



GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 25 TAHUN 2009
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT GRHASIA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

- Menimbang :
- a. bahwa berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum menyebutkan bahwa instansi pemerintah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum menggunakan standar pelayanan minimal yang ditetapkan oleh Gubernur;
 - b. bahwa sebagai upaya peningkatan pelayanan kesehatan Rumah Sakit Ghrasia dan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, perlu ditetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Ghrasia;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Ghrasia;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Yogyakarta sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1955 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1955 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 827);
 2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberap kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
 3. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1950 tentang Berlakunya Undang-Undang Nomor 2, 3, 10, dan 11 Tahun 1950;
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pelayanan Badan Layanan Umum Daerah;
 6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

7. Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 7 Tahun 2007 tentang Urusan Pemerintahan yang menjadi Kewenangan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2007 Nomor 7);
8. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 8 Tahun 2008 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah di Lingkungan Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT GRHASIA.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur yang dimaksud dengan :

1. Standar Pelayanan Minimal adalah ukuran batasan minimal mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang harus dipenuhi oleh Rumah Sakit.
2. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia.
3. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
4. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
5. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
6. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
7. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
8. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
9. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
10. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
11. Daerah adalah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
12. Pemerintah Daerah adalah Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
13. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Grhasia Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

BAB II
PENYELENGGARAAN PELAYANAN RUMAH SAKIT

Pasal 2

- (1) Rumah Sakit wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Penyelenggaraan pelayanan dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 3

- (1) Penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) terdiri atas:
 1. Pelayanan kegawatdaruratan psikiatri dan umum.
 2. Pelayanan rawat jalan.
 3. Pelayanan rawat inap.
 4. Pelayanan psikiatrik intensif.
 5. Pelayanan elektromedik.
 6. Pelayanan radiologi.
 7. Pelayanan laboratorium patologi klinik.
 8. Pelayanan rehabilitasi mental.
 9. Pelayanan farmasi.
 10. Pelayanan gizi.
 11. Pelayanan kesehatan jiwa masyarakat.
 12. Pelayanan catatan medis.
 13. Pengelolaan limbah medik (IPRS).
 14. Pelayanan humas.
 15. Pelayanan diklat.
 16. Pelayanan *laundry*.
 17. Sekuriti.
- (2) Indikator, standar, dan uraian Standar Pelayanan Minimal penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagaimana tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II Peraturan Gubernur ini.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai mekanisme pelayanan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.

Pasal 4

- (1) Setiap orang berhak mendapat pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya.
- (2) Setiap orang dapat memberikan kritik, saran dan/atau pengaduan terhadap pelayanan Rumah Sakit yang tidak memenuhi Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Kritik, saran dan/atau pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disampaikan kepada Direktur Rumah Sakit.
- (4) Mekanisme pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit.

BAB III PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 5

- (1) Pembinaan Rumah Sakit dilakukan oleh Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
 - b. Penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - c. Penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - d. Pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

BAB IV
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 6

Peraturan Gubernur ini berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Ditetapkan di Yogyakarta
pada tanggal 13 Juli 2009

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

HAMENGKU BUWONO X

Diundangkan di Yogyakarta
pada tanggal 13 Juli 2009

SEKRETARIS DAERAH
PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

TRI HARJUN ISMAJI
NIP. 19510603 198103 1 003

BERITA DAERAH PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA TAHUN 2009 NOMOR 25

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

DEWO ISNU BROTO I.S.
NIP. 19640714 199102 1 001

LAMPIRAN I
 PERATURAN GUBERNUR
 DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
 NOMOR 25 TAHUN 2009
 TANGGAL 13 JULI 2009

STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

1. Gawat Darurat

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1.	Gawat Darurat	1. Jam buka pelayanan Gawat Darurat 24 jam 2. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD 3. Waktu untuk mendapatkan pelayanan medis \leq 45 menit 4. Kesesuaian diagnosis dan terapi 5. Kepuasan pelanggan	100 % 100 % \geq 95 % \geq 90 % \geq 95 %
2.	Rawat Jalan	1. Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis 2. Ketersediaan Pelayanan 3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa 4. Jam Buka Pelayanan 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan 6. Sterilisasi Alat Gigi 7. Kesesuaian Diagnosis Dengan Terapi 8. Kepuasan Pelanggan	100 % Dokter Spesialis a. Klinik Psikologi b. Klinik Anak c. Klinik Penyakit Dalam d. Klinik Syaraf e. Klinik Kulit Kelamin f. Klinik Gigi dan Mulut a. Anak Remaja b. NAPZA c. Psikotik d. Neurotik e. Mental Retardasi f. Mental Organik g. Usia Lanjut 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat (08.00 s/d 11.00) 15 menit $>$ 95 % $>$ 95 % $>$ 90 %

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
3.	Rawat Inap	a. Kepuasan pelanggan b. Kelengkapan dokumen Askep c. Kesesuaian diagnosis dengan terapi d. Infeksi nosokomial	90 % 90 % 100 % ≤ 5 %
4.	Unit Perawatan Psikiatri Intensif	a. Penanganan pasien gaduh gelisah ≤ 48 jam b. Lama hari perawatan pasien di UPI ≤ 1 minggu	80 % 80 %
5.	Elektromedik	a. Waktu layanan EKG ≤ 10 menit b. Waktu layanan fisioterapi ≤ 30 menit c. Waktu layanan ECT ≤ 30 menit d. Waktu layanan <i>Treadmill</i> ≤ 45 menit.	98 % 90 % 80 % 80 %
6.	Radiologi	a. Waktu tunggu hasil radiologis ≤ 60 menit b. Kegagalan pemotretan c. Kepuasan pelanggan	100 % ≤ 10 % 80 %
7.	Lab. Patologi Klinik	a. Waktu tunggu layanan Pemeriksaan Laboratorium <i>general chek up</i> 3 jam b. Ketepatan pengukuran terhadap serum kontrol c. Keberhasilan pengambilan darah vena dengan <i>vacutainer</i> d. Kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium e. Kepuasan pelanggan	98 % 90 % 90 % 0 % ≥ 90 %
8.	Rehabilitasi Mental	Rehabilitasi mendapatkan kegiatan sesuai hasil seleksi	95 %
9.	Farmasi	a. Waktu layanan obat jadi rawat jalan ≤ 10 menit b. Waktu layanan obat racikan untuk 30 kapsul/bungkus pasien rajal ≤ 30 menit c. Kejadian kesalahan pemberian obat d. Kepuasan pelanggan	90 % 90 % 0 % 90 %

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
10.	Gizi	a. Peningkatan status gizi b. Makanan terdistribusi dengan benar c. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien d. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien e. Kejadian kesalahan pemberian diet	≥ 80 % ≤ 90 % 90 % 20 % 0 %
11.	Kesehatan Jiwa Masyarakat	Jumlah kehadiran Tim Integrasi di Puskesmas mitra dalam 1 tahun	100 %
12.	Catatan Medik (CM)	a. Kelengkapan pengisian rekam medik pasien rawat jalan 24 jam setelah selesai pelayanan b. Kelengkapan pengisian rekam medik rawat inap 3 x 24 jam setelah pasien pulang c. Kehilangan status rekam medik pasien d. Waktu penyediaan rekam medik pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit e. Waktu penyediaan rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit	90 % 80 % 0 % 95 % 95 %
13.	IPS RS (Pengelolaan limbah)	a. Kecepatan perbaikan kerusakan ringan sarana umum dan sanitasi ≤ 3 x 24 jam b. Angka kuman E. Coli pada air bersih ≤ 10 c. Pengangkut sampah nonmedis selesai ≤ 24 jam d. Frekuensi pengontrolan saluran air limbah setiap hari	90 % 90 % 80 % 80 %
14.	Humas	a. Tamu terlayani dengan baik dalam 15 menit b. Keluhan pelanggan diselesaikan dalam waktu ≤ 24 jam	100 % 98 %
15.	Diklat	Proses surat menyurat diselesaikan dalam waktu ≤ 2 hari	90 %

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
16	<i>Laundry</i>	a. Kehilangan Linen b. Ketepatan waktu pencucian linen < 24 jam	0 % 90 %
17	Sekuriti	Keamanan di lingkungan Rumah Sakit dengan tingkat kehilangan 0%	100 %

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

HAMENGKU BUWONO X

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

DEWO ISNU BROTO I.S.
NIP. 19640714 199102 1 001

Uraian Standar Pelayanan Minimal

I. Gawat Darurat

1. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat 24 jam

Judul	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam
Dimensi Mutu	Akses dan keselamatan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit, sehingga menjamin akses dan keselamatan pasien
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh, dengan tenaga dokter jaga
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari dengan jam buka 24 jam di Gawat Darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Judul	Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis dan keselamatan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada Gawat Darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD dan masih berlaku sesuai ketentuannya
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD dan masih berlaku sesuai ketentuannya
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Catatan diklat
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

3. Waktu Untuk Mendapatkan Pelayanan Medis \leq 45 menit

Judul	Waktu Untuk Mendapatkan Pelayanan Medis \leq 45 menit
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu yang dibutuhkan pelanggan (pasien) untuk mendapatkan pelayanan medis sejak diterimanya pasien di UGD dan diperiksa oleh dokter sampai diberikan terapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 minggu
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah waktu layanan \leq 45 menit
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dilayani selama seminggu (minimal n= 50)
Sumber Data	Sampel blanko pencatatan waktu di UGD
Standar	\geq 95%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Gawat Darurat

4. Kesesuaian Diagnosis dan Terapi

Judul	Kesesuaian Diagnosis dan Terapi
Dimensi Mutu	Keamanan dan kompetensi teknis
Tujuan	Terselenggaranya Pelayanan Gawat Darurat yang mampu memberikan keamanan medis
Definisi Operasional	Kesesuaian antara diagnosis kerja yang dibuat oleh dokter dengan terapi yang diberikan berdasarkan Standar Pelayanan Medis di RS. Grhasia
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah Terapi yang sesuai dengan Diagnosis
Denominator	Jumlah kasus yang dipantau (minimal n= 50)
Sumber Data	Rekam medis pasien
Standar	≥ 90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Gawat Darurat

5. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan akses
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan di Unit Gawat Darurat (UGD)
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan di UGD
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang menyatakan kepuasannya pada penilaian survei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n= 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Gawat Darurat

II. Pelayanan Rawat Jalan

1. Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis

Judul	Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Poliklinik Spesialis adalah poliklinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka poliklinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	Minimal Psikologi, Penyakit Dalam, Neurologi, Kesehatan Anak, Kulit dan Kelamin, Kesehatan Gigi dan Mulut.
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa

Judul	Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan subspecialistik yang minimal harus ada di Rumah Sakit Jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan subspecialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan subspecialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis jiwa
Standar	NAPZA, Psikotik, Neurotik, Mental Retardasi, Mental Organik, Usia Lanjut, Anak dan Remaja, Kesehatan Jiwa Masyarakat
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Jam Buka Pelayanan

Judul	Jam Buka Pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	Jam Buka Pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis setiap hari kerja dimulai pada pukul 08.00 s/d 13.00 kecuali Jumat (08.00 s/d 11.00)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

5. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Judul	Waktu Tunggu Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah lama waktu yang dibutuhkan pasien sejak serah terima berkas rekam medis sampai pasien dipanggil masuk ruang periksa.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 minggu
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan klinik spesialis yang menunggu <15 menit dalam seminggu
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dilayani dalam seminggu
Sumber Data	Survei pasien rawat jalan
Standar	95 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

6. Sterilisasi Alat Gigi

Judul	Sterilisasi Alat Gigi
Dimensi Mutu	Keamanan dan kenyamanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan di Klinik Gigi dengan alat-alat yang steril dan bersih serta memberikan rasa nyaman dan aman
Definisi Operasional	Sterilitas Alat Gigi adalah bahan yang digunakan di pelayanan gigi dalam keadaan steril, seperti kapas, guttaperca dan paper poin dan semua alat gigi yang digunakan, telah selesai di- <i>autoclav</i> .
Frekuensi Pengumpulan Data	1 minggu
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah Pasien rawat jalan Klinik Gigi yang menunggu ≤ 15 menit dalam seminggu
Denominator	Jumlah seluruh Pasien yang dilayani dalam seminggu
Sumber Data	Survei
Standar	95 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

7. Kesesuaian Diagnosis Dengan Terapi

Judul	Kesesuaian Diagnosis Dengan Terapi
Dimensi Mutu	Keamanan dan kompetensi teknis
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan keamanan medis
Definisi Operasional	Kesesuaian antara diagnosis kerja yang dibuat oleh dokter dengan terapi yang diberikan berdasarkan Standar Pelayanan Medis di RS. Grhasia.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah terapi yang sesuai dengan diagnosis
Denominator	Jumlah kasus yang dipantau (minimal n=50)
Sumber Data	Rekam medis pasien
Standar	≥ 95 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

8. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n= 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap (RI)

Judul	Kepuasan Pelanggan RI
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah ungkapan perasaan puas dari pelanggan tentang pelayanan kesehatan yang sesuai dengan harapan dan keinginan pelanggan yang dinyatakan melalui penilaian oleh pelanggan terhadap obyek penilaian dalam item survei kepuasan pelanggan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	4 bulan
Numerator	Jumlah pelanggan puas yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n= 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Kelengkapan Dokumen Asuhan Keperawatan (Askep)

Judul	Kelengkapan Dokumen Askep
Dimensi Mutu	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya gambaran tentang pendokumentasian kegiatan Askep
Definisi Operasional	Dokumen Askep adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi dari seluruh kegiatan Askep yang dilakukan kepada pasien dan dicatat dengan lengkap sesuai petunjuk teknis pengisian. Penilaian dokumentasi Askep yang mencakup beberapa aspek dilakukan secara periodik dan dicatat dalam format evaluasi Askep
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah Dokumentasi Askep yang terisi lengkap dalam sebulan
Denominator	Jumlah Dokumentasi Askep dalam bulan yang sama
Sumber Data	Dokumentasi Askep
Standar	90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Kesesuaian Diagnosis Dengan Terapi

Judul	Kesesuaian Diagnosis Dengan Terapi
Dimensi Mutu	Keamanan dan mutu pelayanan
Tujuan	Tersedianya gambaran pengobatan yang sesuai dengan diagnosis
Definisi Operasional	Kesesuaian Diagnosis dan Terapi adalah kesesuaian diagnosis kerja yang dibuat oleh dokter dengan terapi yang diberikan berdasarkan standar pelayanan medis di Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah Terapi yang sesuai dengan diagnosis
Denominator	Jumlah kasus yang dipantau
Sumber Data	Dokumen rekam medis
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Infeksi Nosokomial

Judul	Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keamanan dan mutu pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap keamanan dan keselamatan pasien dari penularan penyakit
Definisi Operasional	Infeksi Nosokomial adalah infeksi yang didapat di Rumah Sakit. Infeksi tersebut bukan diperoleh sebelum pasien masuk Rumah Sakit atau tidak pada masa inkubasi saat pasien masuk Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kasus kejadian infeksi nosokomial dalam 3 bulan dari semua unit RI
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 3 bulan
Sumber Data	Catatan medis
Standar	5 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

5. Penanganan Pasien Gaduh Gelisah \leq 48 Jam

Judul	Penanganan Pasien Gaduh Gelisah \leq 48 Jam
Dimensi Mutu	Efektifitas dan mutu pelayanan
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan mutu penanganan pasien di ruang perawatan intensif
Definisi Operasional	Penanganan Pasien Gaduh Gelisah adalah proses penanganan Pasien Gaduh Gelisah menjadi tenang dalam waktu \leq 48 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang menjadi tenang \leq 48 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala UPPI

6. Lama Hari Perawatan Pasien di UPPI \leq 1 Minggu

Judul	Lama Hari Perawatan Pasien di UPPI \leq 1 Minggu
Dimensi Mutu	Efektivitas dan mutu pelayanan
Tujuan	Adanya gambaran penanganan pasien di UPI secara profesional, efektif dan bermutu
Definisi Operasional	Hari Perawatan intensif adalah waktu yang dibutuhkan oleh pasien untuk menjadi tenang, sampai pasien bisa dipindahkan ke bangsal tenang untuk menjalani perawatan lanjutan, termasuk kegiatan rehabilitasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang berhasil dipindahkan ke bangsal tenang \leq 1 minggu dalam sebulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien UPI pada bulan yang sama
Sumber Data	Register UPPI
Standar	80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala UPPI

IV. ELEKTROMEDIK

1. Waktu Layanan EKG \leq 10 Menit

Judul	Waktu Layanan EKG \leq 10 Menit
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan EKG
Definisi Operasional	Waktu Layanan adalah lama waktu yang dibutuhkan untuk pelayanan pasien sejak pemasangan elektroda sampai selesai hasil rekaman EKG
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah waktu layanan \leq 10 menit
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan EKG
Sumber Data	Register radiologi
Standar	98 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

2. Waktu Layanan Fisioterapi ≤ 30 Menit

Judul	Waktu Layanan Fisioterapi ≤ 30 Menit
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan fisioterapi
Definisi Operasional	Waktu Layanan adalah lama waktu yang dibutuhkan untuk pelayanan pasien sejak registrasi, seleksi, sampai pada pelaksanaan fisioterapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah waktu layanan ≤ 30 menit
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan fisioterapi
Sumber Data	Register radiologi
Standar	90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

3. Waktu Layanan ECT ≤ 30 Menit

Judul	Waktu Layanan ECT ≤ 30 Menit
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan ECT
Definisi Operasional	Waktu Layanan adalah lama waktu yang dibutuhkan untuk pelayanan pasien sejak registrasi, seleksi, sampai pada pelaksanaan ECT
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah waktu layanan ≤ 30 menit
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan ECT
Sumber Data	Register radiologi
Standar	80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

4. Waktu Layanan *Treadmill* ≤ 45 Menit

Judul	Waktu Layanan <i>Treadmill</i> ≤ 45 Menit
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan <i>treadmill</i>
Definisi Operasional	Waktu Layanan adalah lama waktu yang dibutuhkan pasien sejak pemasangan elektroda sampai selesai <i>treadmill</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah waktu layanan ≤ 45 menit
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan <i>treadmill</i>
Sumber Data	Register radiologi
Standar	80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

V. RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Radiologis ≤ 60 Menit

Judul	Waktu Tunggu Hasil Radiologis ≤ 60 Menit
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan <i>treadmill</i>
Definisi Operasional	Waktu Layanan adalah lama waktu yang dibutuhkan pasien sejak selesai difoto/USG sampai dengan menerima hasil pemeriksaan radiologi/USG.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah waktu layanan ≤ 60 menit
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan radiologi/USG
Sumber Data	Register radiologi
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

2. Kegagalan Pemotretan

Judul	Kegagalan Pemotretan
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan radiologis
Definisi Operasional	Kegagalan Pemotretan adalah proses pemotretan yang harus diulang karena pasien tidak kooperatif, <i>human error</i> dan kerusakan alat maupun sebab lain, sehingga foto tidak dapat terbaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak tidak terbaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh film terpakai dalam bulan yang sama
Sumber Data	Register radiologi
Standar	≤ 10%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n= 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

VI. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan *General Check Up* ≤ 3 Jam

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan <i>General Check Up</i> ≤ 3 Jam
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kepuasan
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan kecepatan pemeriksaan laboratorium <i>general check up</i>
Definisi Operasional	Lamanya waktu yang diperlukan untuk pelayanan laboratorium <i>general check up</i> sejak pengambilan/ penyerahan sampel sampai dengan hasil pemeriksaan siap diserahkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah waktu layanan <i>general check up</i> ≤ 3 jam
Denominator	jumlah seluruh layanan <i>general check up</i> dalam sebulan
Sumber Data	Survei
Standar	98 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Ketepatan Hasil Pengukuran Terhadap Sampel Kontrol

Judul	Ketepatan Hasil Pengukuran Terhadap Sampel Kontrol
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Memberikan gambaran tentang akurasi petugas dalam pemeriksaan sampel
Definisi Operasional	Ketepatan Hasil adalah ketepatan pengukuran terhadap nilai batas bawah dan batas atas dari nilai target serum kontrol yang diketahui nilai konsentrasi dari tiap komponennya pada setiap seri analisa sampel pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 minggu
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah Hasil pengukuran yang masuk dalam nilai target
Denominator	Jumlah pemeriksaan yang disertakan kontrol
Sumber Data	Register di instalasi laboratorium
Standar	90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit laboratorium

3. Keberhasilan Pengambilan Darah Vena Dengan *Vacutainer*

Judul	Keberhasilan Pengambilan Darah Vena Dengan <i>Vacutainer</i>
Dimensi mutu	Keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dan kompetensi petugas pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Keberhasilan Pengambilan adalah keberhasilan pengambilan darah vena dengan satu kali pengambilan dengan menggunakan <i>vacutainer</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah Keberhasilan pengambilan sampel darah dengan sekali pengambilan dalam seminggu
Denominator	Jumlah pasien yang diambil darahnya dengan <i>vacutainer</i> dalam waktu yang sama
Sumber Data	Survei, <i>total sampling</i>
Standar	80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan dan mutu
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada orang yang seharusnya tidak menerima hasil laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	0 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

5. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan akses
Tujuan	Tergambarnya persepsi kepuasan pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n= 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

VII. REHABILITASI MENTAL

Rehabilitasi Mendapatkan Kegiatan Sesuai Hasil Seleksi

Judul	Rehabilitasi Mendapatkan Kegiatan Sesuai Hasil Seleksi
Dimensi Mutu	Efektivitas dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian ketepatan terapi rehabilitasi dan kenyamanan sesuai hasil seleksi bakat pasien
Definisi Operasional	Kegiatan Rehabilitasi medis adalah kegiatan yang harus dijalani pasien untuk membantu proses kesembuhan berdasarkan proses observasi dan pemeriksaan pasien rehabilitasi sampai penentuan kegiatan yang sesuai dengan bakat, minat, kemampuan dan kebutuhan pasien, meliputi tindakan okupasi terapi, terapi kerja/pre-vokasional dan latihan kerja
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah Rehabilitasi yang mendapat kegiatan sesuai hasil seleksi
Denominator	Jumlah seluruh pasien rehabilitasi yang terseleksi dalam sebulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	95 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Rehabilitasi Mental

VIII. PELAYANAN FARMASI

1. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi ≤ 10 Menit

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi ≤ 10 Menit
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 30 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

2. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan ≤ 30 Menit

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan ≤ 30 Menit
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 60 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Salah dalam memberikan jenis obat; 2. Salah dalam memberikan dosis; 3. Salah orang; 4. Salah jumlah.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n= 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

IX. PELAYANAN GIZI

1. Peningkatan Status Gizi

Judul	Peningkatan Status Gizi
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi, dengan adanya perbaikan status gizi pasien
Definisi Operasional	Peningkatan status gizi adalah pasien rawat inap <i>nongeriatric</i> dengan kurang gizi, setelah mendapat asupan nutrisi selama 14 hari, pasien menjadi normal berdasarkan indeks massa tubuh selama 3 bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien RI <i>nongeriatric</i> yang menjadi normal
Denominator	Jumlah seluruh pasien RI <i>nongeriatric</i> yang kurang gizi
Sumber Data	Status RI
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi

2. Makanan Terdistribusi Dengan Benar

Judul	Makanan Terdistribusi Dengan Benar
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi, dengan adanya pendistribusian makanan kepada pasien secara benar
Definisi Operasional	Distribusi makanan adalah serangkaian kegiatan penyaluran makanan kepada pasien di ruang rawat inap sesuai dengan menu makanan masing-masing pasien dan jumlahnya terpenuhi dengan benar
Frekuensi Pengumpulan Data	10 hari
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah makanan yang terdistribusi dengan benar dalam 10 hari
Denominator	Jumlah seluruh makanan yang terdistribusi pada saat yang sama
Sumber Data	Cacatan bon makan
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instansi RI

3. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Sisa Makanan yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	Sisa Makanan yang Tidak Termakan Oleh Pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisisensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 20 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

5. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet
Dimensi Mutu	Keamanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

XI. PELAYANAN KESEHATAN JIWA MASYARAKAT.

Jumlah Kehadiran Tepat Waktu Dokter Ahli Jiwa di Puskesmas Mitra Tiap 3 Bulan

Judul	Jumlah Kehadiran Tepat Waktu Dokter Ahli Jiwa di Puskesmas Mitra Tiap 3 Bulan
Dimensi Mutu	Akses dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tim kesehatan jiwa masyarakat terhadap kelangsungan kerjasama pelayanan masyarakat bersama Puskesmas
Definisi Operasional	Kehadiran tepat waktu adalah dokter spesialis jiwa datang ke Puskesmas sesuai dengan jam, tanggal, hari dan tahun sesuai dengan kesepakatan perjanjian yang telah dibuat dalam perencanaan sebelumnya
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah kehadiran tepat waktu dokter spesialis jiwa di Puskesmas sesuai rencana
Denominator	Jumlah seluruh rencana jadwal kehadiran dokter spesialis ke Puskesmas
Sumber Data	Laporan hasil kegiatan di Puskesmas
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Keswamas

X. PELAYANAN CATATAN MEDIK (CM)

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, waktu, anamnesis, diagnosa dan pengobatan yang dianggap penting
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik pasien yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Subbagian Pencatatan Medik

2. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik Pasien Rawat Inap 3 x 24 Jam Setelah Pasien Pulang

Judul	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik Pasien Rawat Inap 3 x 24 Jam Setelah Pasien Pulang
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter, perawat dan petugas kesehatan lainnya dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah formulir rekam medik pasien berupa lembar masuk dan keluar, resume dokter dan resume perawat yang digunakan dalam proses pelayanan kesehatan rawat inap terisi lengkap
Frekuensi Pengumpulan Data	2 minggu
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik pasien yang terisi lengkap sebelum dikembalikan (untuk dilengkapi)
Denominator	Jumlah rekam medik pasien rawat inap dalam sehari
Sumber Data	Survei
Standar	80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Subbagian Pencatatan Medik

3. Kehilangan Status Rekam Medis Pasien

Judul	Kehilangan Status Rekam Medis Pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab petugas pencatatan medik dalam menyimpan rekam medik pasien.
Definisi Operasional	Tidak ada selisih antara jumlah rekam medik pasien berdasarkan identifikasi awal dengan jumlah rekam medik pasien pada satu saat.
Frekuensi Pengumpulan Data	2 minggu
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik pasien yang terisi lengkap sebelum dikembalikan (untuk dilengkapi)
Denominator	Jumlah rekam medik pasien rawat inap dalam sehari
Sumber Data	Survei
Standar	0 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Subbagian Pencatatan Medik

4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan ≤10 Menit

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan ≤ 10 Menit
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (n tidak kurang dari 100)
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di tempat pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang rekam medik untuk pasien lama
Standar	95 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Subbagian Pencatatan Medik

5. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap ≤15 Menit

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap ≤ 15 Menit
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien/keluarga pasien mendaftar di Tempat Pendaftaran Rawat Inap (TPRI) dengan membawa surat pengantar mondok/rawat inap sampai dengan rekam medik rawat inap tersedia untuk dikirim ke bangsal perawatan oleh petugas poliklinik/UGD
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di tempat pendaftaran rawat inap
Standar	95 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Subbagian Pencatatan Medik

XI. IPS RS (Pengolahan Limbah)

1. Kecepatan Perbaikan Kerusakan Ringan Sarana dan Sanitasi $\leq 3 \times 24$ Jam

Judul	Kecepatan Perbaikan Kerusakan Ringan Sarana dan Sanitasi $\leq 3 \times 24$ Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap adanya gangguan keselamatan kerja
Definisi Operasional	Kecepatan perbaikan adalah lama waktu yang dibutuhkan untuk memperbaiki sarana umum dan sanitasi dari hasil laporan kerusakan/hasil monitoring yang tidak memerlukan alat / bahan yang dibeli atau Pihak III (bahan tersedia di Gudang IPS RS) dikerjakan oleh petugas IPS RS
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah perbaikan kerusakan yang selesai $\leq 3 \times 24$ jam
Denominator	Jumlah seluruh kerusakan ringan dalam sebulan
Sumber Data	Survei <i>total sampling</i>
Standar	90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPS RS

2. Angka Kuman E. Coli pada Air Bersih $\leq 10/100$ ml

Judul	Angka Kuman E. Coli pada Air Bersih $\leq 10/100$ ml
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap jaminan penyediaan air bersih
Definisi Operasional	Angka kuman E. Coli adalah jumlah kuman E. Coli maksimal yang diperbolehkan terdapat dalam air bersih berdasarkan hasil pemeriksaan mikrobiologi, kurang dari 10 pada tiap 100 ml sampel air bersih
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemeriksaan air bersih dengan angka kuman $\leq 10/100$ ml
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan sampel air bersih pada periode yang sama
Sumber Data	Survei <i>total sampling</i>
Standar	90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPS RS

3. Kecepatan Pengangkutan Sampah Nonmedis ≤ 24 Jam

Judul	Kecepatan Pengangkutan Sampah Nonmedis ≤ 24 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap adanya gangguan keselamatan dan kenyamanan terhadap limbah
Definisi Operasional	Kecepatan pengangkutan sampah non-medis adalah waktu yang dibutuhkan oleh petugas untuk mengangkut sampah dari unit kerja/kantor maupun bangsal ke tempat pembuangan sampah sementara dalam waktu kurang dari 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pengangkutan sampah ≤ 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah seluruh pengangkutan sampah pada bulan yang sama
Sumber Data	Survei <i>total sampling</i>
Standar	80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPS RS

4. Frekuensi Pengontrolan Saluran Air Limbah Setiap Hari

Judul	Frekuensi Pengontrolan Saluran Air Limbah Setiap Hari
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah di rumah sakit dengan pengamatan yang berkesinambungan sehingga air limbah menjadi lancar
Definisi Operasional	Frekuensi pengontrolan saluran air limbah adalah kegiatan yang seharusnya dilakukan setiap hari, untuk mengontrol kondisi bak control saluran air limbah agar kondisi saluran selalu dalam kondisi baik sehingga aliran air limbah lancar
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah pengecekan bak control setiap hari kerja dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari kerja dalam sebulan
Sumber Data	Hasil pengamatan/catatan pengontrolan bak
Standar	80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPS RS

XII. Humas

1. Tamu Terlayani Dengan Baik Dalam Waktu \geq 15 Menit

Judul	Tamu Terlayani Dengan Baik Dalam Waktu \geq 15 Menit
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan tamu di Rumah Sakit dengan nyaman
Definisi Operasional	Waktu proses pelayanan tamu adalah waktu sejak diterimanya tamu di Rumah Sakit sampai tamu terlayani oleh unit yang dituju.
Frekuensi Pengumpulan Data	2 minggu
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah proses penerimaan tamu yang selesai dalam 15 menit
Denominator	Jumlah proses penerimaan tamu dalam 2 minggu
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Subbagian Tata Usaha

2. Keluhan Pelanggan Diselesaikan Dalam Waktu \geq 24 Jam

Judul	Keluhan Pelanggan Diselesaikan Dalam Waktu \geq 24 Jam
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan tamu di Rumah Sakit dengan nyaman
Definisi Operasional	Waktu proses penanganan keluhan pelanggan adalah proses diterimanya keluhan pelanggan yang datang di Rumah Sakit sampai ditangani hingga selesai
Frekuensi Pengumpulan Data	2 minggu
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penanganan keluhan pelanggan selesai dalam waktu \geq 24 jam
Denominator	Jumlah proses penerimaan keluhan pelanggan selama 2 minggu
Sumber Data	Survei
Standar	98 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Subbagian Tata Usaha

XIII. DIKLAT

Proses Surat Menyurat Diselesaikan Dalam Waktu ≤ 2 hari

Judul	Proses Surat Menyurat Diselesaikan Dalam Waktu ≤ 2 hari
Dimensi Mutu	Efektifitas dan kepuasan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Diklat terhadap kepastian waktu dan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Waktu penyelesaian proses surat-menyurat adalah waktu yang dibutuhkan sejak diterimanya surat di Diklat sampai dengan selesai pembuatan surat jawaban oleh Diklat dan diserahkan kembali ke Subbagian Tata Usaha
Frekuensi Pengumpulan Data	1 minggu
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah surat yang selesai dalam waktu ≤ 2 hari
Denominator	Jumlah surat masuk dalam 1 minggu
Sumber Data	Survei <i>total sampling</i>
Standar	90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Diklat

XIV. PELAYANAN LAUNDRY

1. Keamanan Linen

Judul	Keamanan Linen
Dimensi Mutu	Keamanan dan efisien
Tujuan	Keberadaan Linen tetap terjaga, sewaktu dibutuhkan untuk digunakan
Definisi Operasional	Keamanan Linen adalah selisih jumlah linen yang diserahkan ke unit <i>laundry</i> dengan yang dikembalikan ke unit-unit sama
Frekuensi Pengumpulan Data	1 minggu
Periode Analisa	2 bulan
Numerator	Jumlah linen yang selesai dicuci kemudian diserahkan ke unit kerja
Denominator	Jumlah linen yang diterima unit <i>laundry</i> dari unit kerja
Sumber Data	Survei <i>sampling</i> /buku di unit kerja dan administrasi <i>laundry</i>
Standar	0%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Administrasi <i>Laundry</i>

2. Ketepatan Waktu Penyelesaian Linen < 24 Jam

Judul	Ketepatan Waktu Penyelesaian Linen < 24 Jam
Dimensi Mutu	Efisien
Tujuan	Kesiapan penyediaan linen untuk siap digunakan lagi
Definisi Operasional	Waktu penyelesaian linen adalah waktu yang digunakan untuk membersihkan linen dan merapikan linen sampai linen siap untuk digunakan lagi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah linen siap pakai dalam waktu < 24 Jam
Denominator	Jumlah linen dibersihkan pada saat yang sama
Sumber data	Buku administrasi <i>laundry</i>
Standar	90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi <i>laundry</i>

XV. PELAYANAN SEKURITI

1. Keamanan di Lingkungan Rumah Sakit

Judul	Keamanan di Lingkungan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keamanan dan kenyamanan
Tujuan	Memberikan rasa aman dan nyaman ketika berada di lingkungan Rumah Sakit
Definisi Operasional	Keamanan adalah suasana/situasi lingkungan yang bebas dari segala usaha kegiatan ancaman, baik dari dalam maupun dari luar. Pelayanan keamanan termasuk menjaga keutuhan dan keamanan kendaraan, gedung, seluruh lingkungan rumah sakit yang menjadi tanggung jawab satuan keamanan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kasus kehilangan dalam <i>shift</i> jaga yang tercatat dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah <i>shift</i> jaga satpam dalam 1 bulan
Sumber Data	Buku laporan jaga satpam
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Satpam

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

HAMENGKU BUWONO X

ttd

DEWO ISNU BROTO I.S.
NIP. 19640714 199102 1 001