

DRAFT INDIKATOR DAN VARIABEL RISET FASILITAS RUMAH SAKIT 2011

No	Indikator	Sumber	Sumber Data
A	UMUM		
1	Kepemilikan RS	Horison	Data Sekunder RS
2	Pola Pengelolaan Keuangan RS	Horison	Data Sekunder RS
3	Kelas rumah sakit	Horison	Data Sekunder RS
4	Jenis rumah sakit	Horison	Data Sekunder RS
5	Akreditasi RS	Horison	Data Sekunder RS
B	INPUT		
B.1	FASILITAS		
1	Peralatan, sarana, teknologi yang dimiliki sesuai dengan kelas RS	Acacia	Data Sekunder RS
2	Ketersediaan air bersih mengalir	Acacia	Data Sekunder RS
3	Ketersediaan listrik selama 24 jam (termasuk ketersediaan generator, dll)	Acacia	Data Sekunder RS
4	Dana hibah untuk penelitian (khusus untuk RS Pendidikan)	Acacia	Data Sekunder RS
5	Kelengkapan jenis Pelayanan sesuai standar untuk masing-masing kelas RS	Acacia	Data Sekunder RS
6	Pengembangan produk baru pelayanan (Stroke center, one stop services, skin center)	Acacia	Data Sekunder RS
7	Jumlah tempat tidur Kelas 3 (dihubungkan dengan Jamkesmas, RS Pemerintah : 50 %, swasta 25 %)	Diskusi Internet	Data Sekunder RS
8	RS PONEK	Acacia : Yanmed	Data Sekunder RS
9	Jumlah alat yang tidak sesuai dengan kebutuhan (sebutkan jenis) (DO harus jelas)	Acacia	Data Sekunder RS
10	Ketersediaan biaya untuk maintenance peralatan	Horison	Data Sekunder RS
B.2	SUMBER DAYA MANUSIA		
1	Pembiayaan untuk pengembangan staf/pegawai	Diskusi Internet	Data Sekunder RS
2	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BTLS/PPGD/GELS/ALS	SPM RS	Data Sekunder RS
3	Ketersediaan dokter spesialis di poliklinik spesialis (bagaimana dengan residensi di RS Pendidikan)	SPM RS	Data Sekunder RS
4	Tersedianya dokter penanggungjawab rawat inap	SPM RS	Data Sekunder RS
5	Tersedianya Tim PONEK	Acacia	Data Sekunder RS
6	Tersedianya pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Acacia	Data Sekunder RS
7	Ketersediaan tenaga pelaksana ekspertise radiologi	SPM RS	Data Sekunder RS
8	Ketersediaan tenaga pelaksana ekspertise laboratorium patologi klinik	SPM RS	Data Sekunder RS

9	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun/ orang	
10	Ratio nakes di rawat jalan, rawat inap, UGD	
11	Pelatihan perlakuan alat kesehatan ke staf dokter dan perawat	
12	Pelatihan kalibrasi kepada staf pemelihara sarana	
13	Pelatihan perbaikan alat kesehatan kepada staf pemelihara sarana	
B.3	KEUANGAN	
1	Pencatatan sesuai Standar Akuntansi Indonesia	
2	Adanya akuntan yang bertugas	
3	Adanya billing system	
4	Jumlah pemasukan (non operasional) dari pihak luar (Pemerintah, Yayasan) berbanding total income	
5	Tidak ada pasien UGD yang diharuskan membayar uang muka	
6	Tersedianya management case flow	
B.4	PERALATAN	
B.4.1	PERALATAN MEDIS	
1	Ketersediaan dan kecukupan peralatan medis di ICU, NICU, PICU, UGD, OK, Radiologi, dan laboratorium	
2	Utilisasi peralatan medis di ICU, NICU, PICU, UGD, OK, Radiologi, dan laboratorium	
3	Berfungsi atau tidaknya peralatan medis di ICU, NICU, PICU, UGD, OK, radiologi, dan laboratorium	
B.4.2	PERALATAN NON MEDIS	
1	Kecukupan komputer bersama SDM dan systemnya	
2	Kecukupan alat transportasi (termasuk ambulans dengan kelengkapan standar dan alat komunikasi)	
3	Kecukupan alat komunikasi (di semua unit)	
B.5.	KELENGKAPAN ORGANISASI	
1	Keberadaan dan keaktifan Dewan Pengawas	
2	Keberadaan dan keaktifan PPI	
3	Keberadaan dan keaktifan Komite Etik	
4	Keberadaan dan keaktifan Komite Mutu	
5	Keberadaan dan keaktifan Komite Keselamatan Kerja	
6	Ketersediaan dan keaktifan tim penanggulangan bencana	
7	Keberadaan dan keaktifan Komite Keselamatan Pasien (Patient safety)	
B.6.	OBAT-OBATAN	
1	Ketersediaan obat-obatan esensial	
2	Ketersediaan obat life saving	

3	Fasilitas pengelolaan sitostatika (hanya RS Kelas A dan B)
4	Tempat penyimpanan obat di rawat inap, diganti dengan implementasi system unit dose di rawat inap
B.7	STANDAR PELAYANAN MEDIS
1	Keberadaan Standar Pelayanan Medis
2	Keberadaan Komite Medis
3	Keberadaan kelompok medis fungsional (Staf Medis Fungsional)
4	Keberadaan SOP tentang tata cara seleksi dan penempatan staf medis ke dalam unit-unit fungsional
5	Keberadaan dokter penanggungjawab pelayanan
6	Ketersediaan ruang pertemuan
7	Ketersediaan sarana komunikasi
8	Ketersediaan tenaga administrasi yang membantu kelancaran tugas komite medis dan staf medis
9	Ketersediaan panduan dan mekanisme untuk menangani masalah etik medis
10	Keberadaan kebijakan dan mekanisme untuk melakukan pengawasan, monitoring dan evaluasi penerapan standar profesi/standar pelayanan medis
11	Terdapat kebijakan tertulis tentang persetujuan tindakan medis
12	Terdapat analisis berkala tentang kebutuhan jenis pelayanan medis spesialisik
13	Terdapat program pendidikan atau pelatihan spesialisik atau pendidikan berkelanjutan sesuai fungsi dan kebutuhan pelayanan RS
14	Ketersediaan program atau kegiatan peningkatan mutu pelayanan medis
15	Terdapat tim audit dan pedoman audit
B.8	GAWAT DARURAT
1	Ketersediaan pelayanan gawat darurat selama 24 jam
2	Instalasi gawat darurat terpisah secara fungsional dari unit-unit pelayanan lainnya
3	SOP penatalaksanaan pasien gawat darurat
4	Struktur organisasi bagian gawat darurat
5	Tersedianya dokter sebagai penanggungjawab UGD
6	Tersedianya perawat sebagai penanggungjawab pelayanan keperawatan di UGD
7	Kecukupan jumlah, jenis, dan kualifikasi tenaga UGD
8	Semua dokter dan tenaga keperawatan mampu melakukan Basic Life Support
9	Terdapat pemisahan tempat pemeriksaan dan tindakan
10	Pengadaan dan penyediaan peralatan, obat, bahan, cairan infus dilakukan sesuai dengan standar Pelayanan Gawat darurat
11	Ketersediaan sistem komunikasi untuk menjamin kelancaran hubungan antara UGD dengan unit lain di dalam dan di luar RS
12	Ketentuan tentang pemeriksaan, pemeliharaan dan perbaikan peralatan secara berkala

13	Kebijakan dan prosedur TRIASE
14	SOP rujukan pasien ke RS lain
15	SOP obat dan peralatan untuk life saving
16	SOP penanggulangan bencana di dalam dan di luar RS
17	Program pelatihan/orientasi petugas baru
18	Program pelatihan dan pengembangan untuk staf UGD setiap tahun
19	Bagan Kamar operasi
20	Hak dan kewajiban staf medis bedah
21	Kebijakan minimalisasi resiko terjadinya infeksi nasokomial
22	Terdapatnya tim anestesi
23	Ketersediaan dan kecukupan staf
24	Rancang bangun dan ruangan kamar operasi memenuhi syarat
25	Ketersediaan dan kecukupan peralatan yang memenuhi syarat
26	Ketersediaan program pengamanan yang memenuhi syarat
27	SOP pengelolaan dan pelayanan kamar operasi
28	Program dan prosedur tertulis tentang pemeliharaan dan perbaikan peralatan
29	Program pengendalian logistik
30	SOP pelayanan anestesi
31	Pengembangan staf
32	Evaluasi mutu
33	Pertemuan berkala
34	Pencatatan data pasien dan tindakan anestesi di dalam rekam medis dengan lengkap
B9.	PELAYANAN KEPERAWATAN
1	Keberadaan struktur organisasi dan uraian tugas serta hubungan kerja dengan unit lain dalam menyelenggarakan pelayanan keperawatan
2	Kerjasama penggunaan RS sebagai lahan pendidikan
3	Ketersediaan Standar Asuhan Keperawatan (SAK)
4	Informasi yang tepat kepada pasien
5	Kecukupan, ketersediaan, dan kualifikasi staf dan pimpinan organisasi pelayanan keperawatan sesuai standar
6	Tenaga keperawatan dipilih melalui proses rekrutmen, seleksi, dan prosedur penunjukkan yang sesuai
7	Ketersediaan jadwal dinas keperawatan
8	Pertemuan berkala
9	Ketersediaan fasilitas dan peralatan yang memadai

10	Perencanaan pengadaan peralatan melibatkan tenaga keperawatan
11	Peralatan sesuai dengan standar keamanan dan didukung oleh dokumen yang sah
12	SOP untuk menjalankan pelayanan keperawatan
13	Pengelolaan masalah etik profesi
14	Pengembangan staf keperawatan
15	Keberadaan program orientasi tenaga keperawatan baru
16	Evaluasi mutu asuhan keperawatan
17	Pemantauan dan evaluasi kejadian infeksi di ruang rawat inap
B.10	PERSALINAN, PERINATOLOGI, DAN KELUARGA BERENCANA
1	Keberadaan dokter sebagai penanggungjawab pelayanan perinatal
2	Kualifikasi dan jumlah tenaga dokter yang bertugas di unit penyelenggara pelayanan perinatal
3	Kualifikasi dan jumlah tenaga keperawatan yang bertugas di tempat penyelenggara pelayanan perinatal memenuhi syarat
4	Lokasi, desain, dan fungsi ruangan serta kelengkapan kamar bersalin memenuhi kebutuhan pasien
5	Lokasi, desain, dan fungsi ruangan serta kelengkapan peralatan pelayanan antenatal dan postnatal memenuhi kebutuhan pasien
6	Keberadaan kebijakan tentang rawat gabung
7	Keberadaan kebijakan tertulis tentang pelayanan perinatal lanjutan
8	Ketentuan tentang operasi sesar
9	Pengembangan staf
B.11	INTENSIF
1	Kedudukan ICU dalam struktur organisasi RS
2	Bagan organisasi ICU
3	Kepala ICU dan Kepala Keperawatan memenuhi persyaratan
4	Ketersediaan dan kecukupan staf ICU beserta kompetensinya
5	Ketentuan penilaian kinerja petugas
6	Ketersediaan ruangan dan peralatan memenuhi syarat serta berfungsi dengan baik
7	SOP ICU
8	Pendidikan dan pelatihan petugas ICU
B.12	RADIOLOGI
1	Keberadaan Standar pelayanan Radiologi
2	Memberikan pelayanan rutin untuk RS dan pelayanan 24 jam untuk gawat darurat
3	Mempunyai struktur organisasi bagian radiologi dan tupoksi staf bagian radiologi
4	Terdapat petugas tata usaha khusus dan pencatatan jumlah serta jenis pemeriksaan radiologi

5	Kepala Instalasi adalah dokter spesialis radiologi
6	Kecukupan tenaga : staf medik fungsional, radiografer
7	Kesesuaian ruang pelayanan dengan standar (ketebalan dinding, dsb)
8	Kecukupan peralatan radiologi (R/F table, image intensifier, bucky stand, mobile unit)
9	Tersedia obat dan peralatan basic life support untuk mengatasi reaksi alergi bahan kontras
10	Keberadaan SOP pelayanan radiologi dan SOP administratif
11	Pendidikan dan pelatihan staf
B.13	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK
1	Keberadaan struktur organisasi dan tupoksi staf laboratorium
2	Laporan hasil pemeriksaan laboratorium yang lengkap, ada arsip, tepat waktu, dan SOP laporan
3	Pencatatan kegiatan yang lengkap dalam buku register setiap spesimen yang diterima
4	Penyimpanan arsip hasil pemeriksaan
5	Pimpinan laboratorium
6	Kecukupan dan kualifikasi tenaga
7	Kesesuaian ruang pelayanan dengan standar
8	Kecukupan peralatan penunjang (meja kerja, sumber air bersih, sumber listrik, penerangan, penyimpanan, ventilasi)
9	Pecukupan peralatan laboratorium
10	Memiliki fasilitas penanganan limbah
11	Keberadaan SOP pelayanan laboratorium (pemeriksaan, penanganan spesimen, pemeliharaan dan kalibrasi peralatan, penanganan khusus bahan infeksius)
12	Prosedur operasional tiap alat disertai pedoman untuk mengatasi masalah
13	SOP permintaan penerimaan, dan penggunaan reagen
14	Program orientasi pegawai baru
15	Pendidikan dan pelatihan staf
B.14	REHABILITASI MEDIK
1	Keberadaan struktur organisasi dan tupoksi pelayanan rehabilitasi medik
2	Catatan tentang pemeriksaan dan penanganan pasien
3	Penyimpanan arsip hasil pemeriksaan
4	Pimpinan rehabilitasi medik
5	Kecukupan dan kualifikasi tenaga
6	Pertemuan rutin
7	Kesesuaian ruang pelayanan dengan standar

8	Kecukupan peralatan rehabilitasi medik
9	Kecukupan peralatan laboratorium
10	Program pemeliharaan peralatan dan prasarana
11	Keberadaan SOP pelayanan rehabilitasi medik
12	Pendidikan dan pelatihan staf
B.15	FARMASI
1	Struktur organisasi pelayanan kefarmasian
2	Ketersediaan Komite Farmasi dan Terapi
3	Pimpinan dan Staf Farmasi memenuhi kecukupan, persyaratan dan kualifikasi
4	Pelaksanaan evaluasi kinerja tenaga kefarmasian
5	Ketersediaan ruangan yang memenuhi persyaratan untuk perbekalan farmasi dan pelayanan kefarmasian
6	SOP perbekalan kefarmasian dan alat kesehatan
7	Pengembangan (pendidikan dan pelatihan) staf kefarmasian
B.16	GIZI
1	Penyelenggara pelayanan gizi 4 kegiatan
2	Bagan organisasi instalasi gizi
3	Laporan pelaksanaan pelayanan gizi
4	Kecukupan, ketersediaan, dan kualifikasi pimpinan dan staf instalasi gizi
5	Pertemuan rutin
6	Tersedia tempat yang cukup untuk melaksanakan pelayanan gizi
7	Kelengkapan fasilitas pelayanan gizi
8	Kebijakan tertulis pelayanan gizi
9	SOP pelayanan gizi
10	Program pendidikan dan pelatihan staf instalasi pelayanan gizi
11	Keberadaan sistem informasi yang mencatat kesalahan, kecelakaan, dan keluhan dari pasien
B.17	TRANSFUSI DARAH
1	Keberadaan unit transfusi darah
2	Laporan hasil kegiatan transfusi darah
3	Pimpinan UTD
4	Kecukupan dan kualifikasi tenaga
5	Mekanisme penilaian kinerja staf
6	Pertemuan rutin

7	Kesesuaian ruang pelayanan dengan standar
8	Kecukupan peralatan dan bahan (reagens) untuk pemeriksaan darah
9	Kecukupan peralatan UTD
10	Memiliki fasilitas penyimpanan darah dan komponennya
11	Keberadaan SOP pelayanan darah
12	Prosedur operasional tiap alat disertai pedoman untuk mengatasi masalah
13	Panitia/Sub Komite Tranfusi Darah
14	Pendidikan dan pelatihan staf
B.18	PELAYANAN KELUARGA MISKIN
1	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
B.19	REKAM MEDIK
1	Adanya tenaga RMIK sebagai pengolah data
2	Adanya Ka RMIK sebagai penyelenggara
3	Adanya master data pasien
4	Adanya rekam medis ibu dan bayi yang terpisah
5	Adanya RM yang terpisah antara RM aktif dan non aktif
6	Adanya back up data pasien dalam server RS
7	Adanya penyelenggara RM elektronik/RKE
8	Adanya standar barcode dan labelling
9	Adanya sistem data capture RME
10	Penyelenggaraan audit Rekam Medik kualitatif dan kuantitatif
11	Jumlah informasi kesehatan sesuai standar berbanding jumlah permintaan
12	Angka produktifitas coder melakukan code penyakit rawat jalan
13	Angka produktifitas coder melakukan code penyakit rawat inap
14	Adanya standar penyimpanan dan pemusnahan RM
15	Ketersediaan Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medik (BPPRM)
16	Ketersediaan Unit Kerja Rekam Medik
17	Ketersediaan Komite Rekam Medik
18	Ketersediaan, kecukupan, dan kualifikasi tenaga Rekam Medik
19	Kecukupan fasilitas dan peralatan rekam medik
20	Kelengkapan dan ketepatan pengisian rekam medis
21	Pengembangan (pendidikan dan pelatihan) staf Rekam Medis

22	Penyampaian laporan secara berkala
B.20	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN
1	Implementasi sistem jaga mutu (ISO, dll)
2	Ketersediaan SOP 10 penyakit terbanyak
3	Evaluasi kinerja
4	Informasi mengenai pelayanan RS
5	Terdapat struktur organisasi RS
6	Ketersediaan Hospital by laws
7	Perjanjian antara pengelola RS dengan pihak ketiga
8	Tersedianya Program Keselamatan RS dan penanggungjawab KPRS
9	Penetapan Direktur secara tertulis
10	Kesesuaian kualifikasi Direktur RS
11	Kebijakan tertulis mengenai pengelolaan SDM
12	Kesesuaian persyaratan sarana, prasarana, dan peralatan (SPP) RS
13	Ketersediaan rambu, marka, petunjuk yang jelas dan mudah terbaca
14	Penanganan masalah medikolegal dan etik
15	Pertemuan formal berkala
16	Penetapan koordinasi pelayanan dan transfer informasi antar profesi kesehatan untuk mendukung KPRS
17	Ketersediaan diklat pegawai
18	Unit Kerja Diklat menyelenggarakan pelatihan dengan topik khusus "Keselamatan Pasien RS"
19	Pencatatan dan pelaporan KTD
B.21	AMBULANCE/KERETA JENASAH
1	Keberadaan ambulan/kereta jenazah
B.22	PEMULASARAAN JENASAH
1	Keberadaan pemulasaraan jenazah
B.23	PELAYANAN LAUNDRY
1	Keberadaan dan kesesuaian persyaratan laundry
B.24	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI
1	Tersedianya APD di setiap instalasi/departemen
2	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nasokomial (health care associated infection) di RS (minimal 1 parameter)
3	Kebijakan tentang pengendalian infeksi
4	Keberadaan tim yang bertanggungjawab menyusun pedoman dan tata laksana pengendalian infeksi dan pengawasannya

5	Penanggungjawab pengelola linen di RS
6	Keberadaan tim ICP (Infection Control Professional)/Tim pengendali Infeksi Nasokomial
7	Ketersediaan, kecukupan, dan Kualifikasi tenaga anggota Tim pengendalian infeksi nasokomial
8	Ketersediaan dan kecukupan peralatan sterilisasi
9	SOP cara sterilisasi dan disinfeksi masing-masing jenis bahan dan cara penyimpanannya
10	SOP membersihkan/desinfeksi tempat kerja laundry
11	SOP pembuangan sampah
12	Keberadaan program pemeliharaan dan perbaikan terhadap mesin pendingin
B.25	KESELAMATAN KERJA, KEBAKARAN, DAN KEWASPADAAN BENCANA
1	Keberadaan kebijakan mengenai Keselatan Kerja, Kebakaran, dan kewaspadaan bencana
2	Ketersediaan pedoman mengenai Keselatan Kerja, Kebakaran, dan kewaspadaan bencana
3	Ketentuan tertulis tentang pengadaan jasa dan barang berbahaya (Material Safety Data Sheet)
4	Keberadaan Tim K3 (kualifikasi petugas dan pimpinan Tim K3)
5	Ketersediaan sarana komunikasi untuk menunjang program keselamatan kerja, menanggulangi bahaya kebakaran dan bencana
6	Sertifikasi dan program pemeliharaan/perbaikan peralatan
7	Ketersediaan peralatan pelindung diri
8	SOP penggunaan APD
9	Ketersediaan manual peralatan
10	Ketersediaan tempat menyimpan bahan berbahaya dan prosedur cara memperlakukannya
11	Ketersediaan alat perlengkapan keamanan pasien
12	Keberadaan sistem alarm kebakaran
13	Ketersediaan dan kecukupan alat pemadam api/kebakaran
14	Ketersediaan rambu-rambu /tanda-tanda khusus untuk evaluasi pasien bila terjadi bencana
15	Ketersediaan fasilitas sanitasi yang memenuhi persyaratan
16	Ketersediaan fasilitas untuk menangani limbah padat, cair, dan gas
17	Ketentuan tertulis cara menanggulangi kontaminasi bahan beracun dan berbahaya (B3)
18	Sarana dan prasarana memenuhi ketentuan perijinan peraturan perundang-undangan
19	Keberadaan program penyehatan lingkungan rumah sakit
20	Ketentuan rumah sakit bebas rokok
21	SOP Pencegahan dan Penanggulangan Bencana (Disaster Program)
22	Pengembangan (pendidikan dan pelatihan) Staf Keselamatan Kerja, bahaya kebakaran, dan bencana
C	PROSES

C.1	STANDAR PELAYANAN MEDIS
1	Evaluasi pelayanan dan pengendalian mutu
2	Analisis Kejadian Tidak diharapkan (KTD)
C.2	GAWAT DARURAT
1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa
2	Pelayanan Gawat Darurat 24 jam
3	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat
4	Kecepatan penanganan penderita gawat darurat
5	Failure to rescue
6	Evaluasi mutu (data tentang pelayanan gawat darurat, penanganan kasus kecelakaan dan kasus medis, ketentuan informed consent, analisis indikator klinis, kasus kematian,
C.3	RAWAT JALAN
1	Jam buka pelayanan
2	Waktu tunggu di rawat jalan
3	Penegakkan diagnosis Tb melalui pemeriksaan mikroskopis Tb
4	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tb di RS
5	Konseling pasien (responsive governance)
6	Kesesuaian pelayanan dengan SOP
7	Komplikasi serius akibat prosedur pengobatan pada anak (clinical indicator)
C.4	RAWAT INAP
1	Visite dokter spesialis
2	Kejadian infeksi pasca operasi
3	Kejadian infeksi nasokomial
4	Tidak ada kejadian pasien yang jatuh akibat kecelakaan
5	Kejadian pulang paksa
6	Penegakkan diagnosis Tb melalui pemeriksaan mikroskopis Tb
7	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tb di RS
8	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
9	Kejadian re-admisi pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan
10	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
11	Kesesuaian pelayanan dengan SOP
12	Konseling gaya hidup untuk pasien IMA dan gagal jantung koroner

13	Readmisi yang tidak diinginkan berhubungan dengan perawatan sebelumnya dalam kurun waktu 15 hari (clinical indicator)
14	Perawatan anak yang > 30 hari (clinical indicator)
15	Angka pasien dekubitus
16	Angka kejadian infeksi jarum infus
17	Medication error (clinical error) dan tindak lanjutnya
18	Pre-operative death rate
19	Kelengkapan dokumen keperawatan
20	Penulisan diagnosa keperawatan
C.5	BEDAH
1	Waktu tunggu operasi elektif
2	Kejadian kematian di meja operasi
3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
6	Tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi
7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube
8	Perawatan setelah menjalani <i>one day surgery</i> pada 8 (delapan) jenis kasus, yakni operasi katarak, knee arthroscopy, hernia inguinalis, kuretase rahim, tonsilektomi dan atau adenoidektomi, kolesistektomi, litigasi tuba, stripping dan litigasi vena varikosa (clinical effectiveness).
9	Kecelakaan organ selama operasi
10	Kembali ke ruang bedah untuk penanganan komplikasi dalam perawatan (clinical indicator)
11	Komplikasi serius operasi (clinical indicator)
12	Prosedur anestesi yang mengakibatkan gangguan saraf permanen atau temporer (clinical indicator)
13	Masalah kegagalan peralatan anestesi yang menyebabkan hipoksemia pada pasien (clinical indicator)
14	Surgical theatre use : penundaan, elektivitas, tingkat operasi ulang (clinical effectiveness)
15	Beban penggunaan kamar operasi
16	Trauma organ sewaktu proses anestesi , seperti patahnya gigi, abrasi lidah (clinical indicator)
17	Post operative hip fracture
18	Implementasi informed consent
19	Evaluasi mutu
20	Pencatatan data pasien dan tindakan anestesi di dalam rekam medis dengan lengkap
C.6.	PELAYANAN KEPERAWATAN

1	Evaluasi mutu asuhan keperawatan
2	Pemantauan dan evaluasi kejadian infeksi di ruang rawat inap
C.7	PERSALINAN, PERINATOLOGI, DAN KELUARGA BERENCANA
1	Kematian ibu karena persalinan
2	Kemampuan menangani BBLR
3	Kemampuan memberi pelayanan persalinan normal
4	Kemampuan memberi pelayanan persalinan dengan penyulit
5	Kemampuan memberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
6	Pertolongan persalinan melalui seksio sesaria
7	Persentase vasektomi dan tubektomi yang dilakukan oleh tenaga yang kompeten
8	Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih
9	Obstetric trauma
10	Evaluasi mutu
C.8	INTENSIF
1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
2	Kemampuan memberikan pelayanan unit intensif
3	BOR ICU
4	Evaluasi mutu
C.9	RADIOLOGI
1	Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto
2	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
3	Komplikasi serius yang tidak diharapkan dari prosedur radiologi (clinical indicator)
4	Keberadaan Standar pelayanan Radiologi
5	Memberikan pelayanan rutin untuk RS dan pelayanan 24 jam untuk gawat darurat
6	Evaluasi mutu
7	Upaya peningkatan mutu
C.10	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK
1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium
3	Keberadaan struktur organisasi dan tupoksi staf laboratorium
4	Laporan hasil pemeriksaan laboratorium yang lengkap, ada arsip, tepat waktu, dan SOP laporan
5	Pencatatan kegiatan yang lengkap dalam buku register setiap spesimen yang diterima

6	Penyimpanan arsip hasil pemeriksaan
7	Evaluasi mutu
8	Upaya peningkatan mutu
C.11	REHABILITASI MEDIK
1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
3	Keberadaan struktur organisasi dan tupoksi pelayanan rehabilitasi medik
4	Pelayanan sesuai standar pelayanan medis
5	Catatan tentang pemeriksaan dan penanganan pasien
6	Penyimpanan arsip hasil pemeriksaan
7	Evaluasi mutu
8	Upaya peningkatan mutu
C.12	FARMASI
1	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
2	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
4	Penulisan resep sesuai formularium
5	Penyimpanan obat sesuai standar
6	Implementasi Standar Pelayanan Kefarmasian di RS
7	Pelaksanaan evaluasi kinerja tenaga kefarmasian
8	Ketersediaan ruangan yang memenuhi persyaratan untuk perbekalan farmasi dan pelayanan kefarmasian
9	Evaluasi mutu pelayanan kefarmasian
10	Pertemuan berkala bagian farmasi
C.13	GIZI
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet
4	Program pendidikan dan pelatihan staf instalasi pelayanan gizi
5	Evaluasi mutu pelayanan gizi
6	Monitoring dan evaluasi pelayanan gizi
7	Keberadaan sistem informasi yang mencatat kesalahan, kecelakaan, dan keluhan dari pasien
C.14	TRANSFUSI DARAH

1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
2	Kejadian reaksi transfusi
3	Angka kejadian penyulit karena transfusi darah
4	Laporan hasil kegiatan transfusi darah
5	Evaluasi mutu
6	Upaya peningkatan mutu
C.15	PELAYANAN KELUARGA MISKIN
1	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
C.16	REKAM MEDIK
1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
2	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
5	Angka produktifitas coder melakukan code penyakit rawat jalan
6	Angka produktifitas coder melakukan code penyakit rawat inap
7	Kelengkapan dan ketepatan pengisian rekam medis
8	Evaluasi mutu
9	Penyampaian laporan secara berkala
C.17	PENGELOLAAN LIMBAH
1	Baku mutu limbah cair
2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan
3	Pemisahan limbah medis (sitotoksik, radiasi, infeksius, RT)
4	Pengolahan limbah cair (sendiri/kerjasama)
5	Pengolahan limbah padat (1200 °C dengan 2 burner/incinerator)
C.18	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi
2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala
5	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
6	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
7	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

8	Kecepatan layanan (real time) informasi yang diinginkan
9	Waktu penagihan piutang
10	Waktu pembayaran hutang
11	Kontrak kerja
12	Ketepatan penyampaian laporan
13	Evaluasi kinerja
14	Informasi mengenai pelayanan RS
15	Penanganan maslaah medikolegal dan etik
16	Ada evaluasi sumber daya dan mutu
17	Analisis Kejadian Nyaris Cedera atau near miss dan Kejadian Sentinel
C.19	AMBULANCE/KERETA JENASAH
1	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenasah
2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenasah di RS
3	Response time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan
C.20	PEMULASARAAN JENASAH
1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenasah
C.21	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAHSAKIT
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi
C.22	PELAYANAN LAUNDRY
1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap
C.23	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI
1	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nasokomial (health care associated infection) di RS (minimal 1 parameter)
2	Pengelolaan sampah RS
3	Ketersediaan dan kecukupan peralatan sterilisasi
4	Pemeriksaan berkala baku mutu sumber air
5	Evaluasi mutu sterilisasi
C.24	KESELAMATAN KERJA, KEBAKARAN, DAN KEWASPADAAN BENCANA
1	Identifikasi tempat-tempat beresiko di RS
2	Evaluasi mutu program K3

D	OUTPUT
1	Penggunaan dan pembiayaan obat yang sesuai dengan formularium
2	Penggunaan bahan habis pakai
3	Penggunaan antibiotika profilaksis untuk rencana operasi kanker kolorektal, coronary artery bypass graft, hip replacement, dan histerektomi (clinical effectiveness)
4	Jumlah pasien yang kembali menjadi rawat intensif di ICU (Definisi Operasional Harus Jelas : penyakit yang sama?, jangka waktu)
5	Penggunaan CT Scan pada pasien stroke
6	Pemberian aspirin pada pasien Infark Miokard Akut
7	Penanganan ulser untuk pasien stroke dan patah tulang (dekubitus?)
8	Persentase pemberian surat pengantar kontrol
9	Admisi yang tidak direncanakan dalam waktu 48 jam setelah dipulangkan (clinical indicator)
10	Jumlah Trauma bayi (clinical indicator)
11	Jumlah bayi dengan Apgar score < 4 saat 5 menit pasca kelahiran (clinical indicator)
12	Jumlah bayi matur (term) dengan LoS > 7 hari di NICU (clinical indicator)
13	Jumlah bayi yang mengalami Sindroma aspirasi masif
14	Jumlah kematian bayi selain stillbirth (clinical indicator)/perinatal death rate
15	Perawatan ICU untuk anak yang > 14 hari (clinical indicator)
16	Prosentase penggunaan obat generik
17	Angka pasien rawat inap yang dirujuk
18	Jumlah Penyuluhan kesehatan (PKMRS)
19	Jumlah Pembinaan kepada puskesmas dan sarana lain
20	Occupancy Rate
21	Jumlah kunjungan pasien rawat jalan
22	Jumlah kunjungan pasien rawat inap
23	Jaminan/total pasien rawat jalan
24	Jaminan/total pasien rawat inap
25	Jumlah total pasien jamkesmas per total pasien
26	BOR Pasien Kelas III
27	Persentase gaji staf yang dibayarkan tepat waktu (staff orientation)
28	Length of stay (LoS).
29	Ketidakhadiran staf (staff orientation)
30	Kecelakaan kerja, termasuk needle injuries (staff safety)

31	Persentase Ibu yang memberikan ASI saat pulang perawatan (responsive governance)
32	Mortalitas untuk kasus-kasus Infark miokard akut, stroke, pneumonia, hip fracture, coronary artery bypass graft (clinical effectiveness).
33	Staff turn over (staff orientation)
34	Kecelakaan pasien (patient safety), termasuk jumlah pasien yang jatuh
35	Persentase klinik di poliklinik yang memiliki kunjungan pasien rata-rata > 60 dalam sehari (clinical indicator)
36	Length of Stay ibu melahirkan
37	Angka kematian bayi dengan berat lahir < 2000 gram
38	Kematian di unit darurat
39	Persentase kematian < 48 jam
40	Net Death Rate (NDR)
41	Gross Death rate (GDR)
42	Bed Turn Over (BTO)
43	Turn Over Interval (TOI)
44	Pre Operative Length of Stay
45	Pertumbuhan kunjungan rawat jalan
46	Pertumbuhan kunjungan rawat darurat
47	Pertumbuhan rawat inap
48	Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium
49	Pertumbuhan operasi
50	Pertumbuhan Rehabilitas medik
51	Angka kematian di gawat darurat
52	Post operative death rate
53	Jumlah penelitian yang dilakukan di RS
54	Jumlah kesalahan persepsian pasien rawat jalan oleh dokter (clinical indicator)
55	Jumlah kesalahan pemberian obat oleh apotek (clinical indicator)
56	Infeksi pasca operasi
57	Angka kematian anestesi
58	Jumlah kesalahan pemberian obat oleh perawat
59	Jumlah konseling yang diberikan kepada pasien penyakit kronis
60	Standar Asuhan Keperawatan
61	Return on investment
62	Cash ratio

63	Current ratio
64	Collection Period
65	Perputaran persediaan
66	Total asset turn over
67	Rasio Total Modal Sendiri Terhadap Total Asset
68	Pendapatan operasional RS
69	Tingkat hutang dan piutang RS
70	Jumlah komplain dan respons terhadap komplain
71	Length of stay (LoS) <i>dan Length of Stay</i> untuk penyakit acute miocard infarction, stroke, pneumonia, hip fracture, coronary artery bypass graft
72	Tambahan jam kerja, > 40 jam seminggu (Staff orientation)
E	OUTCOME
1	Kepuasan pasien terhadap layanan RS, client orientation, access to social support, quality basic amenities, choice of provider, patient experience (dignity, confidentiality, autonomy, communication),
2	Kepuasan staf, health, welfare, burnout
3	Prevalensi staf yang merokok (staff orientation)