



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.

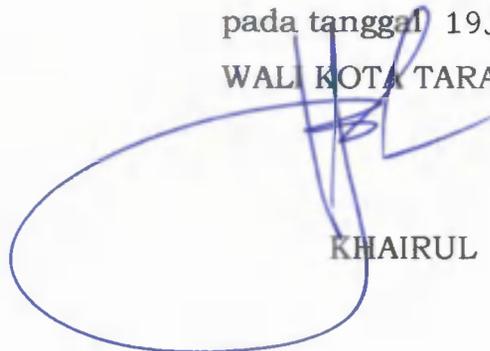
BAB IV
KETENTUAN PENUTUP

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

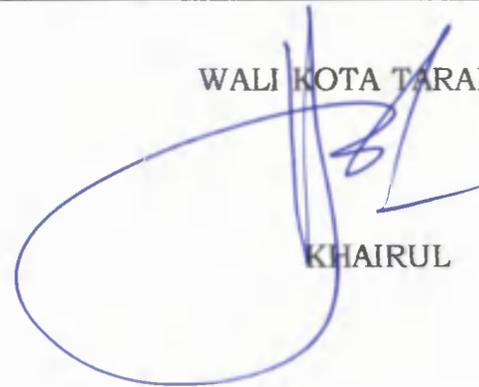
C. Skor penilaian kinerja pada Aspek Non Keuangan sebagai berikut:

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	Uraian Program Reward and Punishment	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	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 Kesenambungan 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 Kesenambungan 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 ≤ 3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3 < WTL ≤ 4</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>4 < WTL ≤ 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 ≤ 3	1	3 < WTL ≤ 4	0.75	4 < WTL ≤ 5	0.5	WTL > 5	0.25
Waktu Tunggu Hasil Laboratorium (Jam) (WTL)	Skor										
WTL ≤ 3	1										
3 < WTL ≤ 4	0.75										
4 < WTL ≤ 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 ≤ 3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3 < WTR ≤ 4</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>4 < WTR ≤ 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 ≤ 3	1	3 < WTR ≤ 4	0.75	4 < WTR ≤ 5	0.5	WTR > 5	0.25
Waktu Tunggu Hasil Radiologi (jam) (WTR)	Skor										
WTR ≤ 3	1										
3 < WTR ≤ 4	0.75										
4 < WTR ≤ 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 Kesiambungan 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: center;">Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil = 100</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>90 % ≤ Hasil < 100 %</td> <td style="text-align: center;">0.75</td> </tr> <tr> <td>80% ≤ Hasil < 90%</td> <td style="text-align: center;">0.5</td> </tr> <tr> <td>70% ≤ Hasil < 80%</td> <td style="text-align: center;">0.25</td> </tr> <tr> <td>Hasil < 70 %</td> <td style="text-align: center;">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	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	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			

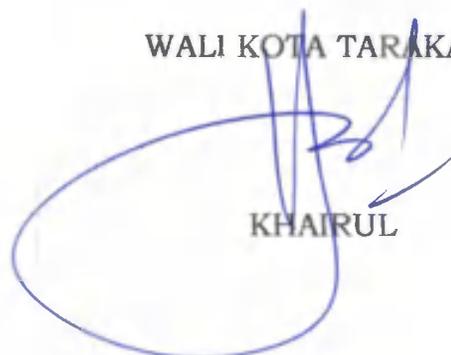
Pengumpulan Data											
Numerator (Pembilang)	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan										
Denominator (Penyebut)	Jumlah komplain yang disurvei										
Inklusi											
Eksklusi	-										
Formula	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media 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