|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RSUD dr. Murjani  JL. HM.Arsyad No.065 Sampit | **PENGUKURAN SISA MAKAN PASIEN** | | |
| No. Dokumen :  ……….../SPO/GIZI/P05/  RSUD-DM/2018 | No. Revisi : | Halaman :  1/1 |
| **STANDAR**  **PROSEDUR**  **OPERASIONAL** | Tanggal Terbit :  08 JANUARI 2018 | Ditetapkan Oleh  Direktur,  dr. Denny Muda Perdana, Sp. Rad  NIP. 19621121 199610 1 001 | |
| Pengertian | Pengukuran sisa makanan pasien adalah tata cara pengumpulan data untuk menggambarkan porsi makanan tersisa yang tidak dimakan oleh pasien. | | |
| Tujuan | Sebagai acuan pelaksanaan pengukuran sasaran mutu Instalasi Gizi mengenai sisa makanan pasien. | | |
| Kebijakan | 1. Surat Keputusan Direktur Rumah sakit dr.Murjani Sampit Nomor /PER/DIR/P05/I/2018 tentang Kebijakan Pelayanan dan Asuhan Pasien 2. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dr.Murjani Sampit Nomor /KPTS/DIR/P05/RSUD-DM/I/2018 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi. | | |
| Prosedur | 1. Ahli gizi menentukan sampel pengamatan, disesuaikan dengan formula yang telah ditentukan 2. Pengambilan data dilakukan secara periodik berdasarkan siklus menu (siklus menu 10 hari) dalam satu bulan 3. Jika jumlah populasi pengamatan < 100 orang, maka seluruh populasi dijadikan sampel pengamatan. Namun, jika jumlah populasi pengamatan ≥ 100 orang, maka sampel diambil 30% dari total populasi tersebar di seluruh kelas perawatan   4. Ahli gizi dan petugas distribusi mengamati dan mendokumentasikan sisa makanan pasien pada formulir pencatatan sisa makan (*comstock*) mengenai gambaran sisa makan pasien yang dijadikan sampel  5. Ahli gizi merekapitulasi dan mengolah data yang telah terkumpul dengan menggunakan formulasi perhitungan sebagai berikut :  Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien  yang disurvei dalam 1 bulan  -------------------------------------------------------------x 100%  Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan  6. Frekuensi pelaporan dan analisa data dilakukan setiap 1 bulan sekali  7. Hasil perhitungan sasaran mutu tersebut akan dilaporkan kepada Tim Komite Mutu pada tanggal 8 di bulan berikutnya dan dikembalikan lagi kepada Instalasi Gizi sebagai *feedback* untuk disosialisasikan ke seluruh Staf Gizi | | |
| Unit terkait | Instalasi Gizi, Unit Diklat Litbang | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RSUD dr. Murjani  JL. HM.Arsyad No.065 Sampit | **PENYIMPANAN CONTOH MAKANAN MATANG** | | |
| No. Dokumen :  ……….../SPO/GIZI/P05/  RSUD-DM/2018 | No. Revisi : | Halaman :  1/1 |
| **STANDAR**  **PROSEDUR**  **OPERASIONAL** | Tanggal Terbit :  08 JANUARI 2018 | Ditetapkan Oleh  Direktur,  dr. Denny Muda Perdana, Sp. Rad  NIP. 19621121 199610 1 001 | |
| Pengertian | Penyimpanan contoh makanan matang adalah suatu proses kegiatan menyimpan contoh makanan matang sesuai dengan siklus menu | | |
| Tujuan | Sebagai acuan dalam menyimpan contoh makanan matang sesuai dengan siklus menu dan sebagai evaluasi keamanan makanan | | |
| Kebijakan | 1. Surat Keputusan Direktur Rumah sakit dr.Murjani Sampit Nomor ……/PER/DIR/P05/I/2018 tentang Kebijakan Pelayanan dan Asuhan Pasien 2. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dr.Murjani Sampit Nomor……/KPTS/DIR/P05/RSUD-DM/I/2018 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi. | | |
| Prosedur | 1. Siapkan alat untuk menyimpan contoh makanan matang 2. Tandai alat penyimpanan contoh makanan matang dengan tanggal, bulan, tahun, siklus menu pagi, siang dan sore 3. Ambil contoh makanan sesuai menu dan waktu makan 4. Simpan contoh makanan matang di chiler selama 24 jam 5. Buang contoh makanan matang setelah 24 jam 6. Lakukan untuk siklus menu selanjutnya | | |
| Unit Terkait | - | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RSUD dr. Murjani  JL. HM.Arsyad No.065 Sampit | **TEST KESEHATAN** | | |
| No. Dokumen :  ……….../SPO/GIZI/P05/  RSUD-DM/2018 | No. Revisi : | Halaman :  1/1 |
| **STANDAR**  **PROSEDUR**  **OPERASIONAL** | Tanggal Terbit :  08 JANUARI 2018 | Ditetapkan Oleh  Direktur,  dr. Denny Muda Perdana, Sp. Rad  NIP. 19621121 199610 1 001 | |
| Pengertian | Test kesehatan adalah kegiatan melakukan pemeriksaan kesehatan untuk penjamah makanan. | | |
| Tujuan | Mencegah terjadinya infeksi nosokomial dari penjamah makanan terhadap makanan. | | |
| Kebijakan | 1. Surat Keputusan Direktur Rumah sakit dr.Murjani Sampit Nomor ...../PER/DIR/P05/I/2018 tentang Kebijakan Pelayanan dan Asuhan Pasien. 2. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dr.Murjani Sampit Nomor....../KPTS/DIR/P05/RSUD-DM/I/2018 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi. | | |
| Prosedur | 1. Persiapan   Pengusulan test kesehatan untuk penjamah makanan   1. Pelaksanaan 2. Buat daftar penjamah makanan yang belum melakukan test kesehatan dalam kurun waktu 1 tahun 3. Atur jadwal pemeriksaan kesehatan 4. Lakukan test kesehatan sesuai jadwal 5. Lakukan tindak lanjut dari hasil test kesehatan sesuai dengan advis dokter pemeriksa 6. Monitoring evaluasi 6 bulan berikutnya 7. Hal-hal yang perlu diperhatikan   Untuk karyawan baru harus sudah dinyatakan sehat dalam waktu 6 bulan terakhir. | | |
| Unit terkait | Instalasi Gizi, Direktur, Wadir Pelayanan, Bagian Keuangan, Bag.Penunjang Medik dan Non Medik. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RSUD dr. Murjani  JL. HM.Arsyad No.065 Sampit | **PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN GIZI TERAPAN** | | |
| No. Dokumen :  ……….../SPO/GIZI/P05/  RSUD-DM/2018 | No. Revisi : | Halaman :  1/1 |
| **STANDAR**  **PROSEDUR OPERASIONAL** | Tanggal Terbit :  08 JANUARI 2018 | Ditetapkan Oleh  Direktur,  dr. Denny Muda Perdana, Sp. Rad  NIP. 19621121 199610 1 001 | |
| Pengertian | Kegiatan penelitian dan pengembangan gizi terapan adalah kegiatan merencanakan, mengumpulkan dan menganalisa data. | | |
| Tujuan | Mengetahui penyebab/ hal yang mengakibatkan permasalahan | | |
| Kebijakan | 1. Surat Keputusan Direktur Rumah sakit dr.Murjani Sampit Nomor......./PER/DIR/P05/I/2018 tentang Kebijakan Pelayanan dan Asuhan Pasien. 2. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dr.Murjani Sampit Nomor......./KPTS/DIR/P05/RSUD-DM/I/2018 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi. | | |
| Prosedur | 1. Persiapan 2. Alat tulis 3. Komputer 4. Instrumen Penelitian 5. Buku Pustaka 6. Pelaksanaan 7. Buat rencana kegiatan berdasarkan masalah yang ada 8. Kumpulkan data 9. Laksanakan penelitian sesuai dengan rencana yang disusun 10. Olah data yang diperoleh 11. Analisa Data yang diperoleh 12. Verifikasi data yang diperoleh 13. Susun Laporan Penelitian 14. Lakukan dan rencanakan tindak lanjut dari Penelitian 15. Hal-hal yang perlu diperhatikan   Penelitian dan Pengembangan Gizi terapan bila diperlukan dapat dilaksanakan bekerja sama dengan instansi luar rumah sakit. | | |
| Unit terkait | Instalasi Gizi | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RSUD dr. Murjani  JL. HM.Arsyad No.065 Sampit | **DAYA TERIMA PASIEN TERHADAP PELAYANAN GIZI** | | |
| No. Dokumen :  ……….../SPO/GIZI/P05/  RSUD-DM/2018 | No. Revisi : | Halaman :  1/1 |
| **STANDAR**  **PROSEDUR OPERASIONAL** | Tanggal Terbit :  08 JANUARI 2018 | Ditetapkan Oleh  Direktur,  dr. Denny Muda Perdana, Sp. Rad  NIP. 19621121 199610 1 001 | |
| Pengertian | Daya terima pasien terhadap pelayaan diet adalah kegiatan mengevaluasi pasien terhadap pelayanan diet yang diberikan oleh Instalasi Gizi melalui kuesioner daya terima. | | |
| Tujuan | Mengetahui hasil daya terima pasien terhadap pelayanan gizi dan mengevaluasi kegiatan pelayanan gizi rawat inap Instalasi Gizi. | | |
| Kebijakan | 1. Surat Keputusan Direktur Rumah sakit dr.Murjani Sampit Nomor....../PER/DIR/P05/I/2018 tentang Kebijakan Pelayanan dan Asuhan Pasien. 2. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dr.Murjani Sampit Nomor....../KPTS/DIR/P05/RSUD-DM/I/2018 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi. | | |
| Prosedur | 1. Persiapan 2. Alat tulis 3. Blanko Kuesioner Daya Terima 4. Pelaksanaan 5. Tentukan jumlah dan kriteria sampel pasien yang akan diberikan kuesioner daya terima 6. Berikan kuesioner daya terima ke pasien rawat inap sesuai dengan kriteria sampel 7. Rekap kuesioner daya terima 8. Analisa hasil daya terima 9. Hal-hal yang perlu diperhatikan   Pengisian dilakukan oleh ahli gizi jika pasien dan keluarga tidak bisa mengisi | | |
| Unit terkait | Ruang Rawat Inap, Instalasi Gizi | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RSUD dr. Murjani  JL. HM.Arsyad No.065 Sampit | **PENANGANAN KELUHAN PASIEN TERHADAP PELAYANAN GIZI** | | |
| No. Dokumen :  ……….../SPO/GIZI/P05/  RSUD-DM/2018 | No. Revisi : | Halaman :  1/1 |
| **STANDAR**  **PROSEDUR**  **OPERASIONAL** | Tanggal Terbit :  08 JANUARI 2018 | Ditetapkan Oleh  Direktur,  dr. Denny Muda Perdana, Sp. Rad  NIP. 19621121 199610 1 001 | |
| Pengertian | 1. Penanganan keluhan pasien adalah suatu proses, tata cara atau tahapan penyelesaian keluhan pasien terhadap pelayanan gizi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit melalui bagian Humas. 2. Keluhan pasien adalah masukan, saran, keluhan, komplain dari pasien dan atau keluarganya baik yang berupa tertulis maupun lisan. | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah pelaksanaan penanganan keluhan pasien/keluarganya sehingga setiap keluhan yang masuk dapat dikoordinir untuk ditangani dengan baik. | | |
| Kebijakan | 1. Surat Keputusan Direktur Rumah sakit dr.Murjani Sampit Nomor......./PER/DIR/P05/I/2018 tentang Kebijakan Pelayanan dan Asuhan Pasien. 2. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dr.Murjani Sampit Nomor......./KPTS/DIR/P05/RSUD-DM/I/2018 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi. | | |
| Prosedur | 1. Instalasi Gizi menerima keluhan dari pasien/keluarga pasien melalui perawat ataupun bagian Humas. 2. Jika keluhan pasien tersebut disampaikan melalui bagian Humas, maka Instalasi Gizi meminta resume keluhan tersebut dalam formulir keluhan pasien/keluarga yang dikirimkan langsung oleh Bagian Humas. 3. Instalasi Gizi menyusun kronologis peristiwa yang dimaksud. 4. Instalasi Gizi melalui Penanggung jawab Pelayanan Gizi / Kepala Instalasi Gizi memberi penjelasan pada pasien/keluarga sebagai tindak lanjut keluhan yang telah disampaikan. | | |
| Unit terkait | 1. Instalasi Gizi.  2. Bagian Humas.  3. Ruang Rawat Inap. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RSUD dr. Murjani  JL. HM.Arsyad No.065 Sampit | **PENCATATAN DAN PELAPORAN KESALAHAN MEMBERIKAN PELAYANAN GIZI** | | |
| No. Dokumen :  ……….../SPO/GIZI/P05/  RSUD-DM/2018 | No. Revisi : | Halaman :  1/1 |
| **STANDAR**  **PROSEDUR**  **OPERASIONAL** | Tanggal Terbit :  08 JANUARI 2018 | Ditetapkan Oleh  Direktur,  dr. Denny Muda Perdana, Sp. Rad  NIP. 19621121 199610 1 001 | |
| Pengertian | Pencatatan dan pelaporan kesalahan memberikan pelayanan gizi adalah kegiatan pelayanan gizi yang dilakukan tidak sesuai dengan prosedur ataupun standar yang telah ditetapkan | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan pencatatan dan pelaporan kesalahan dalam memberikan pelayanan gizi guna membentu analisa mengenai kesalahan sehingga mempermudah pengambilan langkah-langkah pencegahan dan tindak lanjut | | |
| Kebijakan | 1. Surat Keputusan Direktur Rumah sakit dr.Murjani Sampit Nomor....../PER/DIR/P05/I/2018 tentang Kebijakan Pelayanan dan Asuhan Pasien 2. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dr.Murjani Sampit Nomor....../KPTS/DIR/P05/RSUD-DM/I/2018 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi | | |
| Prosedur | 1. Catat setiap kesalahan pelayanan gizi yang dilaporkan ke Instalasi Gizi 2. Pencatatan dan pelaporan dilakukan oleh kepala Instalasi Gizi 3. Pencatatan dilakukan pada laporan pencatatan kesalahan 4. Jika diperlukan kronologis mengenai kesalahan yang lengkap, dibuat di kertas tersendiri yang dilampirkan dalam laporan 5. Laporan pencatatan kesalahan dilaporkan ke Direktur Pelayanan secara periodik | | |
| Unit terkait | 1. Kepala Instalasi Gizi  2. Bidang Penunjang Medik | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RSUD dr. Murjani  JL. HM.Arsyad No.065 Sampit | **BIMBINGAN PRAKTEK KERJA LAPANGAN (PKL) MAHASISWA DAN SISWA** | | |
| No. Dokumen :  ……….../SPO/GIZI/P05/  RSUD-DM/2018 | No. Revisi : | Halaman :  1/1 |
| **STANDAR**  **PROSEDUR**  **OPERASIONAL** | Tanggal Terbit :  08 JANUARI 2018 | Ditetapkan Oleh  Direktur,  dr. Denny Muda Perdana, Sp. Rad  NIP. 19621121 199610 1 001 | |
| Pengertian | Bimbingan praktek kerja lapangan mahasiswa dan siswa adalah tata cara untuk memberikan arahan kepada mahasiswa dan siswa untuk melaksanakan praktek kerja lapangan di Instalasi Gizi. | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam memberikan bimbingan kepada mahasiswa dan siswa yang sedang melaksanakan praktek kerja lapangan di Instalasi Gizi. | | |
| Kebijakan | 1. Surat Keputusan Direktur Rumah sakit dr.Murjani Sampit Nomor....../PER/DIR/P05/I/2018 tentang Kebijakan Pelayanan dan Asuhan Pasien. 2. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dr.Murjani Sampit Nomor....../KPTS/DIR/P05/RSUD-DM/I/2018 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi | | |
| Prosedur | 1. Susun jadwal praktek kerja lapangan (PKL) untuk  mahasiswa/siswa.  2. Berikan pengarahan dan penjelasan mengenai jadwal PKL, tata tertib dan aturan yang berlaku di Rumah Sakit, serta materi yang perlu dipelajari dan dikumpulkan.  3. Lakukan orientasi dan perkenalan di Ruang Rawat Inap dan staff Instalasi Gizi.  4. Bimbing mahasiswa/siswa pada saat PKL berlangsung.  5. Laksanakan diskusi dengan mahasiswa/siswa PKL pada waktu yang telah ditentukan.  6. Bimbing dan koreksi pembuatan laporan studi kasus atau laporan hasil PKL dari mahasiswa/siswa PKL.  7. Presentasikan hasil laporan PKL untuk mendapatkan koreksi dari pembimbing lapangan dan Bagian Diklat Rumah Sakit.  8. Evaluasi hasil presentasi studi kasus mahasiswa PKL.  9. Lakukan revisi akhir dan kumpulkan hasil laporan PKL. | | |
| Unit terkait | 1. Instalasi Gizi.  2. Bagian Diklat. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RSUD dr. Murjani  JL. HM.Arsyad No.065 Sampit | **PENGUKURAN KETEPATAN WAKTU DISTRIBUSI MAKAN PASIEN** | | |
| No. Dokumen :  ……….../SPO/GIZI/P05/  RSUD-DM/2018 | No. Revisi : | Halaman :  1/1 |
| **STANDAR**  **PROSEDUR**  **OPERASIONAL** | Tanggal Terbit :  08 JANUARI 2018 | Ditetapkan Oleh  Direktur,  dr. Denny Muda Perdana, Sp. Rad  NIP. 19621121 199610 1 001 | |
| Pengertian | Pengukuran ketepatan waktu distribusi makan pasien adalah tata cara pengumpulan data tentang kesesuaian waktu pemberian makan untuk pasien dengan jadwal distribusi makanan yang ditetapkan. | | |
| Tujuan | Sebagai acuan pelaksanaan pengukuran sasaran mutu Instalasi Gizi mengenai ketepatan waktu distribusi makan pasien. | | |
| Kebijakan | 1. Surat Keputusan Direktur Rumah sakit dr.Murjani Sampit Nomor……/PER/DIR/P05/I/2018 tentang Kebijakan Pelayanan dan Asuhan Pasien 2. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dr.Murjani Sampit Nomor……/KPTS/DIR/P05/RSUD-DM/I/2018 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi. | | |
| Prosedur | 1. Pramusaji mendistribusikan makanan pasien pada jadwal distribusi yang telah ditetapkan, sebagai berikut : 2. Makan Pagi + Ekstra : Pukul 06.00 3. Snack Pagi : Pukul 09.30 4. Makan Siang : Pukul 12.00 5. Snack Sore : Pukul 15.30 6. Makan Malam : Pukul 18.00 | | |
| Unit terkait | Instalasi Gizi, Ruang Rawat Inap | | |

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**

**DIKLAT LITBANG GIZI**

****

**RSUD Dr.MURJANI SAMPIT**

**PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR**