



PANDUAN DOKUMEN TATA NASKAH

**RUMAH SAKIT UMUM
AISYIYAH ST.KHADIJAH
2019**

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Warohmatullah Wabarokatuh

Pedoman Umum Tata Naskah dilingkungan RSU 'Aisyiyah St.Khadijah Pinrang. Salah satu komponen penting dalam ketatalaksanaan Dokumen RSU Aisyiyah St.Khadijah Pinrang penamaan lembaga, singkatan administrasi umum meliputi tata naskah dan akronim, kearsipan dan tata usaha perkantoran penamaan Lembaga.

Dalam panduan ini, akan kami susun naskah-naskah yang dirumuskan berupa regulasi:Peraturan Direktur, Keputusan Direktur, Standar Prosedur Operasional yang di sesuaikan dengan panduan penyusunan dokumen akreditasi.

Pinrang,

2019

Tim Akreditasi :

1. dr. Syamsir Usman,MARS
2. dr. Makbul Tapa,M.Kes
3. Isyayu Nugrahwaty Waris,S.Pd

PANDUAN PENYUSUNAN DOKUMEN DI RSU AISYIYAH ST.KHADIJAH

SISTEMATIKA

i DEFINISI

ii DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang
B. Maksud dan Tujuan
C. Ruang Lingkup
D. Pengertian

BAB II TATA NASKAH DOKUMEN
A. Prinsip Penyusunan Dokumen
B. Jenis dan Format Dokumen
C. Sistem Penomoran Dokumen

BAB III PENYUSUNAN KONSEP

BAB IV FORMAT BLANGKO

BAB V PENUTUP

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam upaya mewujudkan visi RSUD Aisyiyah St.Khadijah “menjadi rumah sakit pilihan utama masyarakat Pinrang”. Peningkatan kualitas pelayanan di RSUD Aisyiyah St.Khadijah harus selalu diupayakan. Hal tersebut karena RS dengan pelayanan yang baik akan menjadi tempat yang baik pula untuk menjadi Rumah sakit pilihan utama.

Panduan ini disusun dengan mengacu pada assessmen akreditasi Rumah Sakit Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Edisi September Tahun 2011 dan *Joint Commission International* (JCI) Edisi keempat Tahun 2011.

B. Maksud dan Tujuan

1. Maksud :

- digunakan sebagai acuan bagi para pegawai di lingkungan RSUD Aisyiyah St.Khadijah dalam menyusun tata naskah yg sesuai dengan standar Akreditasi, sehingga dicapai kesamaan pengertian dalam penatalaksanaan sistem pendokumentasian.

2. Tujuan :

Pedoman Penyusunan Dokumen Regulasi di Rumah Sakit Aisyiyah St.Khadijah bertujuan untuk menyeragamkan penatalaksanaan sistem dokumen/naskah dan memudahkan dalam pengendalian dokumen/ naskah di RSUD Aisyiyah St.Khadijah, serta mendukung tertib administrasi pelaksanaan tugas pokok dan fungsi organisasi.

C. Azas

Penyusunan dokumen di RSUD Aisyiyah St.Khadijah menganut asas tata naskah dinas, yaitu :

1. Efektif dan Efisien

Penyusunan Dokumen di RSUD Aisyiyah St.Khadijah dilakukan secara efektif dan efisien dalam penulisan, penggunaan bahasa Indonesia yang baik, benar, dan lugas, serta dalam penerapannya.

2. Baku

Dokumen diproses dan disusun menurut tata cara dan bentuk yang telah dibakukan, sejak proses penyusunan hingga penerapannya di lapangan.

3. Pertanggungjawaban

Penyusunan dokumen dapat di pertanggungjawabkan dari segi prosedur, kewenangan, dan keabsahan.

4. Saling terkait

Kegiatan penyusunan dokumen di Rumah Sakit Aisyiyah St.Khadijah saling terkait dengan penatalaksanaan ketatausahaan

5. Aman

Dokumen di Rumah Sakit Aisyiyah St.Khadijah harus aman secara fisik dan substansi/isi, serta terkendali sejak proses penyusunan, pengabsahan, pendistribusian, pemberkasan, hingga pengarsipan.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Pedoman Penyusunan Dokumen di Rumah Sakit Aisyiyah St.Khadijah ini meliputi peraturan tentang prinsip, tata naskah, jenis, format, prosedur, sistem penomoran, dan pendistribusian dokumen di Rumah Sakit Aisyiyah St.Khadijah, serta identitas unit kerja.

E. Pengertian

1. Akreditasi adalah pengakuan terhadap suatu lembaga yang diberikan oleh badan yang berwenang setelah dinilai bahwa lembaga itu memenuhi syarat kebakuan atau kriteria tertentu.
2. Bahasa Indonesia yang baik dan benar adalah bahasa Indonesia yang digunakan sesuai dengan konteks situasinya dan sekaligus sesuai pula dengan kaidahnya. Kaidah bahasa baku meliputi tata tulis (ejaan), tata bentukan kata dan pilihan kata, tata kalimat, maupun tata paragraph.
3. Peraturan adalah naskah yang berlaku dan mengikat secara umum, bersifat mengatur.
4. Keputusan naskah dinas yang memuat kebijakan yang bersifat menetapkan, tidak bersifat mengatur.
5. Kebijakan adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak (tentang pemerintahan, organisasi, dsb); pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip, atau maksud sebagai garis pedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran; garis haluan.
6. Identitas unit kerja adalah kode yang menunjukkan nama unit kerja dilingkungan RS, yang susunannya mengacu pada Susunan Organisasi dan Tata Kerja RS sesuai Peraturan.
7. Format adalah bentuk dan ukuran naskah yang menggambarkan susunan redaksional, termasuk tata letak dan penggunaan lambang, logo, dan cap dinas.
8. Panduan adalah petunjuk dalam melakukan kegiatan (hanya mengatur sesuai ketentuan).
9. Pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, atau hal pokok yang menjadi dasar (pegangan, petunjuk, dsb) untuk menentukan atau melaksanakan sesuatu.
10. Prosedur adalah tahap kegiatan untuk menyelesaikan suatu aktivitas, atau metode langkah demi langkah secara pasti dalam memecahkan suatu masalah.
11. Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja

rutin tertentu, atau langkah yang benar dan terbaik berdasarkan kesepakatan bersama dalam melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

12. Panduan Praktik Klinis (PPK) adalah bentuk SPO untuk standar pelayanan kedokteran, yang disusun oleh staf medis dan dikoordinasikan oleh Komite Medis.

F. Produk hukum

- Peraturan Direktur
- Keputusan Direktur
- Instruksi Direktur
- Surat edaran Direktur
- SPO
- Perjanjian

BAB II

TATA NASKAH DOKUMEN

A. Prinsip Penyusunan dokumen memperhatikan prinsip :

1. SEDERHANA: Tidak berbelit, jelas, teliti, tepat, akurat, singkat , lengkap
2. TERAPAN : Tidak teoritis (*nice to know*), Logis dan meyakinkan, Praktis tetapi tetap ilmiah dan disusun mengikuti aturan yang berlaku, serta sudah biasa dilaksanakan di lapangan

B. Jenis dan format Dokumen

1. Surat Keputusan:

1. Pengertian

Adalah naskah yang bersifat mengarahkan /mengatur, memuat kebijakan pokok, bersifat umum dan dapat merupakan dasar bagi penyusunan naskah dinas lainnya.

2. Susunan

1) Judul / kepala

- Kop Surat Dinas
- Kata **keputusan** dan **nama jabatan** pejabat yang menetapkan ditulis simetris di tengah margin dengan huruf kapital (bold).
- **Nomor** keputusan ditulis simetris ditengah halaman (center) dengan menggunakan huruf kapital (bold).
- Kata penghubung **tentang** ditengah margin (center) dengan menggunakan huruf kapital (bold).
- **Judul keputusan ditulis** ditengah margin (center) dengan menggunakan huruf kapital (bold).
- Nama jabatan pejabat yang menetapkan keputusan ditulis simetris di tengah dengan huruf kapital (bold).

(KOP SURAT DINAS)
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT XXX
NOMOR.....
TENTANG
HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN
DIREKTUR RUMAH SAKIT XXX

2) Pembukaan

A. Pembukaan keputusan terdiri dari hal-hal berikut:

- a. Frase “ **DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**” ditulis seluruhnya dengan huruf kapital yang diletakkan di tengah margin.
- b. Nama jabatan pejabat yang menetapkan keputusan ditulis seluruhnya dengan huruf kapital yang diletakkan di tengah margin dan diakhiri dengan tanda baca koma(,).
- c. Konsiderans diawali dengan kata “**menimbang**”
 - 1) Konsiderans memuat uraian singkat mengenai pokok – pokok pikiran yang menjadi latar belakang dan alasan pembuatan Keputusan.
 - 2) Pokok-pokok pikiran dan konsiderans memuat unsur yuridis, dan sosiologis yang menjadi latar belakang pembuatannya.
 - 3) Pokok-pokok pikiran yang hanya menyatakan bahwa keputusan dianggap perlu untuk dibuat adalah kurang tepat karena tidak mencerminkan tentang latar belakang dan alasan dibuatnya peraturan.
 - 4) Jika konsiderans memuat lebih dari satu pokok pikiran dirumuskan dalam rangkaian kalimat yang merupakan kesatuan pengertian.
 - 5) Tiap-tiap pokok pikiran diawali dengan huruf abjad dan dirumuskan dalam satu kalimat yang diawali dengan kata “bahwa” dan diakhiri dengan tanda baca titik koma (;).
- d. Dasar hukum diawali dengan kata “**mengingat**”
 - 1) Dasar hukum memuat dasar kewenangan pembuatan Keputusan.
 - 2) Peraturan perundang-undangan yang digunakan sebagai dasar hukum hanya peraturan perundang-undangan yang tingkatannya sama atau lebih tinggi.
 - 3) Jika jumlah peraturan perundang-undangan yang dijadikan dasar hukum lebih dari satu, urutan pencantuman perlu memperhatikan tata urutan peraturan perundang – undangan dan jika tingkatannya sama disusun secara kronologis berdasarkan saat pengundangan atau penetapannya.
 - 4) Undang – undang dan peraturan pemerintah perlu dilengkapi dengan pencantuman (lembaga Negara) yang diletakkan diantara tanda baca kurung.

e. Diktum terdiri dari :

- 1) Kata “MEMUTUSKAN” yang tertulis seluruhnya dengan huruf kapital tanpa spasi diantara suku kata dan diakhiri dengan tanda baca titik dua(:)serta diletakkan di tengah margin.
- 2) Kata “menetapkan” yang dicantumkan sesudah kata “memutuskan” disejajarkan dengan kata “menimbang” dan “mengingat” huruf awal kata “Menetapkan” ditulis dengan huruf capital dan diakhiri dengan tanda baca titik dua (:).

3. Batang tubuh

Bagian batang tubuh keputusan terdiri dari :

- a) Semua substansi peraturan perundang-undangan yang dirumuskan dalam pasal-pasal;
- b) Substansi pada umumnya dikelompokkan ke dalam:
 - (1) ketentuan umum;
 - (2) materi pokok yang diatur;
 - (3) ketentuan sanksi(jika diperlukan)
 - (4) ketentuan peralihan (jika diperlukan);
 - (5) ketentuan penutup.

4. Penutup

Bagian kaki terdiri dari:

- a) Tempat (kota sesuai dengan alamat instansi) dan tanggal penetapan keputusan;
- b) Nama jabatan pejabat yang menetapkan, ditulis dengan huruf capital, dan diakhiri dengan tanda baca koma;
- c) Tanda tangan pejabat yang menetapkan keputusan;
- d) Nama lengkap pejabat yang menandatangani keputusan, ditulis dengan huruf kapital, tanpa mencatumkan gelar.

5. Pengabsahan

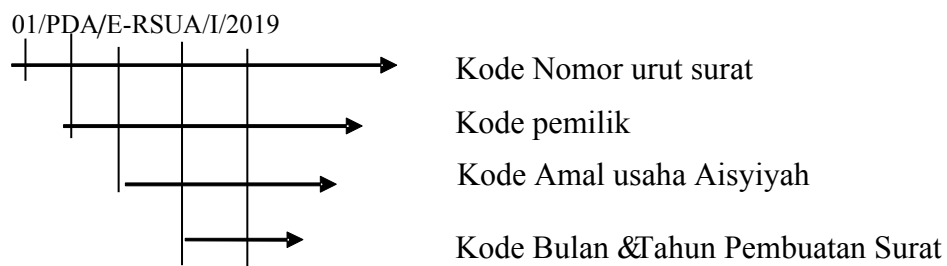
- a) Pengabsahan merupakan suatu pernyataan sebelum digandakan dan didistribusikan dengan sah, suatu peraturan telah dicatat dan diteliti sehingga dapat diumumkan oleh pejabat yang bertanggung jawab di Kabag Tata Usaha RSU.
- b) Pengabsahan dicantumkan dibawah ruang tanda tangan sebelah kiri bawah, yang terdiri kata “ salinan sesuai dengan aslinya” serta dibubuhi tanda tangan pejabat yang berwenang dan cap instansi yang bersangkutan, serta di cap ‘TERKENDALI’

6. Distribusi

Peraturan yang telah ditetapkan didistribusikan kepada yang berkepentingan oleh (Tim Akreditasi Rumah Sakit) di RSU.

7. Hal yang perlu diperhatikan

- a) Naskah asli dan salinan peraturan yang diparaf harus disimpan sebagai pertinggal.
- b) Penomoran peraturan terdiri dari tulisan “NOMOR” nomor naskah (nomor urut dalam satu tahun berjalan), tulisan “TAHUN” dengan huruf kapital, dan tahun terbit.
- c) Nomor halaman ditulis dengan menggunakan nomor urut angka arab dan dicantumkan secara simetris di pojok bawah hubung (-) sebelum dan sesudah nomor, kecuali halaman pertama naskah dinas yang menggunakan kop naskah dinas tidak perlu mencantumkan nama halaman.
- d) contoh penomoran Surat Keputusan Direktur : **01/PDA/E-RSUA/I/2019**
 - tulisan yang warna merah berubah sesuai dengan nomor, bulan dan tahun persuratan
 - tulisan warna hitam tetap tertulis di persuratan



- e) setiap pedoman/panduan sebaiknya dilakukan evaluasi minimal 2-3 tahun sekali (ditulis di SK)
- f) Tata cara Penulisan Surat Keputusan (SK) :
 - Ukuran Kertas : A4
 - Judul huruf besar Menggunakan huruf font Arial : 12
 - Menggunakan huruf Font Arial : 11
 - Margin kiri : 3
 - Margin kanan : 3
 - Margin Atas : 3
 - Margin Bawah : 3
 - Ukuran kertas : A4
 - Ukuran spasi : 1,0
- g) Surat Keputusan disimpan dilembar kedua setelah sampul panduan atau pedoman.

h) Untuk penomoran dokumen setiap awal tahun nomor dokumen diawali dengan nomor satu.

g) untuk lembar lampiran Surat Keputusan :

Lampiran : Surat Keputusan tentang.....

Nomor :(nomor sesuai surat Keputusan

2. Pedoman

a. Pengertian

Pedoman adalah naskah dinas yang memuat acuan yang bersifat umum dilingkungan instansi pemerintah yang perlu dijabarkan ke dalam petunjuk operasional/ teknis dan penerapannya disesuaikan dengan karakteristik instansi/ organisasi yang bersangkutan

b. Susunan

1) Lembar pemisah

Lembar pemisah terdiri dari :

- a) Logo dan nama jabatan pimpinan tertinggi instansi yang diletakkan secara simetris.
- b) Tulisan lampiran peraturan, nomor, tentang dan nama pedoman ditulis dengan huruf capital secara simetris, dan dicantumkan diantara peraturan dan lampiran peraturan yang berupa pedoman.

2) Lembar Lampiran

- a) Logo instansi yang diletakkan secara simetris.
- b) Tulisan lampiran peraturan, nomor, tentang dan nama pedoman ditulis dengan huruf capital disebelah kanan.
- c) Tulisan nama pedoman ditulis dengan huruf capital secara simetris
- d) Sitematika penulisan (outline) diletakkan rata kiri. Judul bab ditulis dengan huruf capital, sementara untuk judul sub-bab huruf kapital hanya pada huruf awal setiap kata.

Logo RS



3) Kepala

Bagian kepala pedoman terdiri dari:

- a) Tulisan pedoman, yang dicantumkan di tengah atas ditulis dengan huruf capital.
- b) Judul pedoman yang ditulis secara simetris dengan huruf capital.

4) Batang tubuh

Pendahuluan yang berisi latar belakang/ dasar pemikiran/ maksud, tujuan/ ruang lingkup/ tata urutan, dan pengertian.

- a) Materi pedoman
- b) Penutup, yang terdiri dari hal yang harus diperhatikan, penjabaran lebih lanjut, dan alamat pembuat pedoman yang ditujukan kepada para pembaca/ pengguna atau mereka yang akan menyampaikan saran penyempurnaan.

Daftar Isi Panduan Pelayanan RS

BAB I	DEFINISI
BAB II	RUANG LINGKUP
BAB III	TATA LAKSANA
BAB IV	DOKUMENTASI

Daftar Isi Pedoman pengorganisasian RS, batang tubuh terdiri dari :

BAB I	PENDAHULUAN
BAB II	GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT
BAB III	VISI, MISI, NILAI, MOTO RUMAH SAKIT
BAB IV	STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT
BAB VI	TATA HUBUNGAN KERJA
BAB VII	POLA KETENAGAKERJAAN DAN KUALIFASI PERSONEL
BAB VIII	PROGRAM ORIENTASI
BAB IX	PERTEMUAN/ RAPAT
BAB X	PELAPORAN
	1. Laporan Harian
	2. Laporan Bulanan
	3. Laporan Tahunan
BAB XI	PENUTUP

Daftar Isi Pedoman pengorganisasian Unit Kerja, batang tubuh terdiri dari:

BAB I	PENDAHULUAN
BAB II	GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT
BAB III	VISI, MISI, NILAI, MOTO RUMAH SAKIT
BAB IV	STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT
BAB V	STRUKTUR ORGANISASI UNIT KERJA
BAB VI	URAIAN JABATAN ▪ Persyaratan Jabatan ▪ Uraian Tugas ▪ Wewenang
BAB VII	TATA HUBUNGAN KERJA
BAB VIII	POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONEL
BAB IX	KEGIATAN ORIENTASI
BAB X	PERTEMUAN/ RAPAT
BAB XI	PELAPORAN 1. Laporan Harian 2. Laporan Bulanan 3. Laporan Tahunan

Daftar Isi Pedoman Pelayanan Unit Kerja, batang tubuh terdiri atas

BAB I	PENDAHULUAN 1. Latar Belakang 2. Tujuan Pedoman 3. Ruang Lingkup Pelayanan 4. Batasan Operasional 5. Landasan Hukum
BAB II	STANDAR KETENAGAAN 1. Kualifikasi Sumber Daya Manusia 2. Distribusi Ketenagaan 3. Pengaturan Jaga
BAB III	STANDAR FASILITAS 1. Denah Ruangan 2. Standar Fasilitas

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

5) Penutup :

Bagian kaki pedoman terdiri dari :

- a) Nama jabatan pejabat yang menandatangani, ditulis dalam huruf kapital dan diakhiri dengan tanda baca koma
- b) Tanda tangan
- c) Nama lengkap, ditulis dengan huruf kapital,

6) Hal yang diperhatikan

- a) Mengingat pedoman merupakan lampiran peraturan, penomoran Pedoman Sama dengan penomoran Peraturan yang mengantarkannya. Penomoran Pedoman dituangkan dalam lembar pemisah. Susunan nomor terdiri dari tulisan “NOMOR” nomor naskah (nomor urut dalam satu tahun berjalan), tulisan “TAHUN” dengan huruf kapital, dan tahun terbit.
- b) Nomor halaman ditulis dengan menggunakan nomor urut angka arab dan dicantumkan secara simetris di tengah atas dengan menggunakan tanda hubung (-)sebelum dan setelah nomor, kecuali halaman pertama naskah dinas yang menggunakan kop naskah dinas tidak perlu mencantumkan nomor halaman.

7) Tata cara Penulisan Panduan/Pedoman

- Logo untuk sampul ukuran 5 diameter (contoh format)
- Ukuran Kertas : A4
- Ukuran huruf Judul Arial 14 (BAB, judul BAB)
- Menggunakan huruf Font Arial : 11
- Margin kiri : 3
- Margin kanan : 3
- Margin Atas : 3
- Margin Bawah : 3
- Ukuran kertas : A4
- Ukuran spasi : spasi 1,0

8) Nomor halaman di sebelah kanan bawah.

- 9) Di lembar kata Pengantar ditulis nama-nama Tim Penyusun.
10. Daftar isi di halaman 3 untuk pedoman dan Panduan.

Sampul : - Skuran Logo diameter 5
 - Logo di bagian atas tengah
 - Ukuran huruf sampul Arial 26

Susunan Panduan dan Pedoman : - Sampul
 -SK
 -Kata pengantar
 -Daftar isi (susunan sesuaikan dengan daftar isi)
 - nomor halaman sebelah kanan bawah

PEDOMAN KERJA

BAB I :PENDAHULUAN

- A. LATAR BELAKANG
- B. TUJUAN UMUM DAN TUJUAN KHUSUS
- C. TUGAS POKOK
- D. KEANGGOTAAN
- E. LANDASAN HUKUM

BAB II : PENGORGANISASIAN KOMITE / TIM/ PANITIA

- A. VISI, MISI DAN FALSAFAH, NILAI
- B. STRUKTUR ORGANISASI
- C. URAIAN TUGAS, TANGGUNG JAWAB, WEWENANG DAN PERAN

BAB III : SARANA DAN PRASARANAN PENUNJANG

- A. SARANA KESEKRATARIATAN
- B. DUKUNGAN MANAJEMEN
- C. KEBIJAKAN DAN PROSEDUR (SPO)
- D. PENGEMBANGAN DAN PENDIDIKAN

BAB IV : KEGIATAN DAN RINCIAN KEGIATAN

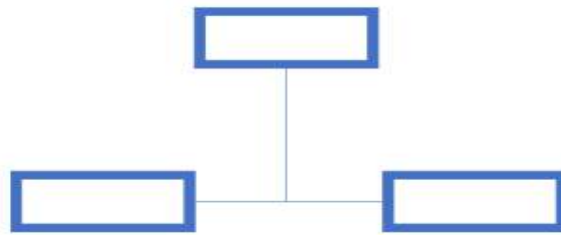
- A. KEGIATAN
- B. RINCIAN KEGIATAN

BAB V : MONITORING, EVALUASI DAN PELAPORAN

- A. MONITORING
- B. EVALUASI
- C. PELAPORAN

BAB VI : PENUTUP

URAIAN JABATAN



Nama Jabatan

Uraian Jabatan

- **Persyaratan Jabatan**
- **Uraian Tugas**
- **Tanggung Jawab**
- **Wewenang**

3. Surat Biasa

- Kop surat lengkap
- Tempat dan tanggal Hijriah dan masehi diketik sebelah kanan
contoh Pinrang, 22 Dzulqaidah 1440 H
25 Juli 2019 M
- Kepada Yth diketik sebelah kiri
- Tujuan surat di ketik “di tempat”
- Ketik kata pembuka “Assalamu Alaikum warahmatullahi wabarakatuh”
- Kemudian ketik “ Dengan Hormat”
- Isi Surat
- Ketik kata penutup : “Walaikum salam warahmatullahi wabarakatu”
- Nama Direktur diketik sebelah kanan tanpa garis bawah.

Contoh : Direktur

dr. Syamsir Usman, MARS

NIK :092018.1.104

- Tembusan di ketik sebelah kiri
- Nama RS yang digunakan : RSU ‘Aisyiyah St. Khadijah Kabupaten Pinrang

- Untuk singkatan RS hanya di Pedoman/Panduan : RSU 'Aisyiyah St.Khadijah Pinrang.

**Daftar Identitas Unit Kerja di Lingkungan RSU Aisyiyah St.Khadijah Pinrang
adalah sebagai berikut:**

- A Direktur
- A01 Komite Medik
- A02 Komite Etik dan Hukum
- A03 Komite Mutu dan Kesehatan dan Keselamatan Kerja
- A05 Satuan Pemeriksaan Intern
- A06 Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit
- A07 Komite Keperawatan
- B Direktorat Pelayan dan Penunjang Medis
- B01 Bidang Seksi Pelayanan Medik
- B02 Bidang Seksi Penunjang Medik
- B03 Farmasi
- B04 Gawat Darurat
- B05 Rawat Inap
- B06 Kamar Bedah
- B07 Rawat Kamar Bersalin
- B08 Kamar Nifas
- B09 Gizi
- B10 Kesehatan lingkungan
- B11 UPRS
- B12 Laboratorium
- B13 *Unit Central Sterile Supply Departement (CSSD)*
- B14 Unit Kamar Bedah
- B15 Unit Rekam Medis
- B16 Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- B19 Rawat Jalan
- B19.1 Bagian Penyakit Dalam
- B19.2 Bagian Anak
- B19.3 Bagian Bedah
- B19.4 Bagian Saraf
- B19.5 Bagian THT
- B19.6 Bagian Mata
- B19.7 Bagian Kandungan dan Kebidanan
- B19.8 Bagian KIA

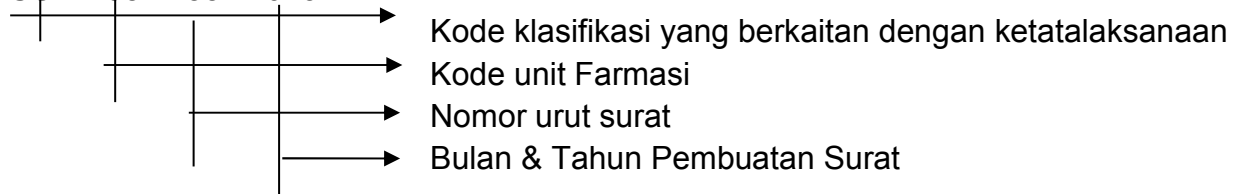
Tim / Panitia RSU Aisyiyah St.Khadijah Pinrang

C01 Tim Binroh
C02 Tim RM
C03 Tim PONEK
C04 Tim TB/HIV
C05 Tim PPRA
C06 Tim Geriatri

Penomoran Dokumen.

Contoh penomoran Panduan unit kerja:

RSUA/B08/1788/I/2013



Identitas kelompok standar sebagaimana asesmen akreditasi rumah sakit versi KARS danyaitu:

- 01 Sasaran Internasional Keselamatan Pasien (SKIP) atau *International Patient Safety Goals* (IPSG)
- 02 Akses ke Perawatan dan Kesiambungan Keperawatan (APKP) atau *Access to Care and Continuity of Care* (ACC)
- 03 Hak Pasien dan Keluarga (HPK) atau *Patient and Family Rights* (PFR)
- 04 Asesmen Pasien (AP) atau *Assesment of Patient*
- 05 Perawatan Pasien (PP) atau *Care of Patient*
- 06 Perawatan Anestesi dan Bedah (PAB) atau *Anesthesia and Surgical Care* (ASC)
- 07 Manajemen dan Penggunaan Obat-obatan (MPO) atau *Medication Management and Use*
- 08 Penyuluhan Pasien dan Keluarga Pasien (PPKP) atau *Patient and Family Education* (PFE)
09. Perbaikan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) atau *Quality Improvement and Patient Safety* (QPS)
13. Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI) atau *Prevention and Control of Infection* (PCI)
14. Tata Kelola, kepemimpinan, dan Arah (TKKA) atau *Governance, Leadership, and Direction* (GLD)
- 12 Manajemen dan Keamanan Fasilitas (MKF) atau *Facility Management and Safety* (FMS)
- 13 Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS) atau *Staff Qualifications and Education* (SQE)

- 14 Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) atau Management of Communication and Information (MCI)
- 15 Sasaran Millenium Development Goals (SMDG's)
- e. Nomor urut prosedur tetap ialah identitas spesifik atas dokumen SPO yang diterbitkan

3. Standar Prosedur Operasional (SPO)

Berdasarkan Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi Edisi Tahun 2012 yang diterbitkan oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), selaku Lembaga Akreditasi yang diberi kewenangan oleh Menteri Kesehatan RI untuk melakukan penilaian dan memberikan pengakuan atas standar penyelenggaraan rumah sakit di Indonesia,

- a. Pengertian
Suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.
- b. Tujuan
Agar berbasis proses kerja rutin terlaksanan dengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

format SPO disusun sbb :

a. Kepala

Bagian kepala SPO berupa kotak *heading* yang berisi delapan kotak, terdiri dari :

- 1. Logo dan nama rumah sakit.
- 2. Judul SPO, diberi judul/nama SPO sesuai proses kerjanya: "Prosedur....." untuk SPO nonmedis atau "Panduan Praktik Klinik" untuk SPO medis.
- 3. Nomor dokumen, diisi dengan nomor SPO sebagaimana ketentuan.
- 4. Nomor revisi, diisi dengan satu revisi. Untuk SPO baru diberi nomor 00, revisi pertama nomor 01, dan seterusnya.
- 5. Halaman, diisi nomor halaman dan mencantumkan pula total halaman SPO dimaksud. Halaman pertama dari total lima halaman ditulis dengan 1/5, halaman kedua ditulis dengan 2/5, halaman kelima ditulis dengan 5/5.
- 6. Tulisan "Standar Prosedur Operasional" ditulis dengan huruf kapital secara simetris.
- 7. Tanggal terbit dokumen, diisi dengan tanggal diberlakukannya SPO dimaksud.
- 8. Pengabsahan dokumen oleh pimpinan tertinggi berupa tulisan "Ditetapkan:", pembubuhan tanda tangan Direktur dan nama pejabat Direktur yang diletakkan secara simetris. Tanda tangan hanya dicantumkan pada halaman pertama SPO.

Kotak *heading* dicetak pada setiap halaman. Untuk halaman pertama, kotak heading harus lengkap, untuk halaman berikutnya hanya memuat kotak 1) hingga kotak 5).

b. **Batang Tubuh**

1) **SPO nonmedis**

- a) **Pengertian:** berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian.
- b) **Tujuan:** berisi tujuan pelaksanaan SPO secara spesifik. Kata kunci: "Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk"
- c) **Kebijakan:** berisi kebijakan Direktur/Pimpinan RS yang mendasari pembuatan SPO dimaksud. Kebijakan memuat **apa** dan **mengapa** bukan judul atau nomor peraturan perundangannya. Kebijakan yang efektif haruslah: Rasional, Relevan, Wajar, direvisi bila diperlukan, Disosialisasikan dengan adekuat.
- d) **Prosedur:** bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu. **Setiap langkah kegiatan harus dinyatakan dengan kalimat perintah/ instruksi.(PERINTAH AKTIF UTK DILAKSANAKAN)!!!**
- e) **Unit Terkait:** berisi unit-unit yang terkait dalam proses kerja tersebut.
- f) **Dokumen Terkait:** berisi daftar peraturan perundangan, referensi, dan bukti tertulis rekaman kegiatan, seperti berkas rekam medis, formulir pemeriksaan, kuitansi, dll. yang terkait dengan SPO dimaksud.(**hanya ditulis judul kegiatannya, tdk dijabarkan isinya**)

2) **Panduan Praktik Klinis (SPO medis)**

Panduan Praktik Klinis memuat sekurang-kurangnya mengenai:

- a) **Pengertian**
- b) **Anamnesis**
- c) **Pemeriksaan Fisik**
- d) **Kriteria Diagnosis**
- e) **Diagnosis Banding**
- f) **Pemeriksaan Penunjang**
- g) **Terapi**
- h) **Edukasi**
- i) **Prognosis**
- j) **Kepustakaan**

c. **Penomoran SPO**

Penomoran SPO : Nomor urut/ RSUD/SPO/Bulan angka Romawi / Tahun

d. **Tata cara penyimpanan SPO**

- 1. SPO asli agar disimpan di sekretariat Tim Akreditasi RS , sesuai dengan kebijakan yang berlaku di RS tersebut tentang tata cara pengarsipan dokumen.
- 2. SPO foto copy disimpan dimasing-masing unit kerja dimana SPO tersebut dipergunakan. Bila SPO tersebut sudah tidak berlaku lagi karena direvisi maka

unit kerja wajib menhemmbalikan SPO yang sudah tidak berlaku tersebut ke sekretariat Tim Akreditasi sehingga yang di unit kerja hanya SPO yang berlaku saja. Tim akreditasi RS dapat memusnahkan fotocopy SPO yang tidak berlaku tersebut, namun untuk SPO nya yang asli agar tetap disimpan, dengan penyimpanan sesuai ketentuan dalam pengarsipan dokumen di RS.

e. Tata cara pendistribusian SPO

1. Distribusi harus memakai buku ekspedisi tanda terima.

f. Tata cara Evaluasi

1. Evaluasi SPO dilaksanakan sesuai kebutuhan dan maksimal 3 tahun sekali.
2. Evaluasi SPO dilakukan oleh masing-masing unit kerja yang dipimpin oleh kepala unit kerja.
3. Pergantian direktur maka tidak perlu direvisi.
4. Perbaikan/revisi perlu dilakukan bila:
 - Alur di SPO sudah tidak sesuai dengan keadaan yang ada
 - Adanya perkembangan IPTEK
 - Adanya perubahan organisasi atau kebijakan baru.
 - Adanya perubahan fasilitas.

Kotak *Heading* (kotak 1-8) → dicetak pada halaman pertama

Kotak *Heading* (kotak 1-5) → dicetak pada setiap halaman berikutnya

a) Kotak 1 (logo dan nama RS)

- Logo RS : logo RSU Aisyiyah St.Khadijah
- Nama RS: baris 1: Rumah Sakit Aisyiyah St.Khadijah
- baris 2 : kabupaten Pinrang
- Font : Arial 12
- Posisi : rata tengah (*center*)

b) Kotak 2 (judul SPO)

- Dimulai dengan kata PROSEDUR/ PANDUAN PRAKTIS KLINIS dilanjutkan dengan judul SPO
Contoh: **PROSEDUR PEMBUATAN LAPORAN OPERASI** atau **PANDUAN PRAKTIS KLINIS SECTIO CAESARIA**
Buka: PEMBUATAN LAPORAN OPERASI atau SPO PEMBUATAN LAPORAN OPERASI
- Huruf kapital, Arial (ukuran disesuaikan), *bold*, rata tengah

c) Kotak 3 (nomor SPO)

- Baris 1 : kata Nomor tidak diikuti tanda titik dua (:)
- Baris 2 : nomor SPO
- Font : Arial (ukuran disesuaikan)
- Posisi : rata tengah (*center*)

d) Kotak 4 (nomor revisi SPO)

- Baris 1 : kata Revisi tidak diikuti tanda titik dua (:)
- Baris 2 : nomor menggunakan angka dua digit, sesuai status revisi SPO tersebut. Untuk dokumen baru diberi nomor 00, dokumen revisi 01, dst.
- Font : Arial (ukuran disesuaikan)
- Posisi : rata tengah (*center*)

e) Kotak 5 (halaman)

- Baris 1 : kata Halaman tidak diikuti tanda titik dua (:)
- Baris 2 : diberi nomor dengan angka biasa (bukan angka romawi), angka pertama menunjukkan nomor halaman dimaksud, angka kedua menunjukkan jumlah total halaman, dipisahkan dengan tanda garis miring (/), contoh halaman kedua dari lima halaman ditulis 2/5.
- Font : Arial (ukuran disesuaikan)
- Posisi : rata tengah (*center*)

f) Kotak 6 (Prosedur Tetap)

- Diisi kata : STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
- Huruf kapital, Arial (ukuran disesuaikan), **bold**, rata tengah (*center*)

g) Kotak 7 (tanggal terbit)

- Baris 1 : kata Tanggal Terbit tidak diikuti tanda titik dua (:)
- Baris 2 : Tanggal SPO diterbitkan, sesuai dengan tanggal pemberlakuan SPO, tanggal ditulis dengan angka, bulan ditulis lengkap dengan huruf (bukan angka), dan tahun ditulis lengkap dengan angka empat digit. Contoh: 2 Maret 2010, bukan 02-03-2010
- Font : Arial (ukuran disesuaikan)
- Posisi : rata tengah (*center*)

h) Kotak 8 (Pengesahan)

Khusus untuk halaman pertama berlaku ketentuan:

- Baris 1 : kata Ditetapkan tidak diikuti tanda titik dua (:)
- Baris 2 : kata Direktur diikuti dengan tanda koma (,)
- Baris 3-6 → ruang tanda tangan
- Baris 7 : nama Direktur, ditulis lengkap dengan gelar sesuai ketentuan Ejaan Yang Disempurnakan (EYD) tanpa diberi garis bawah.
- Baris 8 : NBM/NIP Direktur, terdiri dari angka 18 digit, ditulis disambung, antara kata NBM/NIP dengan angka tidak dipisahkan dengan tanda titik dua (:)

Contoh: NIP

- Font : Arial (ukuran disesuaikan)
- Posisi : rata tengah (*center*)

1) Kotak Isi (kotak 9-20)

a) Kotak 9

- Ditulis : **PENGERTIAN**
- Huruf kapital, Arial 12, *bold*, rata kiri (*align text left*)

b) Kotak 10

- Berisi penjelasan dan/ atau definisi tentang isitilah yang mungkin sulit atau menyebabkan salah penegrtian
- Bila terdapat beberapa definisi, diawali nomor urut dengan angka 1,2,3, dst.
- Font Arial 12, *justify*.

c) Kotak 11

- Ditulis : **TUJUAN**
- Huruf kapital, Arial 12, *bold*, rata kiri (*align text left*)

d) Kotak 12

- Berisi tujuan pelaksanaan SPO secara spesifik
- Kata kunci: Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk
- Bila terdapat beberapa tujuan, diawali nomor urut dengan angka 1,2,3, dst.
- Font Arial 12, *justify*.

e) Kotak 13

- Ditulis : **KEBIJAKAN**
- Huruf kapital, Arial 12, *bold*, rata kiri (*align text left*)

f) Kotak 14

- Berisi kebijakan yang menjadi dasar dan garis besar dibuatnya SPO tsb.
- Bila terdapat beberapa kebijakan, diawali nomor urut dengan angka 1,2,3, dst.
- Font Arial 12, *justify*.

g) Kotak 15

- Ditulis : **PROSEDUR**
- Huruf kapital, Arial 12, *bold*, rata kiri (*align text left*)

h) Kotak 16

- Bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu,

staf/petugas yang berwenang, alat/formulir/fasilitas yang digunakan, waktu, frekuensi dalam proses kerja yang digunakan.

- Bila memungkinkan diuraikan secara lengkap unsur-unsur yang menyangkut unsur SIAPA, APA, DIMANA, KAPAN, dan BAGAIMANA (*who, what, where, when, how*)
- Langkah prosedur → diawali nomor urut dengan angka 1,2,3, dst.
- Font Arial 12, *justify*.

i) Kotak 17

- Ditulis : **UNIT TERKAIT**
- Huruf kapital, Arial 12, *bold*, rata kiri (*align text left*)

j) Kotak 18

- Berisi unit-unit kerja yang terkait dalam proses kerja ts.
- Bila terdapat beberapa unit kerja terkait, diawali nomor urut dengan angka 1,2,3, dst.
- Font Arial 12, *justify*.

k) Kotak 19

- Ditulis : **DOKUMEN TERKAIT**
- Huruf kapital, Arial 12, *bold*, rata kiri (*align text left*)

l) Kotak 20

- Berisi judul dokumen (SPO lain) yang terkait dengan proses kerja yang diuraikan dalam SPO tsb.
- Bila terdapat beberapa SPO terkait, diawali nomor urut dengan angka 1,2,3, dst.
- Font Arial 12, *justify*.

NAMA RS DAN LOGO	JUDUL SPO		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SPO	Tanggal terbit	Ditetapkan : Direktur RS	
PENGERTIAN			
TUJUAN			
KEBIJAKAN			
PROSEDUR			
UNIT TERKAIT			

g. **Penutup**

SPO harus merupakan *flow charting* dari suatu kegiatan yang menggambarkan dengan jelas tentang **siapa melakukan apa, dimana, dan kapan**. Penutup SPO (halaman terakhir) berisi *flow chart* dengan menggunakan simbol kegiatan sebagaimana pada program Visio,

4. Program

Pengertian program, antara lain:

- a. Sebuah rencana kegiatan/pekerjaan yang akan dilaksanakan, termasuk waktu kapan setiap kegiatan itu harus terjadi atau akan dilaksanakan (*Collin Cobuild Englis Language*)
- b. Sebuah rencana yang baku tentang rangkainya kegiatan, daftar tugas, dsb. (Logman).
- c. Sebuah prosedur untuk menyelesaikan masalah (*problem solving*), termasuk pengumpulan data, memprosesnya dan presentasi hasilnya (*American Hertige Dictionary*)
- d. Sebuah rencana tentang apa yang akan dikerjakan (*Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current english*).
- e. Penjabaran terperinci tentang strategi dan langkah-langkah yang dipergunakan untuk mencapai tujuan lembaga (Buku Panduan Perencanaan Startegis dan Pengukuran Kinerja yang dikeluarkan oleh Kantor Menteri Negara riset dan Teknologi RI, 1999).

Program merupakan rencana kegiatan, baik jangka pendek, menengah, maupun panjang akan dilaksanakan disusun secara rinci sehingga secara jelas dapat diketahui:

- a. Langkah-langkah dalam melaksanakan kegiatan,
- b. Siapa yang melakukan kegiatan dan bagaimana melaksanakan kegiatan,
- c. Sasaran, tujuan, dan waktu pelaksanaan kegiatan, dan digunakan untuk mencapai tujuan lembaga/ unit kerja.

Bentuk program terdiri dari:

- a. Rencanan Strategis (Renstra)
- b. Rencana Kerja dan Anggaran (RKA)
- c. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) atau *Business Plan*
- d. Rencana kerja tahunan unit kerja

5. FORMAT PENULISAN PROGRAM

- I. Pendahuluan
- II. Latar belakang
- III. Tujuan umum dan tujuan khusus
- IV. Kegiatan pokok dan rincian kegiatan
- V. Cara melaksanakan kegiatan
- VI. Sasaran
- VII. Jadwal pelaksanaan kegiatan
- VIII. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan
- IX. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan

- Format Margin : Top 3 cm, Left 3 cm, Right 3 cm, Bottom 3 cm, Kertas A4, Font Arial, Size 11, Line Spacing 1.

Sistematika penulisan program:

- a. **Pendahuluan**, berisi hal-hal yang bersifat umum yang terkait dengan program.
- b. **Latar Belakang**, merupakan justifikasi atau alasan mengapa program tersebut disusun. Dilengkap dengan data yang akurat dan mutakhir.
- c. **Tujuan umum dan Tujuan Khusus**, merupakan tujuan program. Tujuan umum adalah tujuan secara garis besar, sedangkan tujuan khusus adalah tujuan secara rinci/spesifik.
- d. **Pembiayaan**, berisi sumber dana yang digunakan, dilengkapi dengan Rencana Anggaran Biaya (RAB)
- e. **Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan**, adalah langkah-langkah kegiatan yang harus dilakukan sehingga tercapainya tujuan program tersebut.
- f. **Cara Melaksanakan Kegiatan** adalah metode untuk melaksanakan kegiatan pokok dan rincian kegiatan.
- g. **Sasaran**, adalah terget per tahun yang spesifik dan terukur untuk mencapai tujuan program. Sasaran yang baik kriteria “SMART”
 - **Specific** (menggambarkan hasil yang spesifik yang diinginkan dengan tolok ukur yang jelas)
 - **Measurable** (terukur dan dapat digunakan)
 - **Aggressive but attainable** (menantang tapi tetap dapat dicapai)
 - **Result oriented** (hasil terukur, menspesifikasikan hasil yang ingin dicapai)
 - **Time bound** (dapat dicapai dalam waktu relatif pendek atau kurang dari satu tahun). Untuk program jangka menengah dan jangka panjang (lebih dari lima tahun). Dibuat sasaran antara.
- h. **Jadwal Pelaksanaan Kegiatan**, merupakan perencanaan waktu melaksanakan langkah-langkah kegiatan. Untuk program tahunan, jadwal yang dibuat adalah jadwal selama satu tahun, sedangkan untuk Program jangka menengah dan jangka panjang, dibuat jadwal sesuai jangka waktu program dengan satuan waktu tahun.

Contoh:

No	KEGIATAN	BULAN											
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
1	Pembentukan Tim												
2	Rapat Tim												
3	Verifikasi 2												

i. Evaluasi Pelaksanaan dan Pelaporannya

Evaluasi pelaksanaan kegiatan adalah kurun waktu/ periode berapa lama dilakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan dan siapa saja yang melakukan. Yang dimaksud dengan pelaporan di sini adalah pelaporan evaluasi, yaitu bagaimana membuat dan ditujukan kepada siapa.

y. Pencatatan, Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan Pencatatan menjelaskan bagaimana melakukan pencatatan atau membuat dokumentasi kegiatan.

k. Pelaporan adalah bagaimana membuat laporan program dan kurun waktu (kapan) laporan harus diserahkan,serta kepada siapa saja laporan tersebut ditujukan.

l. Evaluasi kegiatan adalah evaluasi pelaksanaan program secara menyeluruh, yaitu bagaimana melakukan evaluasi dan kapan evaluasi harus dilakukan.

6. FORMULIR

Adalah bentuk pengaturan alokasi ruang atau lembar naskah untuk mencatat berbagai data dan informasi. Formulir dibuat dalam bentuk kartu atau lembaran tercetak dengan judul tertentu berisi keterangan yang diperlukan.

- **PENGENDALIAN DOKUMEN**

1. Daftar Induk Dokumen
2. Penomoran
3. Penggunaan Stempel
4. Perubahan Dokumen
5. Penyusunan Dokumen
6. Penandatanganan Dokumen
7. Distribusi Dokumen
8. Penarikan Dokumen
9. Penyimpanan Dokumen

- **PENOMORAN DOKUMEN**

1. Penomoran Kebijakan(Peraturan) / SK
2. Penomoran Pedoman / Panduan
3. Penomoran Prosedur
4. Penomoran Program
5. Penomoran Formulir

- **PENGENDALIAN DOKUMEN INTERNAL**

1. **Dokumen Internal(terkendali)** → dokumen berupa Peraturan, Pedoman, Panduan, SPO, Program dan Laporan/Hasil (Catatan Mutu) Kerja yang diterbitkan oleh Internal RS Panti Waluyo Purworejo dalam rangka pencapaian visi, misi dan tujuan organisasi.
2. **ALUR PENGENDALIAN DOKUMEN INTERNAL (TERKENDALI)**
3. **DOKUMEN TERKENDALI → COPY → DOKUMEN KADALUARSA**

- **REVISI REGULASI**

1. Adalah kegiatan/ usaha untuk memperbaiki REGULASI baik sebagian maupun seluruh isi,
2. Revisi perlu dilakukan bila:
 - Sudah relevan dengan kondisi sekarang.
 - Adanya perkembangan ilmu dan teknologi.
 - Adanya perubahan organisasi/ kebijakan baru.
3. Penggantian pimpinan RS, tidak perlu mengganti Regulasi.
4. Peninjauan ulang maksimal 3 tahun sekali.

BAB III

PENYUSUNAN KONSEP

Setiap naskah yang akan ditindak lanjuti wajib dilakukan dengan penyusunan konsep yang harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :

- a. Konsep naskah disusun/disiapkan oleh pegawai dengan menggunakan verbal konsep.
- b. Setiap verbal konsep yang diajukan kepada pimpinan wajib terlebih dahulu diteliti oleh pejabat tata usaha mengenai :
 1. Isi sesuai dengan kebijakan yang digariskan oleh pimpinan dan dapat dipertanggung jawabkan;
 2. Redaksi sesuai dengan penggunaan bahasa Indonesia yang baik dan benar;
 3. Bentuk sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- a. Surat perjanjian adalah naskah yang berisi kesepakatan bersama tentang suatu objek yang mengikat antara kedua belah pihak atau lebih untuk melaksanakan suatu tindakan atau perbuatan hukum yang telah disepakati bersama.
- b. Surat biasa adalah alat penyampaian berita secara tertulis yang berisi pemberitahuan, pernyataan, permintaan, jawaban atau saran dan sebagainya.
- c. Surat keterangan adalah naskah yang berisi informasi mengenai hal atau seseorang untuk kepentingan kedinasan.
- d. Surat perintah adalah naskah yang dibuat oleh atasan kepada bawahan dan memuat perintah yang harus dilakukan.
- e. Surat ijin adalah surat yang berisi informasi tentang pemberitahuan ijin kepada seseorang untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu.
- f. Surat kuasa adalah surat pernyataan pelimpahan wewenang dari pimpinan kepada pejabat atau pegawai bawahannya atau orang lain guna bertindak dan atas namanya melakukan suatu perbuatan hukum mengenai hak dan wewenang yang tersebut didalamnya.
- g. Surat undangan adalah surat yang memuat undangan kepada pejabat atau pegawai pada alamat tujuan untuk menghadiri suatu acara tertentu, misalnya rapat, pertemuan, dsb.
- h. Surat panggilan adalah naskah yang dipergunakan untuk memanggil pejabat instansi pemerintah, badan hukum swasta atau perorangan guna diminta keterangan mengenai suatu permasalahan atau persoalan.

- i. Memorandum adalah bentuk naskah intern yang dibuat oleh seorang pejabat atau pegawai dalam melaksanakan tugas guna menyampaikan pemberitahuan, pernyataan atau permintaan pejabat lain. Memorandum memuat hal yang bersifat rutin, berupa catatan ringkas yang tidak memerlukan penjelasan yang panjang dan dapat langsung dijawab dengan disposisi oleh pejabat yang dituju.
- j. Pengumuman adalah naskah yang memuat pemberitahuan yang ditujukan kepada pegawai dilingkungan RS.
- k. Laporan adalah naskah yang berisi informasi mengenai pertanggungjawaban seorang pejabat atau pegawai pada atasannya sehubungan dengan pelaksanaan tugas yang diberikan atau dipercayakan kepadanya. Laporan dibuat dan ditandatangani oleh pejabat atau pegawai yang diserahkan tugas.
- l. Surat pengantar adalah naskah yang berisikan penjelasan singkat atau informasi mengenai suatu pengiriman yang digunakan untuk mengantar atau menyampaikan barang atau naskah.
- m. Lembar disposisi adalah alat komunikasi tertulis yang ditujukan kepada bawahan, yang berisi informasi atau perintah.
- n. Berita acara adalah naskah yang berisi pernyataan yang bersifat pengesahan atas sesuatu kejadian, peristiwa, perubahan status dll, bagi suatu permasalahan baik berupa perencanaan, pelaksanaan maupun pengendalian kebijaksanaan pimpinan.
- o. Telaahan staf adalah naskah yang dibuat oleh staf atau bawahan yang memuat analisis pertimbangan, pendapat dan saran-saran tentang suatu masalah.
- p. Rekomendasi adalah naskah yang berisikan keterangan atau penjelasan atau catatan dari pejabat yang berwenang tentang suatu hal urusan yang dapat dijadikan bahan pertimbangan oleh atasan.
- q. Daftar hadir adalah naskah yang dipergunakan untuk mencatat dan mengetahui kehadiran seseorang.
- r. Sertifikat pelatihan adalah surat tanda bukti seseorang telah mengikuti kegiatan.
- t. Notulen adalah naskah dinas yang memuat catatan jalannya kegiatan sidang, rapat, mulai dari acara pembukaan, pembahasan masalah sampai dengan pengambilan peraturan serta penutupan.

c. Dokumen

1. Bukti Langsung

- Bukti pelaksanaan pelatihan TOR, Undangan, daftar hadir, materi, laporan, evaluasi, sertifikat.
- Bukti pelaksanaan orientasi khusus TOR, daftar hadir, evaluasi peserta, laporan pelaksanaan orientasi.
- Bukti pelaksanaan orientasi umum TOR, daftar hadir, materi dan narasumber meliputi perumahsakitan, mutu, keselamatan pasien, PPI, serta evaluasi peserta, laporan pelaksanaan orientasi.
- Bukti pelaksanaan pelatihan TOR, undangan, daftar hadir, materi, laporan, evaluasi, sertifikat.
- Bukti supervisi :
 - ✓ Bukti form cek list
 - ✓ Bukti pelaksanaan supervisi
- Bukti rapat :
 - ✓ Undangan
 - ✓ Daftar hadir
 - ✓ Notulen

d. Perubahan versi 2012 ke SNARS

- Budaya check list
- Budaya membuat scenario
- Budaya saling koordinasi horizontal dan vertical serta intrgrasi
- Regulasi tidak setiap pokja, unit kerja, tim/panitia = upayakan dalam satu regulasi kebijakan induk.
- Proses dijalankan dengan sebenarnya
- Hasil didokumentasikan.
- Tunjuk structural sebagai perwalian setiap bidang, manajemen, medis dan keperawatan.
- Buat jadwal pertemuan masing- masing bidang, intra dan antar pokja serta bidang.
- Buat penilaian self assessment secara periodic.
- Kebijakan umum dari masing-masing unit kerja dijadikan satu dalam regulasi RS.

BAB IV PENUTUP

Pada prinsipnya dokumen akreditasi adalah TULIS YANG DIKERJAKAN DAN KERJAKAN YANG DITULIS DAN BISA DIBUKTIKAN, BUKAN BEKERJA BERSAMA-SAMA TETAPI BEKERJA SAMA, namun pada penerapannya tidaklah semudah itu. Penyusunan kebijakan, pedoman/panduan, standar prosedur operasional dan program lain yang diperlukan komitmen Direktur dan juga perlu staf yang mampu dan mau menyusun dokumen akreditasi tersebut. Dengan tersusunnya Panduan Penyusunan Dokumen tata naskah Akreditasi, diharapkan dapat membantu RS dalam menyusun dokumen-dokumen yang terkait dengan kreditasi RS.



PANDUAN DOKUMEN TATA NASKAH

**RUMAH SAKIT UMUM
AISYIYAH ST.KHADIJAH
2019**



**RUMAH SAKIT UMUM 'AISYIYAH
ST. KHADIJAH KABUPATEN PINRANG**

Jl. A.Abdullah No. 1-3 Tlp (0421) 921406 Kab. Pinrang Sulawesi Selatan
e-mail: rsa.stkhadijah@yahoo.com

SURAT KEPUTUSAN

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM AISYIYAH ST.KHADIJAH KABUPATEN PINRANG

NOMOR: 04 /PDA/E-RSUA/SK/II/2019

**TENTANG
PANDUAN PENYUSUNAN DOKUMEN**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM AISYIYAH ST.KHADIJAH KABUPATEN PINRANG

- Menimbang : a. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat, memberikan kepastian dan perlindungan hukum kepada para petugas dalam melaksanakan tugas, perlu dibuat dokumen di RSU Aisyiyah St.Khadijah pinrang yang memenuhi kaidah hukum yang berlaku di Indonesia dan atau lingkup internasional;
- b. Bahwa untuk mewujudkan tertib administrasi dan keseragaman dalam penyusunan dokumen regulasi di lingkungan RSU Aisyiyah St.Khadijah Pinrang, dipandang perlu membuat acuan penyusunan dokumen untuk regulasi;
- c. Bahwa acuan sebagaimana dimaksud dalam huruf b di atas, disusun dalam bentuk Panduan Dokumen untuk regulasi di RSU Aisyiyah St.Khadijah Pinrang yang ditetapkan oleh Direktur RSU Aisyiyah St.Khadijah Pinrang.
- Mengingat : 1. Undang-Undang RI. Nomor : 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009, Nomor: 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor : 5063);
2. Undang-Undang RI. Nomor : 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009, Nomor: 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor : 5072);
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009, Pasal 40 ayat 1, tentang dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Rumah sakit wajib dilakukan Akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 4502);
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 417/Menkes /per/11/2011 tanggal pebruari 2011 tentang komisi akreditasi

Rumah sakit;

6. Keputusan Menkes RI Nomor 374/ Menkes/SK/V/2009 tentang system Kesehatan Nasional;
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI. Nomor : 755/Menkes/Per/IV/2010 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1538 Tahun 2011 tentang pedoman Tata Naskah Dinas Di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/Menkes/Per/IX/2011 tentang penyelenggaraan komite medik rumah sakit;
10. Keputusan Menkes RI tentang Nomor 374/Menkes/SK/V/2009
11. Keputusan Menteri kesehatan RI, Nomor : 129/Menkes/SK/X/1999 tanggal 11 oktober 1999, tentang Kebijakan Nasional Penelitian
12. Keputusan Menteri Kesehatan RI. Nomor : 1179 A/Menkes/SK/X/1999 tanggal 11 oktober 1999, tentang kebijakan nasional penelitian dan Pengembangan Kesehatan;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- Kesatu: Keputusan Direktur RSUD Aisyiyah St.Khadijah Pinrang tentang panduan penyusunan dokumen di Rumah Sakit Umum Aisyiyah St.Khadijah Pinrang.
- Kedua: Panduan Penyusunan Dokumen Rumah Sakit Umum Aisyiyah St.Khadijah Pinrang sebagai mana tercantum dalam Lampiran Peraturan ini.
- Ketiga: Panduan Penyusunan Dokumen Mutu sebagaimana dimaksud dalam diktum kedua dipergunakan sebagai acuan bagi semua unit kerja di lingkungan RSUD Aisyiyah St.Khadijah Pinrang dalam pembuatan dokumen.
- Keempat: Panduan Penyusunan Dokumen ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Pedoman Ketatausahaan RSUD Aisyiyah St.Khadijah Pinrang,
- Kelima :Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan dilakukan evaluasi minimal setiap 3 tahun sekali.

Ditetapkan di : Pinrang
Pada tanggal : 04 Januari 2019 M
11 Muharram 1440 H

Direktur

dr. Syamsir Usman, MARS
NIK: 092018.1.104

 RUMAH SAKIT UMUM 'AISYIYAH ST.KHADIJAH KABUPATEN PINRANG	KOTAK 2 PROSEDUR		
	KOTAK 3 No. Dokumen	KOTAK 4 No. Revisi	KOTAK 5 Halaman 1/..
KOTAK 6 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	KOTAK 7 Tanggal terbit	KOTAK 8 Ditetapkan, Direktur, dr.Syamsir Usman,MARS NIK: 092018.1.104	
KOTAK 9 PENGERTIAN	KOTAK 10 1. 2.		
KOTAK 11 TUJUAN	KOTAK 12 Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk		
KOTAK 13 KEBIJAKAN	KOTAK 14		
KOTAK 15 PROSEDUR	KOTAK 16 1. 2. 3.		
KOTAK 17 UNIT TERKAIT	KOTAK 18 1. 2. 3. 4. dst.		

a. Untuk halaman kedua dan seterusnya:

 RUMAH SAKIT UMUM AISYIYAH ST.KHADIJAH KABUPATEN PINRANG	PROSEDUR		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman 2/..

DAFTAR ISI

BAB I	DEFINISI		1
BAB II	RUANG LINGKUP		2
BAB III	TATA LAKSANA		3
BAB IV	DOKUMENTASI		4

DAFTAR ISI

BAB I	PENDAHULUAN
BAB II	GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT
BAB III	VISI, MISI, NILAI, MOTO RUMAH SAKIT
BAB IV	STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT
BAB V	URAIAN JABATAN
BAB VI	TATA HUBUNGAN KERJA
BAB VII	POLA KETENAGAKERJAAN DAN KUALIFIKASI PERSONEL
BAB VIII	KEGIATAN ORIENTASI
BAB IX	PERTEMUAN/ RAPAT
BAB X	PELAPORAN
	4. Laporan Harian
	5. Laporan Bulanan
	6. Laporan Tahunan
BAB XI	PENUTUP

DAFTAR ISI

BAB I	PENDAHULUAN
BAB II	GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT
BAB III	VISI, MISI, NILAI, MOTO RUMAH SAKIT
BAB IV	STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT
BAB V	STRUKTUR ORGANISASI UNIT KERJA
BAB VI	URAIAN JABATAN
BAB VII	TATA HUBUNGAN KERJA
BAB VIII	POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONEL
BAB IX	KEGIATAN ORIENTASI
BAB X	PERTEMUAN/ RAPAT
BAB XI	PELAPORAN
	1. Laporan Harian
	2. Laporan Bulanan
	3. Laporan Tahunan

DAFTAR ISI

BAB I	PENDAHULUAN
	1. Latar Belakang
	2. Tujuan Pedoman
	3. Ruang Lingkup Pelayanan
	4. Batasan Operasional
	5. Landasan Hukum
BAB II	STANDAR KETENAGAAN
	1. Kualifikasi Sumber Daya Manusia
	2. Distribusi Ketenagaan
	3. Pengaturan Jaga
BAB III	STANDAR FASILITAS
	1. Denah Ruangan
	2. Standar Fasilitas
BAB IV	TATA LAKSANA PELAYANAN
BAB V	LOGISTIK
BAB VI	KESELAMATAN PASIEN
BAB VII	KESELAMATAN KERJA
BAB VIII	PENGENDALIAN MUTU
BAB IX	PENUTUP

