehatan | Skor | Tidak ada Program | 0,00 | Ada Program tidak dilaksanakan | 0,20 | Ada Program Sebagian dilaksanakan | 0,50 | Ada Program dilaksanakan | 1,00 |
| Uraian Penyuluhan Kesehatan | Skor | | | | | | | | | | |
| Tidak ada Program | 0,00 | | | | | | | | | | |
| Ada Program tidak dilaksanakan | 0,20 | | | | | | | | | | |
| Ada Program Sebagian dilaksanakan | 0,50 | | | | | | | | | | |
| Ada Program dilaksanakan | 1,00 | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Humas / Tim PKRS | | | | | | | | | | |

i. Inovasi

| | |
|----------------------------|---|
| Nama Indikator | Pertumbuhan Produk Layanan Inovasi |
| Area | Manajerial |
| Pendekatan Sistem | Proses |
| Dimensi | Efektivitas, efisiensi dan mutu pelayanan |
| Perspektif | Proses Internal Pelayanan |
| Subaspek | Inovasi |
| Tujuan | Terselenggaranya produk inovasi pada Rumah Sakit |
| Definisi Operasional | <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan produk layanan inovasi adalah peningkatan dan pengembangan produk, pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman untuk menciptakan atau memperbaiki produk, proses, dan/atau sistem yang baru di rumah sakit. - Pertumbuhan produk layanan inovasi adalah penambahan dan pengembangan layanan yang spesifik dan pengembangan sistem untuk menciptakan atau memperbaiki produk, proses, dan/atau sistem yang baru di rumah sakit. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah produk layanan inovasi pada tahun berjalan |
| Denominator | Jumlah produk layanan inovasi tahun sebelumnya |

| (Penyebut) | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|---------|------|--------------|---|-------------|-----|-----------------------|---|------------------|-----|---------|---|
| Formula | $\frac{\text{Jumlah produk layanan inovasi pada tahun berjalan}}{\text{Jumlah produk layanan inovasi tahun sebelumnya}}$ | | | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Laporan Kinerja RS | | | | | | | | | | | | |
| Standar | PLI \geq 5 | | | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>PLI (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PLI \geq 5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4 > PLI < 5</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>3 \geq PLI \leq 4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 \geq PLI < 3</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>PLI < 2</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | PLI (%) | Skor | PLI \geq 5 | 2 | 4 > PLI < 5 | 1,5 | 3 \geq PLI \leq 4 | 1 | 2 \geq PLI < 3 | 0,5 | PLI < 2 | 0 |
| PLI (%) | Skor | | | | | | | | | | | | |
| PLI \geq 5 | 2 | | | | | | | | | | | | |
| 4 > PLI < 5 | 1,5 | | | | | | | | | | | | |
| 3 \geq PLI \leq 4 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 \geq PLI < 3 | 0,5 | | | | | | | | | | | | |
| PLI < 2 | 0 | | | | | | | | | | | | |
| PIC | Sub Bagian Perencanaan dan Kinerja | | | | | | | | | | | | |

5. Perspektif Pelanggan

a. Kepuasan Pelanggan

| | | | |
|----------------------------|--|----------------|-------------|
| Nama Indikator | Kepuasan Pelanggan (KP) | | |
| Area | Manajerial | | |
| Pendekatan Sistem | Outcome | | |
| Dimensi | Efektivitas dan Mutu Pelayanan | | |
| Perspektif | Pelanggan | | |
| Subaspek | Kepuasan Pelanggan | | |
| Tujuan | Untuk mengukur tingkat kepuasan pelanggan sebagai pengguna layanan dan meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan publik. | | |
| Definisi Operasional | Survei Kepuasan Pelanggan adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan publik. | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | |
| Numerator (Pembilang) | Total dari nilai persepsi per unsur | | |
| Denominator (Penyebut) | Total unsur yang terisi | | |
| 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 | $SKM = \frac{\text{Total dari nilai persepsi per unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai Penimbang}$ | | |
| Standar | 76,61-88,30 (Baik) | | |
| Kriteria Penilaian | KP | Mutu Pelayanan | Skor |
| | 25,00-64,99 | D | Tidak Baik |
| | 65,00-76,60 | C | Kurang Baik |
| | | | 0.5 |
| | | | 0.75 |

| | | | | |
|-----|-------------------------------------|---|-------------|-----|
| | 76,61-88,30 | B | Baik | 1.5 |
| | 88,31-100,00 | A | Sangat Baik | 2 |
| PIC | Seksi Informasi Hukum dan Pengaduan | | | |

| | | | | |
|----------------------------|--|----------------|----------------|------|
| Nama Indikator | Kepuasan Karyawan (KK) | | | |
| Area | Manajerial | | | |
| Pendekatan Sistem | Outcome | | | |
| Dimensi | Efektivitas dan Mutu Pelayanan | | | |
| Perspektif | Pelanggan | | | |
| Subaspek | Kepuasan Pelanggan | | | |
| Tujuan | Untuk mengukur tingkat kepuasan karyawan sebagai pemberi layanan. | | | |
| Definisi Operasional | Survei Kepuasan Karyawan adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan karyawan terhadap hak dan tanggung jawab yang diterima. | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | |
| Numerator (Pembilang) | Total dari Nilai Persepsi Per Unsur | | | |
| Denominator (Penyebut) | Total Unsur yang Terisi | | | |
| Formula | Seluruh staf Rumah Sakit | | | |
| Sumber Data | - | | | |
| Standar | 76,61-88,30 (Baik) | | | |
| Kriteria Penilaian | KK | Mutu Pelayanan | Mutu Pelayanan | Skor |
| | 25,00-64,99 | D | Tidak Baik | 0.5 |
| | 65,00-76,60 | C | Kurang Baik | 0.75 |
| | 76,61-88,30 | B | Baik | 1.5 |
| | 88,31-100,00 | A | Sangat Baik | 2 |
| PIC | Seksi Informasi Hukum dan Pengaduan | | | |

| | | | | |
|----------------------|---|--|--|--|
| Nama Indikator | Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK) | | | |
| Area | Manajerial | | | |
| Pendekatan Sistem | Proses | | | |
| Dimensi | Efektivitas dan Mutu Pelayanan | | | |
| Perspektif | Pelanggan | | | |
| Subaspek | Kepuasan Pelanggan | | | |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan. | | | |
| Definisi Operasional | <p>Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ekstrim (merah); - tinggi (kuning); - rendah (hijau) <p>dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/grading/dampak risiko.</p> | | | |
| Frekuensi | Bulanan | | | |

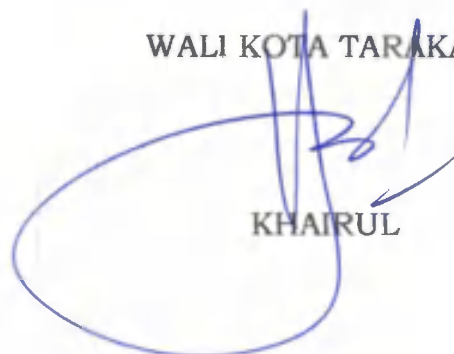
| Pengumpulan Data | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---------|------|-----------------|------|----------------|------|----------------|------|-----------|------|
| Numerator (Pembilang) | Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah komplain yang disurvei | | | | | | | | | | |
| Inklusi | | | | | | | | | | | |
| Eksklusi | - | | | | | | | | | | |
| Formula | Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Humas / Data Komplain | | | | | | | | | | |
| Standar | 100% | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>KRK (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>75 < KRK ≤ 100%</td> <td>2,00</td> </tr> <tr> <td>50 < KRK ≤ 75%</td> <td>1,50</td> </tr> <tr> <td>25 < KRK ≤ 50%</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>KRK < 25%</td> <td>0,50</td> </tr> </tbody> </table> | KRK (%) | Skor | 75 < KRK ≤ 100% | 2,00 | 50 < KRK ≤ 75% | 1,50 | 25 < KRK ≤ 50% | 1,00 | KRK < 25% | 0,50 |
| KRK (%) | Skor | | | | | | | | | | |
| 75 < KRK ≤ 100% | 2,00 | | | | | | | | | | |
| 50 < KRK ≤ 75% | 1,50 | | | | | | | | | | |
| 25 < KRK ≤ 50% | 1,00 | | | | | | | | | | |
| KRK < 25% | 0,50 | | | | | | | | | | |
| PIC | Seksi Informasi Hukum dan Pengaduan dan Pengelola SP4N Lapor | | | | | | | | | | |

b. Hak dan Kewajiban

| Nama Indikator | Persentase Pemenuhan Hak Pasien | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--------|------|----------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|--------------|-----|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Output | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efektivitas Mutu Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Pelanggan | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Hak dan Kewajiban | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pemenuhan hak pasien | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Hak pasien adalah segala sesuatu yang harus didapatkan pasien selama menjalani pelayanan rumah sakit yang tercantum regulasi yang berlaku tentang hak pasien di rumah sakit | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah hak pasien yang dipenuhi | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah hak pasien yang ada berjumlah 23 hak | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{jumlah hak pasien yang dipenuhi}}{\text{jumlah hak pasien yang ada}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Bidang Humas | | | | | | | | | | |
| Standar | 100% | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>HP (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>75 < HP ≤ 100%</td> <td>2,5</td> </tr> <tr> <td>50 < HP ≤ 75%</td> <td>2,0</td> </tr> <tr> <td>25 < HP ≤ 50%</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>0 < HP ≤ 25%</td> <td>1,0</td> </tr> </tbody> </table> | HP (%) | Skor | 75 < HP ≤ 100% | 2,5 | 50 < HP ≤ 75% | 2,0 | 25 < HP ≤ 50% | 1,5 | 0 < HP ≤ 25% | 1,0 |
| HP (%) | Skor | | | | | | | | | | |
| 75 < HP ≤ 100% | 2,5 | | | | | | | | | | |
| 50 < HP ≤ 75% | 2,0 | | | | | | | | | | |
| 25 < HP ≤ 50% | 1,5 | | | | | | | | | | |
| 0 < HP ≤ 25% | 1,0 | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Humas | | | | | | | | | | |

| Nama Indikator | Persentase Pemenuhan Kewajiban Rumah Sakit | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---------|------|-----------------|-----|----------------|-----|----------------|-----|---------------|-----|
| Area | Manajerial | | | | | | | | | | |
| Pendekatan Sistem | Output | | | | | | | | | | |
| Dimensi | Efektivitas Mutu Pelayanan | | | | | | | | | | |
| Perspektif | Pelanggan | | | | | | | | | | |
| Subaspek | Hak dan Kewajiban | | | | | | | | | | |
| Tujuan | Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pemenuhan kewajiban rumah sakit | | | | | | | | | | |
| Definisi Operasional | Kewajiban rumah sakit memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat sebagaimana regulasi yang berlaku | | | | | | | | | | |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tahunan | | | | | | | | | | |
| Numerator (Pembilang) | Jumlah kewajiban rumah sakit yang dipenuhi | | | | | | | | | | |
| Denominator (Penyebut) | Jumlah kewajiban rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku | | | | | | | | | | |
| Formula | $\frac{\text{Jumlah Kewajiban Rumah Sakit yang di Penuhi}}{\text{Jumlah kewajiban Rumah Sakit yang ada}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | |
| Sumber Data | Bidang Humas | | | | | | | | | | |
| Standar | 100% | | | | | | | | | | |
| Kriteria Penilaian | <table border="1"> <thead> <tr> <th>KRS (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>75 < KRS ≤ 100%</td> <td>2.5</td> </tr> <tr> <td>50 < KRS ≤ 75%</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>25 < KRS ≤ 50%</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>0 < KRS ≤ 25%</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table> | KRS (%) | Skor | 75 < KRS ≤ 100% | 2.5 | 50 < KRS ≤ 75% | 2.0 | 25 < KRS ≤ 50% | 1.5 | 0 < KRS ≤ 25% | 1.0 |
| KRS (%) | Skor | | | | | | | | | | |
| 75 < KRS ≤ 100% | 2.5 | | | | | | | | | | |
| 50 < KRS ≤ 75% | 2.0 | | | | | | | | | | |
| 25 < KRS ≤ 50% | 1.5 | | | | | | | | | | |
| 0 < KRS ≤ 25% | 1.0 | | | | | | | | | | |
| PIC | Bidang Humas | | | | | | | | | | |

WALI KOTA TARAKAN,



KHAIRUL