



WALIKOTA TIDORE KEPULAUAN

PROVINSI MALUKU UTARA
PERATURAN WALIKOTA TIDORE KEPULAUAN

NOMOR 10 TAHUN 2018

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT DAERAH KOTA TIDORE KEPULAUAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA TIDORE KEPULAUAN,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka melaksanakan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/11/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, perlu disusun Standar Pelayanan minimal yang akan dijadikan pedoman bagi Rumah Sakit Daerah Kota Tidore Kepulauan dalam pemberian pelayanan yang bermutu dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Daerah Kota Tidore Kepulauan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Halmahera Utara, Kabupaten Halmahera Selatan, Kabupaten Kepulauan Sula, Kabupaten Halmahera Timur dan Kota Tidore Kepulauan di Provinsi Maluku Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 21, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4264);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5071);

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5589);
5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
6. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 61, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4846);
7. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pedoman Pembinaan Pengawasan Atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;

13. Peraturan Daerah Kota Tidore Kepulauan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Tidore Kepulauan (Lembaran Daerah Kota Tidore Kepulauan Tahun 2016 Nomor 186, Tambahan Lembaran Daerah Kota Tidore Kepulauan Nomor 144);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT DAERAH KOTA TIDORE KEPULAUAN

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Daerah Kota Tidore Kepulauan.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Walikota adalah Walikota Tidore Kepulauan.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kota Tidore Kepulauan.
5. Rumah Sakit Daerah Kota Tidore Kepulauan yang selanjutnya disebut RSD adalah Rumah Sakit Daerah Kota Tidore Kepulauan.
6. Direktur RSD yang selanjutnya disebut Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Daerah Kota Tidore Kepulauan.
7. Standar Pelayanan Minimal merupakan ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSD kepada masyarakat yang ditaati oleh pemberi dan atau penerima pelayanan.
8. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan kesehatan pada pasien untuk kepentingan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa dirawat inap.
9. Pelayanan Penunjang diagnostik adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis.
10. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan kesehatan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau pelayanan kesehatan lainnya dengan dirawat inap.
11. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
12. 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 berdasar standar World Health Organization (WHO).

13. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
14. Indikator Kinerja adalah suatu variabel yang digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
15. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
16. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
17. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk setiap indikator.
18. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
19. Pembilang adalah besaran pembilang dalam rumus indikator kinerja.
20. Penyebut adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
21. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bias
22. Sumber data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan sebagai panduan bagi RSD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan.
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan RSD kepada masyarakat.

BAB III JENIS PELAYANAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), serta peningkatan (promotif).

- (2) Jenis pelayanan kesehatan di RSD, meliputi:
- a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah;
 - e. pelayanan persalinan dan perinatology;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. pelayanan radiologi;
 - h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - i. pelayanan rehabilitasi medic;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. pelayanan transfusi darah;
 - m. pelayanan keluarga miskin;
 - n. pelayanan rekam medis;
 - o. pengelolaan limbah;
 - p. pelayanan administrasi dan manajemen;
 - q. pelayanan ambulance/ kereta jenazah;
 - r. pelayanan pelayanan pemulasaran jenazah;
 - s. pelayanan laundry;
 - t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
 - u. pencegahan pengendalian infeksi.

Bagian Kedua
Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

Uraian Indikator, Standar Pelayanan Minimal setiap jenis pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Direktur sebagai Pimpinan RSD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Walikota ini.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh personil dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai Peraturan Perundang-Undangan.

Pasal 6

- (1) Direktur menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSD berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

- (2) Setiap unit kerja pelayanan RSD menyusun Rencana Bisnis Anggaran dan target unit, serta upaya pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan RSD menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB V
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
Bagian Kesatu
Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan RSD dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud ayat (1) berupa fasilitas, 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. penyuluhan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penempatan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua
Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan Operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Pengawas Internal dimaksud pada ayat (1) terdiri atas :
 - a. Pengawas bidang keuangan;
 - b. Pengawas bidang kekayaan; dan
 - c. Pengawas bidang aparatur.

Pasal 9

- (1) Pengawas Internal sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) bersama-sama Pimpinan RSD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi membantu Direktur untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di RSD sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 10

Anggaran Pelaksanaan Pembinaan dan Pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8 dan Pasal 9 dibebankan pada pendapatan operasional RSD.

BAB VI KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Tidore Kepulauan.

Ditetapkan di Tidore
Pada tanggal 30 April 2018

WALIKOTA TIDORE KEPULAUAN,



ALI IBRAHIM

Diundangkan di Tidore
pada tanggal 30 April 2018

SEKRETARIS DAERAH
KOTA TIDORE KEPULAUAN,



M. THAMRIN FABANYO

BERITA DAERAH KOTA TIDORE KEPULAUAN TAHUN 2018 NOMOR 459.

LAMPIRAN : PERATURAN WALIKOTA TIDORE KEPULAUAN
 NOMOR : 10 TAHUN 2018
 TAHUN : 30 APRIL 2018
 TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT DAERAH
 KOTA TIDORE KEPULAUAN

A. Instalasi Gawat Darurat

1.	Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat Darurat
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya kemampuan RSD Kota Tidore Kepulauan dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
c.	Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat darurat yang membutuhkan pelayanan life saving
h.	Sumber Data	Rekam Medik di Gawat darurat
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2	Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
a.	Dimensi Mutu	Keterjangkauan
b.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di RSD Kota Tidore Kepulauan
c.	Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Laporan Bulanan
i.	Standar	24 Jam
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

(3)	Judul	Pemberian pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
c.	Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.
g.	Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
h.	Sumber Data	Kepegawaian
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4	Judul	Ketersediaan tim Penanggulangan Bencana
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
b.	Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
c.	Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di RSD Kota Tidore Kepulauan
g.	Denominator	Tidak ada
h.	Sumber Data	Instalasi gawat darurat
i.	Standar	Satu tim
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5	Judul	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
b.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.
c.	Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah waktu yang diperlukan mulai dari pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n= 50)
h.	Sumber Data	Sampel
i.	Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim mutu/Panitia mutu

6	Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
c.	Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n=50)
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	≥ 70 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu/Panitia mutu

7	Judul	Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
b.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
c.	Definisi Operasional	Kematian \leq 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang .
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 24 jam sejak pasien datang
g.	Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
h.	Sumber Data	Rekam Medik
i.	Standar	\leq 2 perseribu
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8	Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
a.	Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
b.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
c.	Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak RSD Kota Tidore Kepulauan sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
g.	Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

B. Instalasi Rawat Jalan

1	Judul	Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
c.	Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di RSD Kota Tidore Kepulauan yang dilayani oleh dokter spesialis.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2	Judul	Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan
a.	Dimensi Mutu	Akses
b.	Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di RSD Kota Tidore Kepulauan sesuai kelas RS
c.	Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di RSD Kota Tidore Kepulauan.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Pelayanan rawat jalan spesialis yang tersedia di RSD Kota Tidore Kepulauan
g.	Denominator	Seluruh pelayanan rawat jalan spesialis sesuai kelas rumah sakit
h.	Sumber Data	Register rawat jalan
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3	Judul	Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan
a.	Dimensi Mutu	Akses
b.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di RSD Kota Tidore Kepulauan
c.	Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Register rawat jalan
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

4	Judul	Waktu tunggu pelayanan Rawat Jalan
a.	Dimensi Mutu	Akses
b.	Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di RSD Kota Tidore Kepulauan yang mudah dan cepat diakses oleh pasien.
a.	Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
b.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
c.	Periode Analisa	3 bulan
d.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survey
e.	Denominator	Jumlah seluruh pasien di rawat jalan yang disurvey
f.	Sumber Data	Survey pasien rawat jalan
g.	Standar	≤ 60 menit
h.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ komite mutu/ Tim mutu

5	Judul	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
c.	Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n=50)
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	≥90 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan / Tim mutu/Panitia mutu

6	Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
b.	Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopik TB.
c.	Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RSD Kota Tidore Kepulauan dalam 3 bulan.
g.	Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RSD Kota Tidore Kepulauan dalam 3 bulan.
h.	Sumber Data	Rekam Medik
i.	Standar	60%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

6	Judul	Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan pelaporan TB di RSD Kota Tidore Kepulauan
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas
b.	Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RSD Kota Tidore Kepulauan.
c.	Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RSD Kota Tidore Kepulauan.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan.
g.	Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RSD Kota Tidore Kepulauan
h.	Sumber Data	Rekam Medik
i.	Standar	60%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

C. Instalasi Rawat Inap

1	Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
c.	Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (Minimal D3)
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
e.	Periode Analisa	6 bulan
f.	Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan.
g.	Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
h.	Sumber Data	Kepegawaian
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2	Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
b.	Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
c.	Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medic
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3	Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
a.	Dimensi Mutu	Akses
b.	Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di RSD Kota Tidore Kepulauan sesuai dengan kelas RS
c.	Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di RSD Kota Tidore Kepulauan.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Pelayanan rawat inap spesialis yang tersedia di RSD Kota Tidore Kepulauan
g.	Denominator	Seluruh pelayanan rawat inap spesialis sesuai kelas rumah sakit
h.	Sumber Data	Register rawat inap
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

4	Judul	Jam visite dokter spesialis
a.	Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
b.	Tujuan	Tegambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
c.	Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
e.	Periode Analisa	tiap tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
g.	Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

5	Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
b.	Tujuan	Tegambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
c.	Definisi Operasional	infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di RSD Kota Tidore Kepulauan dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
e.	Periode Analisa	tiap bulan
f.	Numerator	jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medic
i.	Standar	≤1,5 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Medik / komite mutu/ Tim Mutu

6	Judul	Kejadian infeksi nosokomial
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
b.	Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial RSD Kota Tidore Kepulauan
c.	Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien di RSD Kota Tidore Kepulauan yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiap tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Survey, laporan Infeksi nosokomial
i.	Standar	< 1,5%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik /Panitia mutu

7	Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian
a.	Dimensi Mutu	keselamatan pasien
b.	Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
c.	Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb. Yang berakibat kecacatan atau kematian
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
e.	Periode Analisa	tiap bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
g.	Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
h.	Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

8	Judul	Kematian pasien > 48 jam
a.	Dimensi Mutu	keselamatan dan efektivitas
b.	Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di RSD Kota Tidore Kepulauan yang aman dan efektif
c.	Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk RSD Kota Tidore Kepulauan.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	1 bulan
f.	Numerator	jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medic
i.	Standar	$\leq 0,24\%$ $\leq 2,4/1000$ (international) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Mutu / Tim Mutu

9	Judul	Kejadian pulang paksa
a.	Dimensi Mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
b.	Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan RSD Kota Tidore Kepulauan.
c.	Definisi Operasional	pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medic
i.	Standar	$\leq 5\%$
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Mutu / Tim Mutu

10	Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
c.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
g.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	≥90 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite mutu/Tim mutu

11	Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
b.	Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.
c.	Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RSD Kota Tidore Kepulauan dalam 3 bulan.
g.	Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RSD Kota Tidore Kepulauan dalam 3 bulan.
h.	Sumber Data	Rekam Medik
i.	Standar	60%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat inap.

11	Judul	Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan pelaporan TB di RSD Kota Tidore Kepulauan
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas
b.	Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RSD Kota Tidore Kepulauan.
c.	Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RSD Kota Tidore Kepulauan.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan.
g.	Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RSD Kota Tidore Kepulauan
h.	Sumber Data	Rekam Medik
i.	Standar	60%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat inap

D. Instalasi Bedah Sentral

1	Judul	Waktu tunggu operasi elektif
a.	Dimensi Mutu	Keefektifan, kesinambungan pelayanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
c.	Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah Tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
e.	Periode Analisa	3 (tiga) bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang diopersi dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan itu
h.	Sumber Data	Rekam Medis
i.	Standar	≤ 2 hari
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral
(2)	Judul	Kejadian kematian di meja operasi
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
b.	Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien

c.	Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan dan sentinel event
e.	Periode Analisa	tiap bulan dan sentinel event
f.	Numerator	jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
i.	Standar	$\leq 1 \%$
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ komite medik

3	Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
a.	Dimensi Mutu	keselamatan pasien
b.	Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
c.	Definisi Operasional	kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
e.	Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
f.	Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
g.	Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ komite medis

4	Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
a.	Dimensi Mutu	keselamatan pasien
b.	Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
c.	Definisi Operasional	kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
e.	Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
f.	Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
g.	Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

5	Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
a.	Dimensi Mutu	keselamatan pasien
b.	Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
c.	Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
e.	Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
f.	Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite medis

6	Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
b.	Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
c.	Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah Kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
e.	Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
f.	Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite medis

(7)	Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
a.	Dimensi Mutu	keselamatan pasien
b.	Tujuan	tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
c.	Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
e.	Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
f.	Numerator	jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	≤ 6 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite medis

E. Persalinan dan Perinatologi

1	Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan RSD Kota Tidore Kepulauan terhadap pelayanan kasus persalinan
c.	Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan disebabkan karena perdarahan, pre eklampsia, dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg • Protein uria 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif • Oedema tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiap tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab)
g.	Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
h.	Sumber Data	Rekam Medik Rumah sakit
i.	Standar	Perdarahan <1 %, pre-eklampsia <30 %, Sepsis ≤ 0,2 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Medik

2	Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
a.	Dimensi mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
c.	Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
d.	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
e.	Periode analisis	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
g.	Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
h.	Sumber data	Kepegawaian
i.	Standar	100 %
j.	Penanggung jawab	Komite Mutu

3	Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
a.	Dimensi mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
c.	Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, dan bidan (perawat yang terlatih) Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan pre-eklampsia berat, tali pusat menumbung
d.	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
e.	Periode analisis	3 bulan
f.	Numerator	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
g.	Denominator	Tidak ada
h.	Sumber data	Kepegawaian dan rekam medik
i.	Standar	Tersedia
j.	Penanggung jawab	Komite mutu

4	Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
a.	Dimensi mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
c.	Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
d.	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
e.	Periode analisis	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
g.	Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
h.	Sumber data	Kepegawaian
i.	Standar	100 %
j.	Penanggung jawab	Komite mutu

(5)	Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
a.	Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya kemampuan RSD Kota Tidore Kepulauan dalam menangani BBLR
c.	Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
d.	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
e.	Periode analisis	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
g.	Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
h.	Sumber data	Rekam medik
i.	Standar	100 %
j.	Penanggung jawab	Komite medik/komite mutu

6	Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di RSD Kota Tidore Kepulauan yang sesuai dengan indikasi dan efisien
c.	Definisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	≤20 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite mutu

7	Judul	Keluarga Berencana
a.	Dimensi Mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
b.	Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
c.	Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilisasi oleh tenaga yang kompeten
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
g.	Denominator	Jumlah peserta KB
h.	Sumber Data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Direktur pelayanan medik

7	Judul	Konseling KB Mantap
a.	Dimensi Mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
b.	Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
c.	Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan status kesehatan pasien
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah Konseling layanan KB mantap
g.	Denominator	Jumlah peserta konseling KB mantap
h.	Sumber Data	Laporan unit layanan KB
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Direktur pelayanan medik

8	Judul	Kepuasan pelanggan
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
c.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
g.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	≥80 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua komite mutu/tim mutu

F. Pelayanan Intensif

(1)	Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas
b.	Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
c.	Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam

d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	≤ 3 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite medik/komite mutu

2	Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
c.	Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
g.	Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
h.	Sumber Data	Kepegawaian
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite mdeik/komite mutu

G. Radiologi

(1)	Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
a.	Dimensi Mutu	Keefektifan, kesinambungan layanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
c.	Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
e.	Periode Analisa	3 (tiga) bulan

(1)	Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	< 3 jam
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

(2)	Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
c.	Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi roentgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto roentgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkanannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah foto roentgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto roentgen dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Register di instalasi radiologi
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

2	Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Radiografi
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
b.	Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan radiologi
c.	Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan radiografi baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin, dan peralatan pelayanan radiografi
g.	Denominator	1
h.	Sumber Data	Inventaris instalasi radiologi
i.	Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

3	Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas dan efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen
c.	Definisi Operasional	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Register radiologi
i.	Standar	$\leq 2\%$
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala instalasi radiologi

4	Judul	Kepuasan pelanggan
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
c.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
g.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	≥80 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua komite mutu/ tim mutu

H. Laboratorium Patologi Klinik

(1)	Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
c.	Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	< 140 menit (manual)
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

(2)	Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
c.	Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Register di instalasi laboratorium
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

(3)	Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
c.	Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa di laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan.
g.	Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

(4)	Judul	Kepuasan pelanggan
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
c.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
g.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	≥80 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

I. Rehabilitasi Medik

(1)	Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
a.	Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
b.	Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
c.	Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
e.	Periode Analisa	6 bulan
f.	Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	≤ 50%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rehabilitasi medik

2	Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
c.	Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/ standar pelayanan rehabilitasi medik.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rehabilitasi medik

3	Judul	Kepuasan pelanggan
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
c.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
g.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	≥80 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rehabilitasi medik

J. Instalasi Farmasi

1	Judul	Waktu tunggu pelayanan Obat Jadi
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
c.	Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah Tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	≤ 30 menit
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

1	Judul	Waktu tunggu pelayanan Obat Racikan
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
c.	Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah Tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	≤ 60 menit
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

2	Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
c.	Definisi Operasional	Kesalahan pemeberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberika dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

3	Judul	Kepuasan pelanggan
a.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
c.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
g.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	≥80 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

4	Judul	Penulisan resep sesuai formularium
a.	Dimensi Mutu	Efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
c.	Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di RSD Kota Tidore Kepulauan.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minial 50)
h.	Sumber Data	Survei
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

K. Instalasi Gizi

(1)	Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
c.	Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	≥90 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi

2	Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
b.	Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
c.	Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi RSD Kota Tidore Kepulauan)
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	≤20 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi/ kepala instalasi rawat inap

3	Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
a.	Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
c.	Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
g.	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi/ kepala instalasi rawat inap

L. Transfusi Darah

1	Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah RSD Kota Tidore Kepulauan dalam menyediakan kebutuhan darah
c.	Definisi Operasional	Cukup jelas
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala UTD

2	Judul	Kejadian reaksi transfusi
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
c.	Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Rekam medik
i.	Standar	$\leq 0,01$ %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala UTD

M. Pelayanan GAKIN

1	Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RSD Kota Tidore Kepulauan pada setiap unit pelayanan
a.	Dimensi Mutu	Akses
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSD Kota Tidore Kepulauan terhadap masyarakat miskin
c.	Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani RSD Kota Tidore Kepulauan dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke RSD Kota Tidore Kepulauan dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Register pasien
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Direktur RSD Kota Tidore Kepulauan

N. Rekam Medik

1	Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
a.	Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
c.	Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter lengkap dalam waktu \leq 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
g.	Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Rekam Medik

2	Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
c.	Definisi Operasional	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Rekam Medik

3	Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
c.	Definisi Operasional	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disiapkan/ditemukan oleh petugas.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiap tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
g.	Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (N tidak kurang dari 100)
h.	Sumber Data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang rekam medik untuk pasien lama.
i.	Standar	Rerata \leq 10 menit

j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Rekam Medik
----	--------------------------------	--------------------

(4)	Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
a.	Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap
c.	Definisi Operasional	Dokumen rekam medik 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 dari pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiap tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
g.	Denominator	Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
h.	Sumber Data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
i.	Standar	Rerata \leq 15 menit
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Rekam Medik

O. Pengelolaan Limbah

1	Judul	Baku Mutu Limbah Cair
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSD Kota Tidore Kepulauan terhadap keamanan limbah cair rumah sakit.
c.	Definisi Operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : <ul style="list-style-type: none"> ▪ BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter ▪ COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter ▪ TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/liter ▪ PH : 6-9
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair RSD Kota Tidore Kepulauan yang sesuai dengan baku mutu
g.	Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
h.	Sumber Data	hasil pemeriksaan
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala IPRS

2	Judul	Pengolahan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di RSD Kota Tidore Kepulauan
c.	Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai aturan dan pedoman yang berlaku
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan

2	Judul	Pengolahan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan
f.	Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur operasional yang diamati
g.	Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
h.	Sumber Data	hasil pengamatan
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

P. Administrasi manajemen

(1)	Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumahsakit
c.	Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
g.	Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Notulen rapat
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Direktur rumah sakit

2	Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
a.	Dimensi Mutu	efektivitas, efisiensi
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumahsakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
c.	Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumahsakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumahsakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
e.	Periode Analisa	1 tahun
f.	Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
g.	Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
h.	Sumber Data	Tata usaha
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Direktur rumah sakit

3	Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
a.	Dimensi Mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
c.	Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	satu tahun
e.	Periode Analisa	satu tahun
f.	Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
g.	Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun

h.	Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala bagian tata usaha

4	Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
a.	Dimensi Mutu	efektivitas, kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kesejahteraan pegawai
c.	Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999)
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	satu tahun
e.	Periode Analisa	satu tahun
f.	Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
g.	Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
h.	Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala bagian tata usaha

5	Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
a.	Dimensi Mutu	kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kualitas sumber daya manusia
c.	Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di RSD Kota Tidore Kepulauan ataupun di luar RSD Kota Tidore Kepulauan yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	satu tahun
e.	Periode Analisa	satu tahun
f.	Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
g.	Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumahsakit
h.	Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
i.	Standar	≥60 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala bagian tata usaha

(7)	Judul	Cost recovery
a.	Dimensi Mutu	efisiensi, efektivitas
b.	Tujuan	tergambarnya tingkat kesehatan keuangan RSD Kota Tidore Kepulauan
c.	Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
g.	Denominator	jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Sub Bagian keuangan
i.	Standar	≥60 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala bagian tata usaha/ keuangan

(8)	Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas
b.	Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumahsakit
c.	Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiga bulan
e.	Periode Analisa	tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
g.	Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
h.	Sumber Data	Sub Bagian Keuangan
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala bagian tata usaha/ keuangan

8	Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
c.	Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
e.	Periode Analisa	tiap tiga bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan.
g.	Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
h.	Sumber Data	hasil pengamatan
i.	Standar	≤ 2 jam
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Bagian keuangan

9	Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
a.	Dimensi Mutu	Efektivitas
b.	Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
c.	Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	tiap 6 bulan
e.	Periode Analisa	tiap 6 bulan
f.	Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
g.	Denominator	6 bulan
h.	Sumber Data	Cacatan di bagian keuangan
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Bagian keuangan

Q. Ambulance/Kereta Jenazah

(1)	Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
a.	Dimensi Mutu	Akses
b.	Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
c.	Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
e.	Periode Analisa	Tiga bulan sekali
f.	Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
h.	Sumber Data	Instalasi gawat darurat
i.	Standar	24 jam
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Penanggung jawab ambulance/ kereta jenazah

2	Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RSD Kota Tidore Kepulauan
a.	Dimensi Mutu	kenyamanan, keselamatan
b.	Tujuan	Tergambarnya ketanggapan RSD Kota Tidore Kepulauan dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
c.	Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di RSD Kota Tidore Kepulauan sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
h.	Sumber Data	catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Penanggung jawab ambulance

R. Pemulasaran jenazah

1	Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah
a.	Dimensi Mutu	kenyamanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSD Kota Tidore Kepulauan terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah
c.	Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
g.	Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Hasil pengamatan
i.	Standar	≤ 2 jam
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala instalasi pemulasaran jenazah

S. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

(1)	Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
a.	Dimensi Mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
b.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
c.	Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
i.	Standar	≥ 80 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala IPS

2	Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
a.	Dimensi Mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
b.	Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
c.	Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	3 bulan
f.	Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Register pemeliharaan alat
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala IPRS

3	Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
a.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
b.	Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
c.	Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK).
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
e.	Periode Analisa	1 tahun
f.	Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
g.	Denominator	jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
h.	Sumber Data	Buku registrasi
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala instalasi laboratorium

T. Pelayanan Laundry

(1)	Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
a.	Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
b.	Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
c.	Definisi Operasional	Tidak ada
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	1 bulan
f.	Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
g.	Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
h.	Sumber Data	survey
i.	Standar	100%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi laundry

(2)	Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
a.	Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
b.	Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
c.	Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
e.	Periode Analisa	1 bulan
f.	Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
g.	Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	100 %
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi laundry

U. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

(1)	Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
a.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
b.	Tujuan	Tersedianya Anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
c.	Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan
e.	Periode Analisa	Tiap 1 tahun
f.	Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
g.	Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
h.	Sumber Data	Kepegawaian
i.	Standar	75%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Tim PPI

(2)	Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri) disetiap Instalasi
a.	Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung.
b.	Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi pada RSD Kota Tidore Kepulauan
c.	Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, Tenaga Kesehatan, Pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RSD Kota Tidore Kepulauan seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun.
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
e.	Periode Analisa	1 bulan
f.	Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
g.	Denominator	Jumlah instalasi di RSD Kota Tidore Kepulauan
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	60%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Tim PPI

(3)	Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RSD Kota Tidore Kepulauan
a.	Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung.
b.	Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RSD Kota Tidore Kepulauan
c.	Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RSD Kota Tidore Kepulauan. Minimal 1 (satu) parameter : ILO, ILI, VAP, ISK. Keterangan: ILO : Infeksi Luka Operasi ILI : Infeksi Luka Infus VAP : Ventilator Assosiated Pneumonie ISK : Infeksi Saluran Kemih
d.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
e.	Periode Analisa	1 bulan
f.	Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
g.	Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
h.	Sumber Data	Survey
i.	Standar	75%
j.	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Tim PPI

WALIKOTA TIDORE KEPULAUAN,



ALI IBRAHIM