



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

**DITJEN PELAYANAN KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI**



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

<b>AREA KLINIS</b>		
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen klinis ( <i>good clinical governance</i> ) berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continuum of care</i> ) dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis, mengurangi risiko proses asuhan klinis, mengurangi adanya variasi asuhan klinis dan memberikan asuhan klinis yang tepat waktu serta penggunaan sumber daya yg efisien dan konsisten sehingga menghasilkan mutu pelayanan yang tinggi dengan menggunakan praktek klinik yang berbasis bukti.	
Definisi operasional	Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah kepatuhan para staf medis/ DPJP dalam menggunakan clinical pathway untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis.	
	Setiap RS menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh.	
	Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :	
	1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output).	
	2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis	
Frekuensi Pengumpulan Data	Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan.	
	Audit clinical pathway dilakukan berkala setiap bulan.	
	Bulanan	
Formula	Telusur dokumen :	
	1. Ada CP	
	2. Ada CP yang diimplementasikan terintegrasi di Rekam Medik	
Sumber Data	3. Ada CP yang diimplementasikan, terintegrasi dan dievaluasi	
	Rekam Medik	
	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	
Standar	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	
	3	
	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	
	2	
Kriteria Penilaian	Ada CP, belum diimplementasikan	
	1	
	Belum ada CP	
0		
PIC	Ka. SMF/Departemen Medik, Ka Instalasi rawat inap, Ka. Komite Medik, Ka.Komite Mutu	

Persentase Kejadian Pasien Jatuh		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 6)	
Definisi operasional	Tidak adanya kejadian pasien jatuh adalah tidak terjadinya pasien jatuh selama pasien mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit, baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi dsb.	
	Ketika pasien baru pertama kali masuk perawatan maka dalam 24 jam harus dilakukan asesmen awal keperawatan dimana dalam asesmen tsb dapat diketahui kemungkinan pasien berisiko jatuh dengan skoring tertentu menggunakan instrumen penilaian risiko jatuh.	
	Penilaian resiko jatuh menggunakan skala Morse untuk pasien dewasa, skala Humpty Dumpty untuk pasien anak - anak, dan skala jatuh untuk pasien geriatri. Tujuannya untuk dilakukan intervensi dan monitoring yang intensif terhadap pasien berisiko jatuh dan harus dilakukan re-asesmen jatuh dengan waktu sesuai derajat skornya.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien jatuh	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Inklusi	Semua pasien rawat inap	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 3 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 3 \%$	2
	$3\% < \text{Hasil} \leq 9 \%$	1.5
	$9\% < \text{Hasil} \leq 14 \%$	1
	$14\% < \text{Hasil} \leq 20 \%$	0.5
	Hasil $> 20 \%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Boushon, et.al., How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, 2012	

Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)		
Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan pembedahan di rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pembedahan	
Definisi operasional	Penerapan keselamatan operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas meliputi :	
	1. Tahapan Sign-in	
	dilakukan sebelum induksi anestesi minimal dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi	
	2. Tahapan Time-out	
	dilakukan sebelum insisi kulit, diisi oleh perawat, dokter anestesi dan operator	
	3. Tahapan Sign-out	
dilakukan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi/OK, di isi oleh perawat, dokter anestesi dan operator		
Kriteria : sesuai kriteria WHO (JCI)		
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap <i>checklist</i> keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu disertai tandatangan dan penulisan jam pengisian	
Denominator	Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi	
Inklusi	Operasi yang dilakukan di ruang OK	
Eksklusi	--	
Formula	(Jumlah pasien pembedahan di ruang operasi yang telah diisi lengkap checklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan oleh petugas tertentu dibagi Jumlah seluruh pasien pembedahan di ruang operasi pada bulan tsb) x 100%	
Sumber Data	Catatan data pasien operasi	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70% ☹️	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral	

## Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien JKN	
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien JKN	
Definisi operasional	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas) adalah kesesuaian penulisan resep oleh DPJP dengan Formularium Nasional untuk Pasien JKN	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas	
Denominator	Jumlah total item resep (R/)	
Inklusi	Pasien JKN	
Eksklusi	Obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional	
Formula	$(\text{Jumlah item resep (R/)} \text{ yang sesuai Fornas} / \text{jumlah total item resep (R/)} ) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\geq 80\%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\geq 80\%$	2
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	1.5
	$60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$	1
	$50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$	0.5
	Hasil $< 50$	0
PIC	Ka. Instalasi Farmasi	
Referensi	Kepmenkes RI nomor 159/Menkes/SK/V/2014 tentang Formularium Nasional	

## Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Kepatuhan dalam pelaksanaan standar pelayanan	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien	
Definisi operasional	Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi yang dimaksud adalah tidak terjadinya operasi salah sisi.	
	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian pembedahan di kamar operasi yang dilakukan pada sisi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan sebelumnya, hal tersebut tidak disadari oleh operator maupun oleh asisten bedahnya.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi	
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan operasi	
Inklusi	Semua pasien pembedahan di kamar operasi	
Eksklusi	--	
Formula	$(\text{Jumlah pasien yang dilakukan operasi salah sisi dibagi Jumlah pasien yang dilakukan operasi}) \times 100 \%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	0	
Kriteria Penilaian	hasil 0 %	2
	hasil > 0%	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah	

## Dekubitus

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS	
Perspektif	Proses Bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif	
Definisi operasional	Kejadian dekubitus adalah terjadinya pasien yang mengalami dekubitus selama dalam perawatan di rawat inap RS.	
	Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997)	
	Kriteria :	
	A. Pasien paling tidak mempunyai 2 gejala dan tanda berikut, yang tidak diketahui penyebab lainnya : kemerahan sakit atau pembengkakan ditepian luka dekubitus	
	B. Minimal ditemukan 1 dari bukti berikut :	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hasil kultur positif dari cairan atau jaringan yang diambil secara benar</li> <li>b. Hasil kultur darah positif</li> </ul>	
C. Dokter yang merawat menyatakan adanya dekubitus dan diberi pengobatan antimikroba.		
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kejadian dekubitus	
Denominator	Jumlah hari tirah baring	
Inklusi	Pasien rawat inap tirah baring	
Eksklusi	Pasien yang masuk rawat inap RS sudah mengalami dekubitus	
Formula	$\left( \frac{\text{Jumlah kejadian dekubitus}}{\text{Jumlah hari tirah baring}} \right) \times 1000$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 1,5 \text{ ‰}$	
Kriteria Penilaian	hasil $\leq 1,5 \text{ ‰}$	3
	$1,5\text{‰} < \text{Hasil} \leq 7,5 \text{ ‰}$	2
	$7,5\text{‰} < \text{Hasil} \leq 15 \text{ ‰}$	1
	Hasil $> 15\text{‰}$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	1. CDC NHSN, Maret 2011	
	2. buku pedoman PPI th 2011	
	3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011	
	4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention	



## Infeksi saluran kencing (ISK)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS	
Perspektif	Proses Bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi saluran kencing (ISK)	
Definisi operasional	Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam	
	Kriteria :	
	A. Gejala dan Tanda :	
	Umum : demam, urgensi, frekuensi, disuria, nyeri suprapubik	
	Usia < 1 tahun : demam, hipotermi, apneu, bradikardi, letargia, muntah-muntah	
	B. Nitrit dan/atau leukosit esterase positif dengan carik celup (dipstick)	
	C. Pyuria > 10 leukosit/LPB sedimen urin atau >10 leukosit/mL atau > 3 leukosit/LPB dari urine tanpa dilakukan sentrifus	
	D. Terdapat koloni mikroorganisme pada hasil pemeriksaan urine kultur	
E. Diagnosis dokter yang merawat menyatakan adanya ISK		
F. Terapi dokter sesuai ISK		
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Saluran Kemih (ISK)	
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap	
Inklusi	Pasien rawat inap dengan kateter terpasang > 48 jam	
Eksklusi	Pasien yang terpasang kateter urin ≤ 48 jam	
Formula	(Jumlah kasus ISK dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 4.7 ‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 4.7 ‰	2
	4.7‰ < Hasil ≤ 5.2‰	1.5
	5.2‰ < Hasil ≤ 5.7‰	1
	5.7‰ < Hasil ≤ 6.2‰	0.5
	Hasil > 6.2‰	0
PIC	Ka unit pelayanan rawat inap/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
Referensi	1. CDC NHSN, Maret 2011	
	2. buku pedoman PPI th 2011	
	3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011	
	4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention	

## Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS	
Perspektif	Proses Bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Daerah operasi (IDO)	
Definisi operasional	<p>Infeksi Daerah Operasi adalah Infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan satu tahun dengan implan pasca bedah.</p> <p>Kriteria :</p> <p>A. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia,</p> <p>B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik,</p> <p>C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan</p> <p>D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi</p>	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Daerah Operasi (IDO)	
Denominator	Jumlah kasus operasi	
Inklusi	Kasus operasi	
Eksklusi	prosedur sirkumsisi ; <i>stitch abscess</i>	
Formula	(Jumlah kasus IDO dibagi Jumlah kasus operasi) x 100 %	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 2 %	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 2 % ☺☺ skor = 2	2
	2% < Hasil ≤ 3% ☺☺ skor = 1,5	1.5
	3% < Hasil ≤ 4% ☺☺ skor = 1	1
	4% < Hasil ≤ 5% ☺☺ skor = 0,5	0.5
	Hasil > 5 % ☺☺ skor = 0	0
PIC	Ka. Instalasi Bedah sentral dan ketua komite/ panitia/tim PPI	
Referensi	1. CDC NHSN, Maret 2011	
	2. buku pedoman PPI th 2011	
	3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011	
	4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention	

## Ventilator Associated pneumonia (VAP)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Tindakan pengendalian Infeksi RS	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	
Definisi operasional	Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.	
	Kriteria :	
	Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis :	
	- Leukopenia (< 4.000 WBC/mm <sup>3</sup> ) atau Leukositosis (≥12.000 SDP/mm <sup>3</sup> ).	
	- Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.	
	Minimal disertai 2 dari tanda berikut:	
	- Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum.	
	- Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau dyspnea (sesak napas) atau tachypnea.	
	- Ronki basah atau suara napas bronchial.	
	- Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O <sub>2</sub> (PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ≤240), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.	
Dasar diagnosis :		
Adanya bukti secara radiologis adalah jika ditemukan > 2 foto serial : Infiltrat baru atau progresif yang menetap ; Konsolidasi ; Kavitasi ; Pneumatoceles pada bayi berumur < 1 tahun		
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator	
Inklusi	Pasien yang menggunakan Ventilator > 48 jam	
Eksklusi	Pasien dengan riwayat Pneumonia Sebelumnya	
Formula	(Jumlah kasus infeksi VAP dibagi Jumlah hari pemakaian ETT atau terpasang Ventilator) x 1000	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	≤ 5,8‰	
Kriteria Penilaian	Hasil ≤ 5.8 ‰	2
	5,8‰ < Hasil ≤ 8,3‰	1.5
	8,3‰ < Hasil ≤ 10,8‰	1
	10,8‰ < Hasil ≤ 13,6‰	0.5
	Hasil > 13,6 ‰	0
PIC	Ka. Instalasi Pelayanan/Ketua Komite/panitia/Tim PPI	
Referensi	1. CDC NHSN, Maret 2011	
	2. buku pedoman PPI th 2011	
	3. buku pedoman surveillance infeksi RS Kemkes 2011	
	4. Center for Healthcare related infections surveillance and prevention	

### Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Pengendalian infeksi di RS	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan keperawatan berbasis mutu dan keselamatan pasien dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit	
Judul IKT	Infeksi Aliran Darah Perifer / Phlebitis	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Menurunnya kejadian infeksi aliran darah	
Definisi operasional	Phlebitis merupakan inflamasi pada vena, yang ditandai dengan adanya daerah yang merah, nyeri dan pembengkakan di daerah penusukan atau sepanjang vena (Brunner dan Sudarth, 2002)	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kasus Phlebitis	
Denominator	Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena	
Inklusi	Pasien rawat inap yang terpasang kateter intravena	
Formula	$\left( \frac{\text{Jumlah kasus phlebitis}}{\text{Seluruh pasien yang terpasang kateter intravena}} \right) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap	
Standar	$\leq 5 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 5 \%$	2
	$5\% < \text{Hasil} \leq 10\%$	1.5
	$10\% < \text{Hasil} \leq 15\%$	1
	$15\% < \text{Hasil} \leq 20\%$	0.5
	Hasil $> 20\%$	0
PIC	Ka. Instalasi Rawat Inap	
Referensi	Intravenous Nurses Society (INS)	

**Nett Death Rate (NDR)**

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

## Kematian Pasien di IGD

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawat daruratan berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang ditangani di IGD	
Definisi operasional	Kematian pasien di IGD adalah kematian pasien yang terjadi dalam periode $\leq 8$ jam sejak pasien datang ke IGD	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	jumlah pasien meninggal di IGD $\leq 8$ jam sejak datang	
Denominator	jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD	
Inklusi	Pasien yang meninggal di IGD $\leq 8$ Jam	
Eksklusi	Pasien DOA (Death On Arrival)	
Formula	$(\text{Jumlah pasien meninggal di IGD } \leq 8 \text{ jam dibagi Jumlah seluruh pasien di IGD}) \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	$\leq 2.5 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 2,5\%$	2
	$2,5\% < \text{Hasil} \leq 3\%$	1.5
	$3\% < \text{Hasil} \leq 3,5\%$	1
	$3,5\% < \text{Hasil} \leq 4\%$	0.5
	Hasil $> 4\%$	0
PIC	Ka. IGD	
Referensi	Kepmenkes RS nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	

## Kejadian Kematian Ibu

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kegawatdaruratan persalinan berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan pasien	
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kegawatdaruratan obstetri secara aman dan efektif	
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre-eklamsi, eklamsi dan sepsis.	
	Kejadian Kematian Ibu Persalinan karena perdarahan adalah jumlah kematian ibu melahirkan yang disebabkan perdarahan.	
	Perdarahan yang dimaksud adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.	
	Per-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada trimester kedua.	
	Pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua atau tiga tanda, yaitu:	
	a. Tekanan darah sistolik > 160 mmHg, dan diastolik > 110 mmHg	
	b. Protein uria > 5gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif	
	c. Oedem tungkai	
	Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.	
	Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan abortus, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab)	
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis	
Inklusi	Semua pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis	
Eksklusi	--	
Formula	$\left( \frac{\text{Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis}}{\text{total Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis}} \right) \times 100 \%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Perdarahan $\leq 1 \%$ , pre-eklampsia <30%, Sepsis $\leq 0,2 \%$	
Kriteria Penilaian	Hasil $\leq 25 \%$	2
	$25 \% < \text{Hasil} \leq 30 \%$	1.5
	$30 \% < \text{Hasil} \leq 35 \%$	1
	$35 \% < \text{Hasil} \leq 40 \%$	0.5
	Hasil > 40 %	0
PIC	Ka. Instalasi Gawat Darurat / Ka. Dept Obsgyn	

## Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

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



## Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan laboratorium rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis patologi klinik sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	– menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium	
	– Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan laboratorium kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan laboratorium yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	(Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit dibagi jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis) X 100 %	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	90% ≤ Hasil < 100%	1.5
	80% ≤ Hasil < 90%	1
	70% ≤ Hasil < 80%	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi laboratorium	

## Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Area	Klinis	
Kategori Indikator	Capaian Indikator Medik	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi	
Definisi operasional	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).	
	Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan	
	Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik	
	Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.	
	RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera	
	Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi</li> <li>- Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita</li> </ul>	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan < 60 menit	
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis	
Inklusi	Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition	
Eksklusi	Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.	
Formula	$(\text{Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan} < 60 \text{ menit} / \text{Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis}) \times 100$	
Sumber Data	Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik	
Standar	1	
Kriteria Penilaian	Hasil = 100%	2
	$90\% \leq \text{Hasil} < 100\%$	1.5
	$80\% \leq \text{Hasil} < 90\%$	1
	$70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$	0.5
	Hasil < 70%	0
PIC	Ka. Instalasi radiologi	

## AREA MANAGERIAL

### Bed Occupancy Rate (BOR)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Utilisasi	
Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya pemanfaatan sarana yang optimal	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya pemanfaatan pelayanan rawat inap	
Definisi operasional	Bed Occupancy Rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit	
Denominator	Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode	
Inklusi	--	
Eksklusi	--	
Formula	$\left[ \frac{\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode}} \right] \times 100\%$	
Sumber Data	Rekam Medik	
Standar	Parameter ideal : 70 – 80 %	
Kriteria Penilaian	BOR (%) :	
	BOR ≥ 100	0.5
	90 ≤ BOR < 100	1
	80 ≤ BOR < 90	1.5
	70 ≤ BOR < 80	2
	60 ≤ BOR < 70	1.5
	50 ≤ BOR < 60	1
	BOR < 50	0.5
PIC	Ka Ins Rawat Inap ; Ka Rekam Medik	

## Kepuasan Pelanggan (KP)

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

### Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

<b>Area</b>	Manajerial																
<b>Kategori Indikator</b>	Kepuasan Pelanggan																
<b>Perspektif</b>	Customer																
<b>Sasaran Strategis</b>	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan																
<b>Dimensi Mutu</b>	Efektivitas dan Mutu Pelayanan																
<b>Tujuan</b>	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.																
<b>Definisi operasional</b>	<p>Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/ dampak risiko berupa ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/grading/dampak risiko.</p> <p>Warna Merah :</p> <p>cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, poptensi kerugian material dll.</p> <p>Warna Kuning :</p> <p>cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.</p> <p>Warna Hijau :</p> <p>tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.</p> <p>Kriteria Penilaian :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau</li> <li>Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar</li> <li>Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori <ol style="list-style-type: none"> <li>Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam</li> <li>Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</li> <li>Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari</li> </ol> </li> </ol>																
<b>Frekuensi Pengumpulan Data</b>	Bulanan																
<b>Numerator</b>	KKM + KKK + KKH (%)																
<b>Denominator</b>	3																
<b>Inklusi</b>	Komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa																
<b>Eksklusi</b>	--																
<b>Formula</b>	$(KKM + KKK + KKH) : 3$																
<b>Sumber Data</b>	Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan																
<b>Standar</b>	> 75%																
<b>Kriteria Penilaian</b>	<p>RS Pendidikan</p> <p>KRK (%):</p> <table border="1"> <tr> <td><math>75 &lt; KRK \leq 100 \%</math></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><math>50 &lt; KRK \leq 75 \%</math></td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td><math>25 &lt; KRK \leq 50 \%</math></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td><math>KRK &lt; 25 \%</math></td> <td>0.5</td> </tr> </table> <p>RS Non Pendidikan</p> <p>KRK (%):</p> <table border="1"> <tr> <td><math>75 &lt; KRK \leq 100 \%</math></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td><math>50 &lt; KRK \leq 75 \%</math></td> <td>2.25</td> </tr> <tr> <td><math>25 &lt; KRK \leq 50 \%</math></td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td><math>KRK &lt; 25 \%</math></td> <td>0.75</td> </tr> </table>	$75 < KRK \leq 100 \%$	2	$50 < KRK \leq 75 \%$	1.5	$25 < KRK \leq 50 \%$	1	$KRK < 25 \%$	0.5	$75 < KRK \leq 100 \%$	3	$50 < KRK \leq 75 \%$	2.25	$25 < KRK \leq 50 \%$	1.5	$KRK < 25 \%$	0.75
$75 < KRK \leq 100 \%$	2																
$50 < KRK \leq 75 \%$	1.5																
$25 < KRK \leq 50 \%$	1																
$KRK < 25 \%$	0.5																
$75 < KRK \leq 100 \%$	3																
$50 < KRK \leq 75 \%$	2.25																
$25 < KRK \leq 50 \%$	1.5																
$KRK < 25 \%$	0.75																
<b>PIC</b>	Kepala Bagian Pelayanan Pelanggan																

## Emergency Respon Time 2 (ERT)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan	
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat	
Definisi operasional	Emergency Respon Time 2 (ERT 2) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito	
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi	
Inklusi	Pasien IGD yang diputuskan operasi cito	
Eksklusi	operasi cito yang membutuhkan puasa > 2 jam sejak diputuskan harus operasi	
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito dibagi jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi	
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat (IGD) Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	$\leq 120$ menit	
Kriteria Penilaian	ERT (menit) :	
	ERT $\leq 120$	3
	120 < ERT $\leq 240$	2
	240 < ERT $\leq 480$	2
	ERT > 480	0
PIC	Kepala Instalasi Gawat Darurat	

## Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan	
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan pada hari kerja yang mudah dan cepat di akses oleh pasien	
Definisi operasional	Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ) adalah rata-rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dilayani dokter.	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah waktu pasien yang sudah terdaftar sejak tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter	
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau seluruh pasien rawat jalan	
Inklusi	Pasien rawat jalan yang telah selesai melakukan pendaftaran	
Eksklusi	Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan, atau saat dipanggil.	
Formula	Jumlah waktu sejak pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dengan dilayani dokter dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien rawat jalan	
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 60 Menit	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	2
	60 < WTRJ ≤ 80	1.5
	80 < WTRJ ≤ 100	1
	100 < WTRJ ≤ 120	0.5
	WTRJ > 120	0
	RS Non Pendidikan	
	WTRJ (menit) :	
	WTRJ ≤ 60	3
	60 < WTRJ ≤ 80	2.25
	80 < WTRJ ≤ 100	1.5
	100 < WTRJ ≤ 120	0.75
	WTRJ > 120	0
PIC	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

**Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)**

Area	Manajerial										
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan										
Perspektif	Proses bisnis internal										
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan										
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan										
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan bedah dalam penjadwalan operasi.										
Definisi operasional	Waktu Tunggu Operasi Elektif adalah Rata-rata tenggat waktu sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai dengan operasi dilaksanakan										
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan										
Numerator	Jumlah waktu tunggu operasi yang terencana										
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien dengan operasi yang terencana										
Inklusi	Pasien yang masuk rawat inap dengan rencana operasi										
Eksklusi	Operasi dibatalkan karena kondisi pasien yang tidak memungkinkan dilakukan operasi, ditunda/dibatalkan atas permintaan keluarga, fasilitas (ruangan atau peralatan tidak dapat dipakai disebabkan kondisi diluar kendali manajemen)										
Formula	Jumlah waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien dengan operasi yang terencana										
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan										
Standar	≤ 48 jam										
Kriteria Penilaian	WTE (jam) : <table border="1"><tr><td>WTE ≤ 48</td><td>2</td></tr><tr><td>48 &lt; WTE ≤ 72</td><td>1.5</td></tr><tr><td>72 &lt; WTE ≤ 96</td><td>1</td></tr><tr><td>96 &lt; WTE ≤ 120</td><td>0.5</td></tr><tr><td>WTE &gt; 120</td><td>0</td></tr></table>	WTE ≤ 48	2	48 < WTE ≤ 72	1.5	72 < WTE ≤ 96	1	96 < WTE ≤ 120	0.5	WTE > 120	0
WTE ≤ 48	2										
48 < WTE ≤ 72	1.5										
72 < WTE ≤ 96	1										
96 < WTE ≤ 120	0.5										
WTE > 120	0										
PIC	Kepala Instalasi Bedah Sentral										



### Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan	
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi.	
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan radiologi adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan pasien mulai mendaftar di loket radiologi dilanjutkan dengan pemeriksaan oleh radiografer sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise dan divalidasi dokter spesialis radiologi	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu mulai pasien mendaftar di loket radiologi sampai dengan keluar hasil yang sudah diekspertise	
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan radiologi konvensional	
Inklusi	pemeriksaan radiologi konvensional	
Eksklusi		
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu mulai pasien mendaftar di loket radiologi sampai dengan keluar hasil ekpertise dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seleuruh pemeriksaan radiologi konvensional	
Sumber Data	Instalasi Radiologi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	≤ 3 Jam	
Kriteria Penilaian	WTPR (jam) :	
	WTPR ≤ 3	2
	3 < WTPR ≤ 4	1.5
	4 < WTPR ≤ 5	1
5 < WTPR ≤ 6	0.5	
	WTPR > 6	0
PIC	Kepala Instalasi Radiodiagnostik	

### Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan	
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium.	
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan laboratorium adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien mulai mendaftar di loket laboratorium dilanjutkan dengan pengambilan sampel darah sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise dan divalidasi oleh dokter spesialis patologi klinik	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien mendaftar di loket laboratorium sampai dengan keluarnya hasil yang sudah diekspertise	
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan darah rutin	
Inklusi	pemeriksaan darah rutin (Hb, Ht, Leu, Tr)	
Eksklusi	--	
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien mendaftar di loket laboratorium sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan darah rutin	
Sumber Data	Instalasi Laboratorium Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	$\leq 2$ Jam	
Kriteria Penilaian	WTPL (jam) :	
	WTPL $\leq 2$	2
	$2 < \text{WTPL} \leq 3$	1.5
	$3 < \text{WTPL} \leq 4$	1
	$4 < \text{WTPL} \leq 5$	0.5
	WTPL $> 5$	0
PIC	Ka. Inst. Laboratorium	

### Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)

Area	Manajerial												
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan												
Perspektif	Proses bisnis internal												
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan												
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan												
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan resep obat jadi												
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan resep obat jadi adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien menyerahkan resep obat di loket apotek sampai dengan menerima/mendapatkan obat jadi dari petugas farmasi di apotik rawat jalan.												
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan												
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien menyerahkan resep di loket apotek sampai dengan menerima obat												
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh resep obat jadi												
Inklusi	Semua resep obat jadi di apotik rawat jalan												
Eksklusi	Obat kemoterapi ; resep pasien rawat inap												
Formula	Jumlah kumulatif waktu tunggu sejak pasien menyerahkan resep di loket apotek sampai dengan menerima obat dibagi jumlah seluruh sample atau Jumlah seluruh pasien yang menyerahkan resep obat jadi												
Sumber Data	Instalasi Farmasi Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan												
Standar	≤ 30 menit												
Kriteria Penilaian	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">WTOJ (menit) :</td> </tr> <tr> <td>WTOJ ≤ 30</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>30 &lt; WTOJ ≤ 40</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>40 &lt; WTOJ ≤ 50</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>50 &lt; WTOJ ≤ 60</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>WTOJ &gt; 60</td> <td>0</td> </tr> </table>	WTOJ (menit) :		WTOJ ≤ 30	2	30 < WTOJ ≤ 40	1.5	40 < WTOJ ≤ 50	1	50 < WTOJ ≤ 60	0.5	WTOJ > 60	0
WTOJ (menit) :													
WTOJ ≤ 30	2												
30 < WTOJ ≤ 40	1.5												
40 < WTOJ ≤ 50	1												
50 < WTOJ ≤ 60	0.5												
WTOJ > 60	0												
PIC	Ka. Inst. Farmasi												

### Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 24 Jam (PRM)

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan	
Perspektif	Proses bisnis internal	
Sasaran Strategis	Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan	
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab pemberi pelayanan dalam pengembalian rekam medis tepat waktu.	
Definisi operasional	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 jam yang dimaksud adalah jumlah dokumen rekam medis pasien rawat inap yang diisi lengkap <b>dan</b> dikembalikan ke pengelola rekam medis dalam waktu $\leq 24$ jam setelah pasien pulang.	
	Kriteria lengkap mengacu pada Permenkes nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis	
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan	
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu $\leq 24$ jam setelah pasien pulang	
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien pulang	
Inklusi	seluruh dokumen rekam medis pasien pulang rawat inap	
Eksklusi	dokumen rekam medis pasien rawat jalan	
Formula	$\left( \frac{\text{Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau Jumlah pasien pulang}} \right) \times 100\%$	
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis	
	Catatan :Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan	
Standar	> 80%	
Kriteria Penilaian	PRM (%) :	
	80 < PRM $\leq$ 100	3
	60 < PRM $\leq$ 80	2
	40 < PRM $\leq$ 60	1
	PRM $\leq$ 40	0
PIC	Ka. Rekam Medik	

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

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

## Tingkat Keandalan Sarpras (OEE)

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

### Tingkat Penilaian Proper

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

## Level IT yang Terintegrasi

Area	Manajerial	
Kategori Indikator	Level IT	
Perspektif	Learning and growth	
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana, prasarana, fasilitas dan teknologi sesuai <i>best practice</i> dalam lingkungan kerja yang nyaman dan kondusif	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit terintegrasi sesuai <i>best practice</i>	
Definisi operasional	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi kemampuan sistem informasi terintegrasi yang dijelaskan sbb :	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basic/siloed 1 Enterprise : infrastruktur dan platform terpasang, system informasi disiapkan untuk (a) sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalasi penunjang diagnostik</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siloed 2 : Infrastruktur dan platform mengacu pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dn back-office (keuangan, sdm dll) sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharannya</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standar/ Integrated Enterprises : infrastuktur dan platform lebih mendukung operasional rmah sakit misal aset/BMN, e-clinical HR, e-Planning, e-Procurement</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advanced/ Extended Enterprises : infrastuktur dan platform mengacu pada kemampuan otomatisasi manajemen, peningkatan kemanan dan kebijakan yang memungkinkan self povisioning sebagai suatu system dashboard.</li> </ul>	
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan	
Sumber Data	(a) MasterPlan IT	
	(b) Data progress program masterplan IT	
Standar	2015 --> Siloed 1	
	2016 --> Siloed 2	
	2017 --> Integrated 1	
	2018 --> Integrated 2	
	2019 --> Advanced	
Kriteria Penilaian	RS Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	2
	Integrated 2	1.6
	Integrated 1	1.2
	Siloed 2	0.8
	Siloed 1	0.4
	RS Non Pendidikan	
	Tahun 2016 :	
	Advanced	3
	Integrated 2	2.4
Integrated 1	1.8	
Siloed 2	1.2	
Siloed 1	0.6	
PIC	Ka. Instalasi SIRS	



### Jumlah Penelitian yang dipublikasikan\*

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

### Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran\*

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