



## NOTULEN

<b>TANGGAL</b>	09 Februari 2021
<b>WAKTU</b>	13.00 WIB – Selesai
<b>TEMPAT</b>	Ruang Rapat 3 Lantai 3B
<b>AGENDA RAPAT</b>	1. Format Pelaporan TU 2. Indikator Mutu TU
<b>PEMIMPIN RAPAT</b>	Dyan Kartika Sari, S.KM
<b>NOTULIS</b>	Rizqiyah, S.KM.
<b>JUMLAH PESERTA</b>	5 Peserta
<b>TIDAK HADIR</b>	-
<b>PEMBAHASAN</b>	1. Dibuka oleh Dyan Kartika Sari, S.KM. 2. Indikator Mutu TU pada tahun 2021 ada 4 yaitu: a. Tidak adanya dokumen legal rumah sakit yang kadaluarsa b. Semua dokumen perjanjian rumah sakit yang berkaitan dengan pelayanan harus berlaku c. Ketepatan waktu penerbitan naskah dinas non pengaturan dan penetapan d. Distribusi notulensi rapat < 2 hari kerja Untuk indikator terlaksananya rapat struktural dan rapat komdik tidak dimasukkan dalam indikator karena indikator tersebut tidak menggambarkan kinerja TU. Untuk profil indikator dari indikator diatas sesuai pada lampiran berikut. 3. Pelaporan bulanan TU pada tahun 2021 digabung menjadi satu file dan dilaporkan setiap tanggal 3 bulan setelahnya. 4. Untuk format pelaporan sesuai dengan lampiran berikut. 5. Perjanjian dianggap selesai jika kedua belah pihak sudah setuju (ACC). 6. Untuk pengumpulan data indikator terkait legal dan perjanjian dilakukan secara harian. 7. Untuk pengumpulan data indikator penerbitan naskah non dinas dan penerbitan notulensi dilakukan secara bulanan. 8. Menu laporan pada eKorin tidak bisa digunakan karena masih ada yang tidak muncul.
<b>HASIL RAPAT</b>	1. Laporan bulanan dikumpulkan maksimal tanggal 3 bulan berikutnya. 2. Untuk pengumpulan data indikator terkait legal dan perjanjian dilakukan secara harian. 3. Untuk pengumpulan data indikator penerbitan naskah non dinas dan penerbitan notulensi dilakukan secara bulanan.
<b>TINDAK LANJUT</b>	Konfirmasi ulang ke bagian SIRS terkait menu laporan di eKorin.

PEMIMPIN RAPAT,



(Dyan Kartika Sari, S.KM)

NOTULIS,



(Rizqiyah, S.KM.)

## PROFIL INDIKATOR

JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya Dokumen Legal rumah sakit yang kadaluarsa
DASAR PEMIKIRAN	Semua Dokumen Legal di rumah sakit harus berlaku
DIMENSI MUTU	( ) AKSESIBILITAS ( V ) KESELAMATAN & KEAMANAN ( ) EFEKTIFITAS ( V ) KESINAMBUNGAN PELAYANAN ( ) EFISIENSI ( ) BERORIENTASI PADA PASIEN
TUJUAN	Agar rumah sakit memiliki dokumen legal yang berlaku dan tidak melanggar hukum.
DEFINISI OPERASIONAL	Dokumen Legal rumah sakit adalah semua dokumen berupa perijinan, surat keterangan, asuransi dan atau dokumen lain yang bernilai hukum dan ketentuan penting yang dimiliki rumah sakit dan harus berlaku guna keberlangsungan pelayanan di rumah sakit.
JENIS INDIKATOR	( V ) INPUT ( V ) PROSES ( ) OUTCOME ( ) PROSES & OUTCOME
KRITERIA INKLUSI EKSKLUSI	perijinan, surat keterangan, asuransi dan atau dokumen lain rumah sakit Perjanjian rumah sakit dengan pihak eksternal
NUMERATOR (Pembilang)	Jumlah dokumen legal rumah sakit yang masih berlaku
DENUMERATOR (Penyebut)	Jumlah dokumen legal rumah sakit yang harus diperpanjang
FORMULA	$\frac{\text{Jumlah dokumen legal rumah sakit yang masih berlaku}}{\text{Jumlah dokumen legal rumah sakit yang harus diperpanjang}} \times 100\%$
STANDAR	100 %
SUMBER DATA	Dokumen legal rumah sakit
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	( V ) HARIAN ( ) MINGGUAN ( ) BULANAN
PERIODE ANALISIS	( V ) 3 BULAN ( ) 6 BULAN
CARA PENGUMPULAN DATA	( ) RETROSPEKTIF ( V ) CONCURRENT
METODE PENGUMPULAN DATA	( V ) TOTAL POPULASI ( ) SAMPLING*  *JIKA SAMPLING ≥ 640 : 128 320 – 639 : 20 % POPULASI 64 – 319 : 64 ≤ 64 : 100% POPULASI
RENCANA ANALISIS	Run Chart
INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Dokumen legal rumah sakit
PENANGGUNG JAWAB DATA	Kasubag Tata Usaha
PUBLIKASI	INTERNAL : Unit / Instalasi (storyboard), TMKP, Direktur (dashboard) EKSTERNAL : Sismadak (benchmark)

PROFIL INDIKATOR

JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu penerbitan naskah dinas non pengaturan dan penetapan
DASAR PEMIKIRAN	Penerbitan naskah dinas non pengaturan dan penetapan harus tepat waktu.
DIMENSI MUTU	( ) AKSESIBILITAS ( ) KESELAMATAN & KEAMANAN ( V ) EFEKTIFITAS ( ) KESINAMBUNGAN PELAYANAN ( V ) EFISIENSI ( ) BERORIENTASI PADA PASIEN
TUJUAN	Agar terlaksana kegiatan administrasi yang tepat waktu.
DEFINISI OPERASIONAL	Ketepatan waktu penerbitan naskah dinas non pengaturan dan penetapan adalah proses penerbitan naskah dinas non pengaturan dan penetapan sesuai dengan standar waktu yang telah ditetapkan yang dihitung dari permintaan penerbitan naskah sampai naskah ditandatangani.
JENIS INDIKATOR	( ) INPUT ( V ) PROSES ( ) OUTCOME ( ) PROSES & OUTCOME
KRITERIA INKLUSI EKSKLUSI	Semua naskah dinas non pengaturan dan penetapan yang diterbitkan oleh sub bagian tata usaha 1. Semua naskah dinas non pengaturan dan penetapan yang diterbitkan bukan oleh sub bagian tata usaha 2. Semua naskah dinas pengaturan dan penetapan yang diterbitkan oleh sub bagian tata usaha
NUMERATOR (Pembilang)	Jumlah dokumen naskah dinas non pengaturan dan penetapan yang terbit sesuai standar waktu
DENUMERATOR (Penyebut)	Jumlah dokumen naskah dinas non pengaturan dan penetapan yang terbit setiap bulan
FORMULA	$\frac{\text{Jumlah dokumen naskah dinas non pengaturan dan penetapan yang terbit sesuai standar waktu}}{\text{Jumlah dokumen naskah dinas non pengaturan dan penetapan yang terbit setiap bulan}} \times 100\%$
STANDAR	100 %
SUMBER DATA	Naskah dinas non pengaturan dan penetapan
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	( V ) HARIAN ( ) MINGGUAN ( ) BULANAN
PERIODE ANALISIS	( V ) 3 BULAN ( ) 6 BULAN
CARA PENGUMPULAN DATA	( ) RETROSPEKTIF ( V ) CONCURRENT
METODE PENGUMPULAN DATA	( V ) TOTAL POPULASI ( ) SAMPLING*  *JIKA SAMPLING ≥ 640 : 128 320 – 639 : 20 % POPULASI 64 – 319 : 64 ≤ 64 : 100% POPULASI
RENCANA ANALISIS	Run Chart
INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Form permintaan penerbitan naskah dinas non pengaturan dan penetapan
PENANGGUNG JAWAB DATA	Kasubag Tata Usaha
PUBLIKASI	INTERNAL : Unit / Instalasi (storyboard), TMKP, Direktur (dashboard) EKSTERNAL : Sismadak (benchmark)

PROFIL INDIKATOR

JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya dokumen perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa
DASAR PEMIKIRAN	Semua dokumen perjanjian rumah sakit yang berkaitan dengan pelayanan harus berlaku
DIMENSI MUTU	( ) AKSESIBILITAS (V) KESELAMATAN & KEAMANAN ( ) EFEKTIFITAS (V) KESINAMBUNGAN PELAYANAN ( ) EFISIENSI ( ) BERORIENTASI PADA PASIEN
TUJUAN	Agar rumah sakit memiliki dokumen perjanjian yang berlaku dan sesuai dengan hukum.
DEFINISI OPERASIONAL	Dokumen perjanjian rumah sakit adalah dokumen kesepakatan antara rumah sakit dengan pihak kedua yang bersifat mengikat kedua belah pihak yang berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit.
JENIS INDIKATOR	(V) INPUT (V) PROSES ( ) OUTCOME ( ) PROSES & OUTCOME
KRITERIA INKLUSI	Dokumen perjanjian rumah sakit
EKSKLUSI	Dokumen legal lain
NUMERATOR (Pembilang)	Jumlah dokumen perjanjian rumah sakit yang masih berlaku
DENUMERATOR (Penyebut)	Jumlah dokumen perjanjian rumah sakit yang harus diperpanjang
FORMULA	$\frac{\text{Jumlah dokumen perjanjian rumah sakit yang masih berlaku}}{\text{Jumlah dokumen perjanjian rumah sakit yang harus diperpanjang}} \times 100\%$
STANDAR	100 %
SUMBER DATA	Dokumen perjanjian rumah sakit
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	(V) HARIAN ( ) MINGGUAN ( ) BULANAN
PERIODE ANALISIS	(V) 3 BULAN ( ) 6 BULAN
CARA PENGUMPULAN DATA	( ) RETROSPEKTIF (V) CONCURRENT
METODE PENGUMPULAN DATA	(V) TOTAL POPULASI ( ) SAMPLING*  *JIKA SAMPLING ≥ 640 : 128 320 – 639 : 20 % POPULASI 64 – 319 : 64 ≤ 64 : 100% POPULASI
RENCANA ANALISIS	Run Chart
INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Dokumen perjanjian rumah sakit
PENANGGUNG JAWAB DATA	Kasubag Tata Usaha
PUBLIKASI	INTERNAL : Unit / Instalasi (storyboard), TMKP, Direktur (dashboard) EKSTERNAL : Sismadak (benchmark)

## PROFIL INDIKATOR

JUDUL INDIKATOR	Distribusi Notulensi Rapat < 2 hari kerja
DASAR PEMIKIRAN	Semua hasil rapat diketahui oleh semua peserta rapat untuk segera ditindaklanjuti
DIMENSI MUTU	( ) AKSESIBILITAS ( ) KESELAMATAN & KEAMANAN ( V ) EFEKTIFITAS ( V ) KESINAMBUNGAN PELAYANAN ( V ) EFISIENSI ( ) BERORIENTASI PADA PASIEN
TUJUAN	Agar informasi dan komunikasi dapat berjalan efektif dan efisien.
DEFINISI OPERASIONAL	Distribusi Notulensi Rapat adalah kegiatan penyampaian risalah rapat dan tindak lanjut hasil rapat kepada semua peserta rapat.
JENIS INDIKATOR	( ) INPUT ( V ) PROSES ( ) OUTCOME ( ) PROSES & OUTCOME
KRITERIA INKLUSI	Semua notulensi rapat yang dipimpin dan atau diikuti oleh Direksi
EKSKLUSI	Semua notulensi rapat yang tidak dipimpin dan atau diikuti oleh Direksi
NUMERATOR (Pembilang)	Jumlah notulensi rapat yang didistribusikan < 2 hari kerja
DENUMERATOR (Penyebut)	Jumlah kegiatan rapat yang diselenggarakan
FORMULA	$\frac{\text{Jumlah notulensi rapat yang didistribusikan < 2 hari kerja}}{\text{Jumlah kegiatan rapat yang diselenggarakan}} \times 100\%$
STANDAR	100 %
SUMBER DATA	Notulensi Rapat
FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	( V ) HARIAN ( ) MINGGUAN ( ) BULANAN
PERIODE ANALISIS	( V ) 3 BULAN ( ) 6 BULAN
CARA PENGUMPULAN DATA	( ) RETROSPEKTIF ( V ) CONCURRENT
METODE PENGUMPULAN DATA	( V ) TOTAL POPULASI ( ) SAMPLING*  *JIKA SAMPLING ≥ 640 : 128 320 – 639 : 20 % POPULASI 64 – 319 : 64 ≤ 64 : 100% POPULASI
RENCANA ANALISIS	Run Chart
INSTRUMEN PENGAMBILAN DATA	Notulensi Rapat
PENANGGUNG JAWAB DATA	Kasubag Tata Usaha
PUBLIKASI	INTERNAL : Unit / Instalasi (storyboard), TMKP, Direktur (dashboard) EKSTERNAL : Sismadak (benchmark)

LAPORAN KEGIATAN SUB BAGIAN TATA USAHA TAHUN 2021

BULAN : JANUARI 2021

I. CAKUPAN KEGIATAN

NO	CAKUPAN KEGIATAN	JUMLAH	KETERANGAN
1	<b>DOKUMEN MASUK</b>		
	a. Surat Masuk		
	b. Dokumen lain (amiran, dll)		
	<b>PENERBITAN NASKAH</b>		
	b. Peraturan Direksi		
	c. Keputusan Direktur		
	d. Surat Edaran		
	f. Surat Keluar		
	g. Surat Keterangan		
	h. Surat Perintah		
	i. Surat Tugas		
	j. Surat Undangan		
	k. Nota Dinas		
	l. Berita Acara		
	m. Surat Kuasa		
	n. Surat Pengantar		
	o. Standar Operasional Prosedur		
2	<b>NOMOR SURAT</b>		
	a. Tersisa		
	b. Babak Kosong		
3	<b>DISPOSISI SURAT</b>		
	a. Jumlah disposisi terkirim		
	b. Jumlah disposisi yang terendang		
4	<b>LEGAL</b>		
	a. Perjanjian		
	1) Harus diperpanjang		
	2) Proses perpanjangan		
	- Selesai		
	- Proses Revisi		
	3) Berhenti		
	4) Kadaluarsa		
	5) Pembuatan Baru		
	b. Dokumen legal		
	1) Harus diperpanjang		
	2) Proses perpanjangan		
	- Selesai		
	- Proses Revisi		
	3) Berhenti		
	4) Kadaluarsa		
	5) Pembuatan Baru		
	c. Dokumen Legal lain		
	1)		
	2)		
	3)		
5	<b>RAPAT</b>		
	a. Rapat Struktural		
	b. Rapat Koordinasi		
	c. Rapat Direksi		
	d. Rapat Komite Tim		
	e. Rapat Lain		
	- Dewan Pengawas		
	- PAMA		
	- Terhutup		
	- Instansi/Instansi Lain		
	f. Kelengkapan UMPAN		
7	<b>KEGIATAN KOMITE MEDIK</b>		
	a. Kredensial		
	1) Dokter Tetap		
	2) Dokter Tamu		
	b. Re-kredensial		
	1) Dokter Tetap		
	2) Dokter Tamu		
	c. Audit Medik		
	1)		
	2)		
	3) end		
	d. Audit Klinis		
	1)		
	2)		
	3) end		
8	<b>PRESENTASI/ DEMO DARI REKANAN</b>		
	a. Jumlah kegiatan		
	b. Kelengkapan dokumen (UMPAN)		
9	<b>FELLOWSHIP/ WORKSHOP/ dll</b>		
	a. Jumlah Kegiatan		
	b. Peserta		
	1)		
	2)		
	3)		
	4)		
10	<b>KEGIATAN AKREDITASI</b>		
	a. Self Assessment		
	b. Progress Self Assessment setiap instansi		
	1) PMKP		
	2) TIKS		
	3) MFK		
	4) PROG		
	5) KICS		
	6) ARK		
	7) AP		
	8) PAP		
	9) PAB		
	10) PROGNAS		
	11) MKE		
	12) SKP		
	13) PPI		
	14) MRFM		
	15) HPR		
11	<b>REVISI DOKUMEN AKREDITASI</b>		
	a. Pedoman		
	1) Pelayanan		
	2) Pengorganisasian		
	3) Kerja		
	b. Panduan		
	c. Program Kerja		
	d. Standar Prosedur Operasional		

II. KENDALA DAN USULAN PENYELESAIAN

NO	KENDALA YANG DIHADAPI	USULAN PENYELESAIAN