



PANDUAN TATA NASKAH RSUD M NATSIR TAHUN 2022



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

KOTA SOLOK

Lampiran : SK Direktur RSUD Mohammad Natsir Tentang
Pedoman Umum Tata Naskah Di Lingkungan
Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad
Natsir
Nomor : 189/136J/ PNJ / 2019
Tanggal : 02 Januari 2019

PEDOMAN UMUM TATA NASKAH DI LINGKUNGAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang:

Pedoman Tata Naskah Dinas dan Dokumen Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir diperlukan dalam mendukung tugas pokok dan fungsi administrasi dan pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir . Tata naskah, baik dinas maupun dokumen sebagai salah satu unsur administrasi mencakup pengaturan tentang jenis, penyusunan, penomoran, penggunaan logo rumah sakit, cap dinas, serta penggunaan bahasa Indonesia yang baik dan benar dalam naskah dinas. Sedangkan tata naskah dokumen mencakup segala bentuk dokumen internal dan eksternal yang dipergunakan sebagai acuan dalam pelayanan baik dalam bentuk kebijakan, pedoman, panduan, standar prosedur operasional, maupun bentuk lain yang disahkan di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.

Keterpaduan tata naskah dinas dan dokumen di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir sangat diperlukan untuk menunjang kelancaran komunikasi tulis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Oleh sebab itu, diperlukan panduan tata naskah dinas dan dokumen sebagai acuan dalam melaksanakan tata laksana pelayanan dan komunikasi intern maupun ekstern.

B. Tujuan:

Tujuan pembuatan Panduan Tata Naskah Dinas dan Dokumen adalah untuk memastikan bahwa setiap naskah dinas dan dokumen yang digunakan di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir dan berhubungan dengan pelayanan baik langsung maupun tidak langsung selalu dalam kondisi terkendali.

C. Ruang Lingkup:

Panduan ini menjelaskan tugas dan tanggung jawab penyusun naskah, pemilik naskah, pengguna naskah, dan pengendali naskah. Tahapan termasuk dalam panduan ini mulai dari penyusunan, pengesahan, penomoran, penerbitan, revisi, serta pemusnahan naskah yang usang yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.

D. Definisi:

- a. **Naskah** adalah semua informasi tertulis sebagai alat komunikasi kedinasan yang dikeluarkan oleh pejabat yang berwenang.
- b. **Tata Naskah** adalah pengelolaan informasi tertulis (naskah) yang mencakup pengaturan jenis, format, penyiapan, pengamanan, pengabsahan, distribusi dan penyimpanan serta media yang digunakan dalam komunikasi.
- c. **Format** adalah susunan dan bentuk naskah yang menggambarkan bentuk redaksional, termasuk tata letak dan penggunaan lambang, logo, dan stempel.
- d. **Dokumen** adalah naskah yang disusun dalam bentuk produk hukum yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir yang meliputi:
 - a) **Dokumen eksternal** yaitu segala produk hukum yang diterbitkan di luar Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir dan diberlakukan atau wajib berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.
 - b) **Dokumen Internal** yaitu terdiri dari: kebijakan, pedoman, panduan, standar prosedur operasional, program serta bentuk lain yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.
- e. **Kewenangan Penandatanganan Naskah** adalah hak dan kewajiban yang ada pada seorang pejabat untuk menandatangani naskah sesuai dengan tugas dan tanggung jawab pada jabatannya. Bila berjenjang, makin ke kiri dan ke sisi bawah, menunjuk pada hirarki jabatan yang makin tinggi. Dalam hal penandatanganan naskah, maka perlu dilihat kesesuaian *header* dengan pejabatnya.
- f. **Kode Klasifikasi Naskah** adalah tanda pengenal isi informasi dalam naskah berdasarkan sistem tata berkas yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir yaitu dengan sistematika penomoran.
- g. **Logo** adalah tanda pengenal atau identitas dalam bentuk gambar atau tulisan.
- h. **Pemilik dokumen** adalah Sie/Subsie/Unit/Komite/Tim/Panitia yang bertanggung jawab untuk menyusun dokumen dan atau merevisi dokumen, mengajukan pengesahan dokumen, menggunakan dokumen, membagi dokumen baru kepada unit terkait, menarik dokumen yang tidak berlaku, serta menyerahkan dokumen tidak berlaku kepada pengendali dokumen.
- i. **Pengguna dokumen** adalah Sie/Subsie/Unit/Komite/Tim/Panitia yang menggunakan dokumen terkendali untuk proses pelayanan.
- j. **Komunikasi Intern** adalah tata hubungan dalam penyampaian informasi yang dilakukan antar unit kerja di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir secara vertikal dan horisontal.
- k. **Komunikasi Ekstern** adalah tata hubungan penyampaian informasi yang dilakukan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir dengan pihak lain di luar lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.
- l. **Stempel** adalah cap (basah) yang dibubuhkan (lazimnya) di sisi kiri tanda tangan pejabat, bila ada.

E. Jenis Dokumen:

1. Dokumen Internal:

Semua dokumen yang diterbitkan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir dan dikendalikan terdiri dari:

- a. Kebijakan
- b. Pedoman

- c. Panduan
- d. Program
- e. Standar Prosedur Operasional (SPO)
- f. Panduan Praktik Klinik/Standar Asuhan
- g. Formulir
- h. Brosur

2. Dokumen Eksternal:

Semua produk hukum yang diterbitkan oleh Pemerintah berupa Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Keputusan Presiden, Keputusan Menteri, Peraturan Menteri, Peraturan Daerah, maupun segala produk hukum lain yang mengikat dan berlaku atau diberlakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.

F. Keseragaman penulisan:

1. Semua dokumen ditulis dengan *font* Times New Roman atau Arial ukuran 11 atau 12 jarak 1 atau 1.5 spasi dan kertas yang digunakan untuk naskah dinas adalah HVS 80 gram.
2. Ukuran kertas yang digunakan untuk surat menyurat adalah Folio/ F4 (215x330 mm), terdiri dari: SPPD, SK, Kebijakan, Undangan)
3. Ukuran kertas yang digunakan untuk makalah, piper dan laporan adalah A4 (210 x 297 mm), terdiri dari: Panduan, Pedoman, Program, SPO.
4. Ukuran kertas yang digunakan untuk pidato adalah A5 (165 x 215mm).

G. Batas Antara Tepi Kertas dan Naskah

1. Ruang tepi atas : Apabila menggunakan kop naskah dinas, 2 spasi dibawah kop dan Tanpa kop naskah dinas 4 cm
2. Ruang tepi bawah : 2 - 3 cm
3. Ruang tepi kiri : 3,5 - 4 cm
4. Ruang tepi kanan : 2 - 3 cm

H. Stempel

Ukuran stempel jabatan, stempel perangkat daerah meliputi :

1. Ukuran garis tengah lingkaran luar stempel adalah 4 cm
2. Ukuran garis tengah lingkaran tengah stempel adalah 3,8 cm
3. Ukuran garis tengah lingkaran dalam stempel adalah 2,7 cm
4. Jarak antara 2 (dua) garis yang dapat dalam lingkaran dalam maksimal 1 cm

BAB II TATA NASKAH DAN DOKUMEN INTERNAL

A. Tata Naskah

1. *Jenis Tata Naskah*

Naskah di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir diidentifikasi sebagai produk administratif dalam bentuk surat dinas maupun surat yang memiliki kekuatan hukum meliputi:

- a. Keputusan Direktur;
Keputusan Direktur adalah suatu naskah yang dikeluarkan oleh Direktur yang sifatnya mengatur ke dalam organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.
- b. Surat Edaran Direktur;
Surat Edaran adalah naskah yang memuat pemberitahuan tentang hal tertentu, bisa berupa perintah, petunjuk, atau penjelasan yang dianggap penting dan mendesak.
- c. Perjanjian;
Surat perjanjian adalah naskah yang berisi kesepakatan Rumah Sakit tentang suatu objek yang mengikat antara kedua belah pihak atau lebih untuk melaksanakan suatu tindakan atau perbuatan hukum yang telah disepakati Rumah Sakit.
- d. Surat Dinas Biasa;
Surat biasa adalah alat penyampaian berita secara tertulis yang berisi pemberitahuan, pertanyaan, permintaan jawaban atau saran dan sebagainya.
- e. Surat Keterangan;
Surat keterangan adalah naskah dinas yang berisi pernyataan tertulis dari pejabat sebagai bukti untuk menerangkan atau menjelaskan kebenaran suatu hal.
- f. Surat Keterangan melaksanakan Tugas;
Surat keterangan melaksanakan tugas adalah naskah dari pejabat yang berwenang berisi penempatan bahwa seorang pegawai telah menjalankan tugas
- g. Surat Perintah Tugas;
- h. Surat perintah tugas adalah naskah dinas dari atasan yang ditujukan kepada bawahan yang berisi perintah untuk melaksanakan pekerjaan sesuai tugas dan fungsinya;
- i. Surat Perintah;
Surat perintah adalah naskah dinas dari atasan yang ditujukan kepada bawahan yang berisi perintah untuk melaksanakan pekerjaan tertentu
- j. Surat Tugas;
Surat tugas adalah naskah yang dibuat oleh atasan kepada bawahan dan memuat perintah yang harus dilakukan.
- k. Surat Kuasa;
Surat kuasa adalah surat pernyataan pelimpahan wewenang dari pimpinan kepada pejabat/pegawai bawahannya atau orang lain guna bertindak dan atas

namanya melakukan suatu perbuatan hukum mengenai hak dan wewenang yang tersebut di dalamnya.

l. Surat Undangan;

Surat undangan adalah surat yang memuat undangan kepada pejabat/pegawai pada alamat tujuan untuk menghadiri suatu acara tertentu, misalnya rapat, pertemuan, dan sebagainya.

m. Surat Panggilan;

Surat Panggilan adalah naskah yang dipergunakan untuk memanggil pejabat instansi Pemerintah/Badan Hukum/Swasta/Perorangan, guna diminta keterangan mengenai sesuatu permasalahan/persoalan.

n. Pengumuman/Pemberitahuan;

Pengumuman adalah naskah yang memuat pemberitahuan yang ditujukan pada pegawai di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir .

o. Daftar Hadir;

Daftar hadir adalah naskah yang dipergunakan untuk mencatat dan mengetahui kehadiran seseorang.

p. Notulen.

Notulen adalah naskah dinas yang memuat catatan jalannya kegiatan sidang, rapat, mulai dari acara pembukaan, pembahasan masalah sampai dengan pengambilan keputusan serta penutupan.

2. **Bentuk Tata Naskah**

a. **Keputusan Direktur**

Bentuk dan susunan naskah keputusan direktur adalah sebagai berikut :

1) Kepala

- a) **Kop** naskah keputusan terdiri atas gambar logo Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir, Logo Pemerintah Provinsi Sumatera Barat, nama dan alamat Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir .
- b) Kata **keputusan** dan **nama jabatan** pejabat yang menetapkan ditulis simetris di tengah margin dengan huruf kapital.
- c) **Nomor** keputusan ditulis sesuai dengan ketentuan penomoran menggunakan huruf kapital.
- d) Kata penghubung **tentang** ditulis dengan huruf kapital.
- e) **Judul keputusan** ditulis dengan huruf kapital.

2) Pembukaan

- a) Nama jabatan pejabat yang menetapkan keputusan ditulis simetris di tengah dengan huruf kapital.
- b) **Konsiderans**
 - (1) **Konsiderans Menimbang**, memuat uraian singkat tentang pokok-pokok pikiran yang menjadi latar belakang dan alasan pembuatan keputusan. Huruf awal kata *menimbang* ditulis dengan huruf kapital, diakhiri tanda baca titik dua, dan diletakkan di bagian kiri.
 - (2) **Konsiderans Mengingat** memuat dasar kewenangan dan keputusan yang memerintahkan pembuatan keputusan tersebut.

Keputusan yang menjadi dasar hukum adalah keputusan yang tingkatannya sederajat atau lebih tinggi. ditulis sesuai hirarki perundangan, dengan penempatan hirarki tertinggi diletakkan di atas.

- (3) Konsideran **Memperhatikan** (tidak harus selalu ada), memuat segala sesuatu yang menjadi salah satu pertimbangan dibuatnya keputusan Rumah Sakit tersebut. Konsideran ini biasanya mencantumkan mengenai kesepakatan hasil rapat atau adanya surat usulan/permohonan dari bidang/bagian tertentu mengenai hal yang akan diputuskan. Penulisan konsideran **Memperhatikan** diletakkan di sebelah kiri sejajar dengan kata menimbang/mengingat dan ditulis dengan awal kata menggunakan huruf kapital serta diakhiri dengan tanda baca titik dua (:).

c) Diktum

- (1) Diktum **MEMUTUSKAN** ditulis seluruhnya dengan huruf kapital tanpa spasi di antara suku kata dan diletakkan di tengah margin.
- (2) Diktum **Menetapkan** dicantumkan sesudah kata **MEMUTUSKAN**, disejajarkan ke bawah dengan kata *menimbang* dan *mengingat*, huruf awal kata **Menetapkan** ditulis dengan huruf kapital, dan diakhiri dengan tanda baca titik dua.
- (3) Nama keputusan sesuai dengan judul (kepala) keputusan seluruhnya ditulis dengan huruf kapital dan diakhiri dengan tanda baca titik.

3) Batang Tubuh

- a) Batang tubuh memuat semua substansi keputusan yang dirumuskan dalam diktum-diktum, misalnya:
KESATU atau angka 1:
dst....
- b) Dicantumkan saat berlakunya keputusan, perubahan, pembatalan, pencabutan ketentuan, dan peraturan lainnya, dan
- c) Materi kebijakan dapat dibuat sebagai lampiran keputusan, dan pada halaman terakhir ditandatangani oleh pejabat yang menetapkan keputusan.

4) Kaki

Kaki memuat nama tempat, tanggal, bulan, dan tahun, nama jabatan, tanda tangan dan stempel jabatan serta nama lengkap pembuat keputusan.

5) Penandatanganan.

Surat Keputusan Direktur ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir dan keabsahan salinan dilakukan oleh Ka.Subbag. Umum Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir .

6) Format Surat keputusan:

Lihat lampiran 1.

b. Surat Edaran Direktur

Bentuk dan susunan naskah dinas surat edaran adalah sebagai berikut:

- 1) Kepala
 - a) **Kop** naskah dinas surat edaran terdiri atas gambar logo Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir dan Logo Pemerintah Provinsi Sumatera Barat dan tulisan Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.
 - b) Tulisan **SURAT EDARAN** dicantumkan di bawah logo Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir, dengan huruf kapital.
 - c) Nomor surat edaran ditulis dibawah **SURAT EDARAN** dengan huruf kapital.
 - d) Penomoran surat edaran ditulis sesuai dengan ketentuan penomoran
 - e) Rumusan judul (kepala) **SURAT EDARAN** ditulis dengan huruf kapital simetris di bawah **TENTANG**.
- 2) Batang Tubuh
Batang tubuh surat edaran memuat pemberitahuan tentang hal tertentu yang dianggap mendesak;
- 3) Kaki
Kaki sebelah kanan bawah memuat
 - a) tempat dan tanggal pengeluaran surat;
 - b) nama jabatan yang menandatangani, ditulis dengan huruf awal kapital dan diakhiri dengan tanda baca **koma**;
 - c) tanda tangan pejabat yang menetapkan;
 - d) nama lengkap yang menandatangani ditulis dengan huruf awal kapital;
 - e) stempel Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.
- 4) Penandatanganan
Surat Edaran Direktur ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir .
- 5) Format Surat Edaran
Lihat lampiran 2.

c. Perjanjian

Bentuk dan susunan naskah perjanjian adalah sebagai berikut:

- 1) Kepala naskah perjanjian
 - a) Tulisan “Surat Perjanjian” yang ditempatkan di tengah lembar naskah dinas;
 - b) Nomor dan tahun;
 - c) Tulisan “Tentang”;
 - d) Judul Surat Perjanjian.
- 2) Isi naskah perjanjian
 - a) Hari, tanggal, bulan dan tahun serta tempat pembuatan;
 - b) Nama, pangkat/jabatan dan alamat pihak-pihak yang terlibat dalam perjanjian;
 - c) Permasalahan-permasalahan yang diperjanjikan, dirumuskan dalam bentuk uraian atau dibagi dalam pasal-pasal dan dikemukakan yang menyangkut hak dan kewajiban dari masing-masing pihak serta tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

- d) Berakhirnya perjanjian;
 - e) Sanksi – sanksi Hukum;
 - f) Penyelesaian-penyelesaian.
- 3) Bagian akhir naskah perjanjian
- a) Tulisan “Pihak ke”;
 - b) Nama jabatan pihak-pihak yang membuat perjanjian;
 - c) Tanda tangan pihak-pihak yang membuat perjanjian;
 - d) Materai;
 - e) Nama jelas pihak-pihak penandatanganan;
 - f) Pangkat dan NIP bagi PNS;
 - g) Stempel Jabatan/Instansi;
 - h) Saksi-saksi (nama jelas dan tanda tangan).
- 4) Format Surat Perjanjian
Lihat lampiran 3.

d. Surat Dinas Biasa

Bentuk dan susunan surat dinas biasa adalah sebagai berikut:

- 1) Kepala
- a) Kop surat dinas terdiri atas logo Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir, Logo Pemerintah Provinsi Sumatera Barat, nama dan alamat Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir;
 - b) Tanggal pembuatan surat diletakkan di sebelah kiri atas;
 - c) Nomor, perihal, dan lampiran ditulis di sebelah kiri;
 - d) Kata **Yth** ditulis tegak lurus di bawah kata perihal **tanpa kata Kepada**.
- 2) Batang Tubuh
Bagian batang tubuh terdiri atas alinea pembuka, isi dan penutup.
- 3) Kaki
Bagian kaki ditulis rata di sisi kiri bawah terdiri atas:
- a) nama jabatan;
 - b) tanda tangan;
 - c) nama lengkap;
 - d) stempel digunakan sesuai dengan ketentuan penggunaan;
 - e) tembusan, memuat nama jabatan pejabat penerima tembusan.
- 4) Format surat dinas biasa
Lihat lampiran 4.

e. Surat Keterangan Melaksanakan Tugas

Bentuk dan susunan surat keterangan adalah sebagai berikut:

- 1) Kepala
- a) Kop surat keterangan terdiri logo Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir, Logo Pemerintah Provinsi Sumatera Barat, nama dan alamat Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.
 - b) Tulisan surat keterangan seluruhnya menggunakan huruf kapital dan diletakkan di tengah margin.
 - c) Nomor surat ditulis di bawah tulisan surat keterangan dan diletakkan di tengah margin.
- 2) Batang Tubuh

Batang tubuh memuat nama dan jabatan pihak yang memberikan keterangan dan pihak yang diterangkan serta maksud dan tujuan diterbitkan keterangan.

- 3) Kaki
Bagian kaki terdiri atas
 - a) tempat, tanggal, bulan, tahun;
 - b) nama jabatan;
 - c) tanda tangan;
 - d) nama pejabat yang membuat surat keterangan, dan
 - e) stempel jabatan/instansi.Hal yang perlu diperhatikan adalah posisi bagian kaki terletak pada bagian kanan bawah.
- 4) Format Surat Keterangan
Lihat lampiran 5.

f. Surat Perintah Tugas

- 1) Kepala
 - a) Kop surat tugas terdiri atas logo Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir, Logo Pemerintah Provinsi Sumatera Barat nama dan alamat Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.
 - b) Kata **Surat Perintah Tugas** ditulis dengan huruf kapital diletakkan di tengah margin.
 - c) Nomor surat berada di bawah tulisan surat tugas.
- 2) Batang Tubuh
Diktum dimulai dengan kata **Menugaskan** ditulis dengan huruf kapital diletakkan di tengah margin, diikuti kata kepada di tepi kiri, serta nama dan jabatan pegawai yang mendapat perintah tugas. Di bawah *kepada* ditulis *untuk* disertai tugas-tugas yang harus dilaksanakan.
- 3) Kaki
Bagian kaki terdiri atas.
 - a) tempat dan tanggal surat tugas;
 - b) jabatan pejabat yang menandatangani, ditulis dengan huruf awal kapital, diakhiri dengan tanda baca koma;
 - c) paraf bawahan langsung dari pejabat penandatangan surat di sebelah kiri nama jabatan penanda tangan;
 - d) tanda tangan pejabat yang menugaskan;
 - e) nama lengkap pejabat yang menandatangani surat;
 - f) stempel.

Hal yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut:

- a) Jika tugas merupakan perintah kolektif, daftar pegawai yang diperintahkan dimasukkan dalam lampiran yang terdiri atas kolom nomor urut, nama, jabatan, dan keterangan.
 - b) Surat tugas tidak berlaku lagi setelah tugas dilaksanakan atau masa berlakunya berakhir.
- 4) Format Surat Tugas
Lihat lampiran 6.

g. Surat Kuasa

Bentuk dan susunan surat kuasa adalah sebagai berikut:

- 1) Kepala
 - a) Kop surat kuasa terdiri atas logo Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir, Logo Pemerintah Provinsi Sumatera Barat, nama dan alamat Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir .
 - b) Tulisan surat kuasa seluruhnya menggunakan huruf kapital dan diletakkan di tengah margin.
- 2) Batang Tubuh
Batang tubuh memuat nama, alamat, jabatan, nomor KTP pihak pemberi kuasa dan penerima surat kuasa serta objek yang dikuasakan.
- 3) Kaki
Bagian kaki terdiri atas
 - a) Tempat, tanggal, bulan, dan tahun pembuatan;
 - b) Tanda tangan dan nama jelas pihak pemberi kuasa dan penerima kuasa;
 - c) Penerima kuasa terletak di sebelah kanan dan pemberi kuasa terletak di sebelah kiri.
 - d) Materai ditempel di tempat pemberi kuasa
- 4) Format Surat Kuasa
Lihat lampiran 7.

h. Surat Undangan

Bentuk dan susunan surat undangan adalah sebagai berikut:

- 1) Kepala
 - a) Kop surat undangan terdiri atas logo Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir, Logo Pemerintah Provinsi Sumatera Barat, nama dan alamat Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir . Khusus undangan yang diterbitkan oleh unit fungsional, maka kop surat dibuat di sisi kiri atas dengan ukuran lebih kecil. Untuk undangan yang diterbitkan unit kerja, maka kop surat diletakkan di tengah margin,
 - b) Tempat dan tanggal pembuatan undangan ditulis di sebelah kanan.
 - c) Nomor, lampiran, dan perihal ditulis di sebelah kiri undangan.
 - d) Alamat tujuan diletakkan tegak lurus dengan kata **Perihal**.
- 2) Batang Tubuh
 - a) Batang tubuh surat undangan terdiri atas kalimat pembuka;
 - b) isi undangan, terdiri atas hari/tanggal, pukul, tempat, dan acara, serta kalimat penutup.
- 3) Kaki
Bagian kaki terdiri atas
 - a) nama jabatan;
 - b) tanda tangan;
 - c) stempel jabatan/instansi, dan
 - d) tembusan jika perlu dan diletakkan di sebelah kiri bawah.
- 4) Format Surat Undangan:
 - a) Surat Undangan dari direktur lihat lampiran 8.
 - b) Surat Undangan dari unit fungsional lihat lampiran 9.
 - c) Surat Undangan dari unit kerja lihat lampiran 10.

i. Surat Panggilan

Bentuk dan susunan surat panggilan adalah sebagai berikut

- 1) Kepala Surat Panggilan terdiri atas
 - a) Nama tempat, tanggal, bulan dan tahun;
 - b) Nama perorangan yang dipanggil;
 - c) Nomor, sifat, lampiran dan perihal.
- 2) Isi Surat Panggilan terdiri atas:
 - a) Hari, tanggal, pukul, tempat, menghadap kepada, alamat pemanggil;
 - b) Maksud surat panggilan tersebut.
- 3) Bagian akhir Surat Panggilan terdiri atas:
 - a) Nama jabatan;
 - b) Tanda tangan pejabat;
 - c) Nama pejabat.
 - d) Stempel jabatan/instansi;
 - e) Tembusan apabila diperlukan.
- 4) Format Surat Panggilan
Lihat lampiran 11.

j. Pengumuman/Pemberitahuan

Bentuk dan susunan pengumuman adalah sebagai berikut:

- 1) Kepala
 - a) Kop surat terdiri atas logo Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir, Logo Pemerintah Provinsi Sumatera Barat, nama dan alamat Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.
 - b) Kata **PENGUMUMAN** dicantumkan di tengah margin dan ditulis dengan huruf kapital.
 - c) Kata **TENTANG** dicantumkan di bawah *pengumuman* ditulis dengan huruf kapital.
 - d) Rumusan judul pengumuman ditulis dengan huruf kapital simetris di bawah *tentang*.
- 2) Batang Tubuh
Batang tubuh memuat
 - a) alasan tentang perlunya dibuat pengumuman;
 - b) peraturan yang menjadi dasar pembuatan pengumuman;
 - c) pemberitahuan tentang hal tertentu yang dianggap mendesak;
 - d) informasi tentang sesuatu yang perlu diketahui oleh objek target pengumuman.
- 3) Kaki
Bagian kaki terdiri atas
 - a) tempat dan tanggal penetapan;
 - b) jabatan pejabat yang menetapkan, ditulis dengan huruf awal kapital, diakhiri dengan tanda baca koma;
 - c) tanda tangan pejabat yang menetapkan;
 - d) nama lengkap yang menandatangani;
 - e) stempel.
- 4) Format Pengumuman
Lihat lampiran 12.

k. Daftar Hadir

Daftar Hadir terdiri atas:

- 1) Kepala Daftar Hadir terdiri atas:
 - a) Kop surat terdiri atas logo Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir, Logo Pemerintah Provinsi Sumatera Barat. Semua header unit kerja dicetak di tengah margin. Khusus daftar hadir yang diterbitkan oleh unit fungsional, maka kop surat dibuat di sisi kiri atas dengan ukuran lebih kecil sesuai dengan unit fungsional yang menyelenggarakan kegiatan.
 - b) Tulisan "DAFTAR HADIR" dengan huruf kapital ditempatkan ditengah-tengah lembar naskah;
 - c) Hari, tanggal, waktu, tempat, dan acara ditulis dibawah tulisan Daftar Hadir sebelah kiri.
- 2) Isi Daftar Hadir minimal terdiri atas:
 - a) Kolom nomor urut;
 - b) Kolom nama;
 - c) Kolom jabatan/tempat dinas/alamat;
 - d) Nomor telepon selular
 - e) Kolom tanda tangan;
- 3) Format Daftar Hadir:
Lihat lampiran 13.

l. Notulen

Bentuk dan susunan notulen adalah sebagai berikut:

- 1) Kepala
 - a) Pada bagian tengah kertas berisi kata notulen pertemuan yang ditulis dengan huruf kapital;
 - b) Di bawah tulisan notulen pertemuan, tuliskan jenis rapat, misal: Koordinasi, Rutin ..., dll.
- 2) Di bawah judul notulen, dituliskan:
 - 1) hari, tanggal, waktu, tempat dan jumlah peserta
 - 2) peserta yang datang
 - 3) agenda/pokok bahasan
 - 4) pemimpin rapat (nama jelas dan jabatan)
 - 5) pembuat notulen (nama jelas dan jabatan)
- 3) Notulen berisi uraian tentang topik bahasan, diskusi yang terjadi, rencana tindak lanjut, status pembahasan dan penanggungjawab (jabatan) tentang topik dan rencana tindak lanjut yang dibahas.
- 4) Dalam diskusi, perlu dituliskan siapa mengatakan apa, sehingga benang merah diskusi dapat diikuti.

B. DOKUMEN

1. Kebijakan

a. Pengertian:

Kebijakan adalah penetapan Direktur Rumah Sakit pada tataran strategis atau bersifat garis besar yang mengikat. Berhubung kebijakan bersifat garis besar, maka penerapan kebijakan tersebut perlu diikuti dengan pedoman/panduan dan prosedur sehingga ada kejelasan langkah-langkah untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Semua kebijakan ditetapkan dengan keputusan Direktur.

b. Tujuan:

Tujuan penetapan kebijakan adalah menjamin bahwa setiap pedoman, panduan, prosedur, standar pelayanan, maupun ketentuan pelaksanaan lain yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir didasari atas adanya ketetapan pokok yang mengikat yang dibuat oleh Direktur.

c. Sistematika Kebijakan:

Pada dasarnya kebijakan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari keputusan Direktur, maka sistematika pembuatan kebijakan diatur sebagai berikut:

d. Pembukaan

Pada bagian pembukaan, mencakup:

- Judul;
dituliskan dengan huruf kapital dengan posisi simetris di tengah/*center* dengan awal kalimat sebagai berikut:

KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR
Nomor :

TENTANG
KEBIJAKAN

- Nomor;
ditulis nomor SK sesuai dengan dengan pedoman penomoran
- Jabatan pembuat keputusan;
ditulis simetris, diletakkan di tengah margin serta ditulis dengan huruf kapital seperti berikut:

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR

• Konsideran;

Konsideran mencakup minimal dua hal, yaitu Menimbang dan Mengingat, atau dapat pula ditambahkan Memperhatikan.

Konsideran **Menimbang**, memuat uraian singkat tentang pokok-pokok pikiran yang menjadi latar belakang dan alasan pembuatan keputusan. Huruf awal kata menimbang ditulis dengan huruf kapital diakhiri dengan tanda baca titik dua (:) dan diletakkan di bagian kiri.

Konsideran **Mengingat**, memuat dasar kewenangan dan peraturan perundang-undangan yang memerintahkan pembuatan keputusan tersebut. Peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar hukum adalah peraturan yang tingkatnya sederajat atau lebih tinggi. Urutan penulisan disesuaikan dengan hirarki peraturan dengan urutan tertinggi terletak di atas. Konsideran **Mengingat** diletakkan di sebelah kiri sejajar dengan kata menimbang dan ditulis dengan awal kata menggunakan huruf kapital serta diakhiri dengan tanda baca titik dua (:).

Konsideran **Memperhatikan** (tidak harus selalu ada), memuat segala sesuatu yang menjadi salah satu pertimbangan dibuatnya keputusan tersebut. Konsideran ini biasanya mencantumkan mengenai kesepakatan hasil rapat atau adanya surat usulan/permohonan dari bidang/bagian tertentu mengenai hal yang akan diputuskan. Penulisan konsideran **Memperhatikan** diletakkan di sebelah kiri sejajar dengan kata menimbang/mengingat dan ditulis dengan awal kata menggunakan huruf kapital serta diakhiri dengan tanda baca titik dua (:).

e. Diktum

- Diktum **MEMUTUSKAN** ditulis simetris di tengah, seluruhnya menggunakan huruf kapital, serta diletakkan di tengah margin.
- Diktum **Menetapkan** dicantumkan setelah kata memutuskan, disejajarkan ke bawah dengan kata menimbang/mengingat/memperhatikan, dengan huruf pada awal kata ditulis dengan huruf kapital, dan diakhiri dengan tanda baca titik dua (:).
- Nama keputusan sesuai dengan judul (kepala), selanjutnya ditulis dengan huruf kapital dan diakhiri dengan tanda baca titik.

f. Batang Tubuh

- a) Batang tubuh memuat semua substansi keputusan yang dirumuskan dalam diktum-diktum, misalnya:

KESATU :
KEDUA :
dst.

- b) Dicantumkan saat berlakunya keputusan, perubahan, pembetulan, pencabutan, dan peraturan lainnya.
- c) Materi kebijakan dapat ditulis dalam batang tubuh (jika hanya terdiri dari 1 – 2 kalimat), atau dibuat lampiran keputusan dan pada halaman terakhir ditandatangani oleh Direktur sebagai pembuat keputusan.

g. Kaki

Kaki keputusan merupakan bagian akhir substansi keputusan yang memuat penandatanganan penetapan keputusan, pengundangan keputusan yang terdiri atas tempat dan tanggal penetapan, nama jabatan, tanda tangan pejabat, dan nama lengkap pejabat yang menandatangani yaitu Direktur.

h. Lampiran Keputusan:

Lampiran keputusan merupakan bagian tidak terpisahkan dari keputusan tersebut. Pada lampiran halaman pertama, harus dicantumkan judul lampiran dan nomor keputusan. Halaman terakhir/ bagian akhir lampiran harus ditandatangani oleh Direktur sebagai pembuat keputusan.

Format pembuatan Kebijakan lihat Lampiran 1.

2. Pedoman

a. Pengertian:

Pedoman merupakan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilaksanakan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau mengatur beberapa hal untuk melaksanakan rangkaian kegiatan.

b. Tujuan:

Menjamin bahwa setiap kebijakan yang diputuskan oleh Direktur dapat dilaksanakan dengan baik menggunakan ketentuan dasar yang terarah dan mudah dipahami.

c. Ketentuan dalam pembuatan pedoman:

- Setiap pedoman harus dilengkapi dengan keputusan Direktur untuk memberlakukan pedoman tersebut. Apabila terjadi pergantian Direktur, keputusan pemberlakuan pedoman tidak perlu diganti sebatas masih sesuai dan masih dalam jangka waktu pemberlakuan. Namun, apabila terjadi perubahan dalam pedoman tersebut, maka pedoman serta keputusan pemberlakuannya perlu diganti.
- Setiap pedoman dilakukan evaluasi minimal 2-3 tahun sekali.
- Apabila Kementerian Kesehatan telah menerbitkan pedoman untuk suatu kegiatan/pelayanan tertentu, maka pedoman yang dibuat di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir wajib mengacu pada pedoman yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan tersebut.

d. Sistematika pembuatan pedoman:

1) Sistematika Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja:

Bab I Pendahuluan

A. Latar Belakang

Berisi tentang pertimbangan pokok perlunya pedoman pengorganisasian unit terkait.

B. Tujuan

Berisi target capaian/harapan dengan dibuatnya pedoman pengorganisasian unit.

C. Ruang Lingkup Pelayanan

Cakupan organisasi unit bersangkutan

D. Batasan Operasional

Berisi ketentuan atau batasan tertentu yang perlu dibuat atau istilah tertentu yang tidak lazim.

Bab II Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.

Merupakan gambaran informasi umum rumah sakit yang isinya sama untuk seluruh rumah sakit.

Bab III Visi, Misi, Falsafah, Nilai, Motto, Tujuan Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir .

Isinya sama sesuai dengan dokumen visi- misi yang sah.

Bab IV Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir

Berisi bagan struktur rumah sakit yang ditetapkan Pemerintah Provinsi Sumatera Barat.

Bab V Struktur Organisasi Unit Kerja.

Berisi struktur organisasi unit minimal dengan 3 (tiga) jenjang (1 level diatas dan 1 level di bawah)

- Bab VI Uraian Jabatan.
Berisi uraian jabatan masing-masing jenis profesi/pekerja yang ada di unit bersangkutan. Isi pokoknya adalah : tujuan, kedudukan dalam organisasi, dan uraian tugas. Uraian jabatan ini bisa diambil dari Uraian Tugas & Wewenang masing-masing profesi/pekerjaan.
- Bab VII Tata Hubungan Kerja.
Berisi tata kelola atau proses bisnis unit dan dapat menggunakan diagram proses level 2.
- Bab VIII Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil.
Berisi pola ketenagaan dan kualifikasi tenaga yang mengacu sesuai dengan pola ketenagaan yang dibuat bersama dari pihak SDM Rumah Sakit dan pihak unit terkait serta mengacu pada Uraian Tugas & Wewenang masing-masing.
- Bab IX Kegiatan Orientasi.
Berisi tentang kegiatan pengenalan bagi karyawan baru dengan cakupan: waktu, materi, pelaksana, dan evaluasi
- Bab X Pertemuan/Rapat.
Berisi tentang kegiatan rapat yang dilakukan oleh unit mencakup: waktu, materi, tempat, frekuensi, dan jenis rapat.
- Bab XI Pelaporan.
A. Laporan Harian
B. Laporan Bulanan
C. Laporan Tahunan
- 2) Sistematika Pedoman Pelayanan Unit Kerja
- Bab I Pendahuluan
A. Latar Belakang
Berisi tentang pertimbangan pokok perlunya pedoman pelayanan unit terkait
B. Tujuan
Berisi target capaian/harapan dengan dibuatnya pedoman pelayanan unit
C. Ruang Lingkup Pelayanan
Cakupan pelayanan di unit bersangkutan
D. Batasan Operasional
Berisi ketentuan atau batasan tertentu yang perlu dibuat atau istilah tertentu yang tidak lazim
E. Landasan Hukum
Berisi ketentuan perundangan/hukum yang mendasari pelayanan
- Bab II Standar Ketenagaan
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia
Berisi standar SDM yang diperlukan di unit bersangkutan berdasarkan pada jenis tenaga yang mendukung proses pelayanan di unit tersebut. Kualifikasi dapat dibuat dalam bentuk matrik/tabel dengan minimal mencakup: jenis tenaga/jabatan, jumlah minimal, persyaratan minimal (pendidikan, pelatihan, keterampilan, pengalaman).
B. Distribusi Ketenagaan
Berisi pola penyebaran ketenagaan berdasarkan pada pengaturan waktu/shift dinas yang ada di masing-masing unit terkait. Dalam distribusi ini ditentukan jenis dan jumlah tenaga yang minimal dipersyaratkan dalam pelayanan unit tersebut.
C. Pengaturan Jaga

| | |
|----------|---|
| | Berisi tentang sistem penjadwalan dinas, sistem penugasan jika ada yang berhalangan dinas, dan penjadwalan pada situasi khusus, misal: bencana |
| Bab III | Standar Fasilitas |
| | A. Denah Ruang Mencakup denah ruang pelayanan di unit terkait |
| | B. Standar Fasilitas Berisi standar fasilitas yang mendukung pelayanan di unit terkait |
| Bab IV | Tata Laksana Pelayanan |
| | Berisi uraian alur pelayanan di unit terkait sejak proses awal sampai proses akhir. Sebagai contoh, tata laksana pelayanan rawat jalan, berisi proses alur pelayanan pasien pasien sejak menyerahkan karcis pendaftaran sampai selesai pemeriksaan/tindakan dan pasien dipersilakan ke Farmasi. Tata laksana ini dapat ditulis dengan narasi atau dengan diagram alir. Apabila dalam proses pelayanan di unit mencakup berbagai kegiatan, maka dapat dibuat sub kegiatan sendiri-sendiri. |
| BAB V | Logistik |
| | Berisi narasi mengenai proses penyediaan logistik/peralatan pendukung untuk pelayanan kepada pasien serta jaminan ketersediaan fasilitas/peralatan agar pelayanan pasien di unit bersangkutan berjalan lancar. |
| Bab VI | Keselamatan Pasien |
| | Bab ini mutlak dibuat di unit yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien. Berisi tentang sistem yang dikembangkan di unit untuk mewujudkan asuhan pasien yang aman dan selamat. Referensi yang diikuti adalah Pedoman/Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagai panduan untuk menyusun upaya-upaya yang dilakukan di unit tersebut. |
| Bab VII | Keselamatan Kerja |
| | Berisi upaya-upaya yang dilakukan di unit terkait dalam rangka meminimalkan terjadinya kecelakaan kerja bagi petugas. Upaya tersebut disesuaikan dengan situasi dan kondisi unit bersangkutan dan mengacu pada Pedoman Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3 RS). |
| Bab VIII | Pengendalian Mutu |
| | Berisi upaya unit dalam rangka meningkatkan dan mengendalikan mutu pelayanan. Upaya tersebut diprioritaskan pada hal-hal yang berdampak langsung bagi kualitas pelayanan pasien. Acuan yang dipakai adalah Pedoman/Panduan Peningkatan Mutu Rumah Sakit. |
| Bab IX | Penutup |
| | Berisi hal-hal penting yang ingin diupayakan dan diharapkan dari unit bersangkutan baik terhadap staf di unit tersebut maupun pihak lain. |

3. Panduan

a. Pengertian:

Panduan merupakan petunjuk dalam melakukan kegiatan, dan dengan demikian panduan hanya meliputi 1 (satu) kegiatan saja.

b. Tujuan:

Menjamin bahwa setiap kebijakan dan pedoman yang ada dapat dilaksanakan dengan baik, terarah, dan mudah dipahami oleh semua yang terlibat.

- c. Ketentuan dalam pembuatan pedoman:
- Setiap panduan harus dilengkapi dengan keputusan Direktur untuk memberlakukan panduan tersebut. Apabila terjadi pergantian Direktur, keputusan pemberlakuan panduan tidak perlu diganti sebatas masih sesuai dan masih dalam jangka waktu pemberlakuan. Namun, apabila terjadi perubahan dalam panduan tersebut, maka panduan serta keputusan pemberlakuannya perlu diganti.
 - Setiap panduan dilakukan evaluasi minimal setiap 2-3 tahun sekali.
 - Apabila Kementerian Kesehatan telah menerbitkan panduan untuk suatu kegiatan/pelayanan tertentu, maka panduan yang dibuat di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir wajib mengacu pada panduan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan tersebut.
- d. Sistematika pembuatan panduan:
- | | |
|---------|---|
| Bab I | Definisi Berisi pengertian dari jenis aktivitas/hal/pelayanan yang menjadi pokok bahasan dalam panduan tersebut |
| Bab II | Ruang Lingkup Berisi cakupan / ruang lingkup kegiatan dalam panduan tersebut, termasuk pembatasan siapa yang berwenang dalam pelaksanaan aktivitas tersebut. |
| Bab III | Tata Laksana Berisi alur kegiatan yang sesuai dengan prosedur kerja yang pernah dibuat atau mengacu pada model tersebut apabila belum ada. |
| Bab IV | Dokumentasi Berisi hal-hal yang harus didokumentasikan dari proses seluruh yang dilakukan. |


Selain format baku kedua pedoman dan panduan di atas, maka terbuka kemungkinan format tersebut dapat dikembangkan untuk memuat materi/isi pedoman/panduan.

4. Standar Prosedur Operasional (SPO)

- a) Pengertian:
Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah dokumen yang merupakan perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu yang melibatkan satu orang/lebih dalam satu bagian/lebih.
- b) Tujuan penyusunan SPO:
Untuk memastikan bahwa proses kerja rutin dapat terlaksana secara efisien, efektif, konsisten/seragam, dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.
- c) Manfaat SPO:
- 1) Memenuhi standar pelayanan rumah sakit/akreditasi rumah sakit;
 - 2) Mendokumentasikan langkah-langkah kegiatan;
 - 3) Memastikan staf rumah sakit memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya.

d) Format SPO:

- 1) Format SPO mengacu pada lampiran Keputusan Direktur nomor..., sebagai berikut:

| | | | |
|--|---|--------------------------------------|---------------------|
|  RSUD M. NATSIR | JUDUL | | |
| | Nomor Dokumen | Revisi 00 | Halaman 1 dari 1 |
| | Tanggal Terbit | Ditetapkan, Direktur | |
| STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL | | | |
| Pengertian | Berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian. | | |
| Tujuan | Berisi tujuan pelaksanaan SPO secara spesifik. Kata kunci : "Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk....." | | |
| Kebijakan | Berisi kebijakan Direktur yang menjadi dasar dibuatnya SPO tersebut. Dicantumkan kebijakan yang mendasar SPO tersebut, kemudian diikuti dengan peraturan/keputusan dari kebijakan terkait. Lebih baik disertakan point kebijakan yang menaungi SPO yang terbit. | | |
| Prosedur | Bagian ini merupakan bagian utama yang mengurai langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu. | | |
| Unit Terkait | Berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut | | |

2) Petunjuk pengisian format SPO:

SPO mencakup hal-hal sebagai berikut:

a) *Heading* :

Heading dan kotaknya dicetak pada setiap halaman. Pada halaman pertama kotak heading harus lengkap mencakup: logo dan nama RS, nama/judul prosedur operasional, nomor dokumen, nomor urut revisi, nomor halaman, tanggal terbit, serta pengesahan/penetapan dokumen berupa tanda tangan dan nama Direktur Rumah Sakit.

Sedangkan pada halaman berikutnya cukup memuat logo dan nama RS, nama/judul prosedur operasional, nomor dokumen, nomor urut revisi, dan nomor halaman. Masing-masing kotak pada *heading* diisi sebagai berikut:

- (1) Kotak logo & nama RS, diisi dengan logo dan nama Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.
- (2) Kotak judul prosedur kerja, diisi nama/judul prosedur kerja yang dimaksud.
- (3) Kotak nomor dokumen, diisi nomor dokumen sesuai dengan ketentuan penomoran dokumen yang ada di Bab III.
- (4) Kotak nomor revisi, diisi dengan status revisi dengan menggunakan angka. Dokumen baru diberi nomor 0 dan dokumen revisi pertama diberi nomor 1, dan seterusnya.

- (5) Kotak halaman, diisi dengan nomor halaman dengan mencantumkan juga total halaman untuk SPO tersebut. Misalnya, jumlah semua halaman ada 5, maka halaman pertama ditulis: 1 dari 5, halaman kedua ditulis 2 dari 5, dan seterusnya.
 - (6) Kotak SPO, cukup ditulis SPO dengan huruf lebih besar dan dicetak tebal.
 - (7) Kotak tanggal terbit, ditulis tanggal sesuai terbitnya atau tanggal berlakunya SPO tersebut.
 - (8) Kotak Ditetapkan Direktur, dibubuhi tanda tangan Direktur dan ditulis nama lengkap Direktur beserta gelarnya, serta diberi stempel di sisi kiri tandatangan Direktur.
- b) Isi SPO:
- (1) Pengertian
Berisi penjelasan tentang istilah yang mungkin sulit dipahami dan atau defisini dari judul SPO di atas
 - (2) Tujuan
Berisi tujuan spesifik dari pelaksanaan SPO. Kata kuncinya: "Sebagai acuan penerapan langkah-langkah"
 - (3) Kebijakan
Tuliskan isi kebijakan Direktur yang menjadi garis besar dan dasar bagi dibuatnya SPO tersebut, dan jika ada diikuti dengan peraturan/keputusan dari kebijakan terkait.
 - (4) Prosedur
Merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu dan staf/petugas yang berwenang. Dapat dicantumkan alat/formulir/fasilitas yang digunakan, waktu, dan frekuensi dalam proses kerja tersebut. Unsur yang ada dalam prosedur : Siapa, Apa, Dimana, Kapan, dan Bagaimana. Dapat juga dibuat dengan menggunakan bagan arus/*flow chart* untuk memudahkan pemahaman langkah-langkah.
 - (5) Unit Terkait
Berisi unit terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut

5. Panduan Praktik/Standar Asuhan

Panduan Praktik/Standar Asuhan adalah dokumen yang menjabarkan tentang standar atau panduan dalam memberikan pelayanan medis/asuhan keperawatan/asuhan lain berdasarkan pada keilmuan dan standar profesi.


Format Panduan Praktik mengacu pada format SPO dengan isi mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. *Pengertian*: Tuliskan definisi dari judul standar pelayanan tersebut
- b. *Pemeriksaan dan Gejala Klinis*: Tuliskan tentang pemeriksaan yang dilakukan dan gejala klinis yang biasanya muncul
- c. *Diagnosa Banding*: Tuliskan tentang diagnosa lain yang menjadi diagnosa banding dari diagnosa tersebut
- d. *Pemeriksaan penunjang*: Tuliskan pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosa
- e. *Terapi*: Tuliskan pengobatan dan atau tindakan medik yang dilakukan untuk mengatasi penyakit/diagnosa
- f. *Komplikasi/Pyenyulit*: Tuliskan komplikasi dari penyakit atau penanganan kasus tersebut
- g. *Prognosis*: Tuliskan kemungkinan harapan / prognosis dari kasus tersebut
- h. *Wewenang*: Tuliskan dokter yang diberikan kewenangan menanganai kasus tersebut
- i. *Unit yang menangani*: Tuliskan unit yang menangani kasus tersebut


j. *Unit Terkait*: Tuliskan unit lain yang terkait dalam penanganan kasus tersebut

Pedoman praktik disahkan oleh Direktur dengan mencantumkan tanggal, tanda tangan, dan nama terang, dan stempel.

Format Panduan Praktek Klinis/Standar Asuhan.

|  RSUD M. NATSIR | PANDUAN PRAKTEK KLINIS/STANDAR ASUHAN | | |
|--|--|--------------------------------------|---------------------|
| | JUDUL | | |
| | Nomor Dokumen | Nomor Revisi 00 | Halaman 1 dari 1 |
| | Tanggal Terbit | Ditetapkan, Direktur | |
| Pengertian | | | |
| Pemeriksaan dan Gejala Klinis | | | |
| Diagnosis Banding | | | |
| Pemeriksaan Penunjang | | | |
| Terapi | | | |
| Komplikasi Pemyulit | | | |
| Prognosis | | | |
| Wewenang | | | |
| Unit yang menangani | | | |
| Unit terkait | | | |

Standar Asuhan Keperawatan/Gizi, dll mencakup unsur: Pengkajian, Diagnosa, Rencana, Tindakan, Evaluasi, dan Pencatatan. Apabila secara profesi ada aturan khusus mengenai cara penulisan untuk standar asuhan, maka terbuka kesempatan untuk masing-masing profesi merumuskan sesuai dengan kebutuhan, tanpa meninggalkan format dasarnya. Contoh Standar Asuhan Keperawatan :

|  RSUD M. NATSIR | STANDAR ASUHAN (NAMA PROFESI) | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| | JUDUL | | |
| | Nomor Dokumen | Nomor Revisi 00 | Halaman 1 dari 1 |
| | Tanggal Terbit | Ditetapkan, Direktur | |
| Pengkajian | | | |
| Diagnosis Medis | | | |
| Diagnosis Profesi | | | |
| Rencana | | | |
| Tindakan | | | |
| Evaluasi | | | |
| Pencatatan | | | |

6. Program

Program kerja merupakan rencana kegiatan yang akan dilaksanakan yang disusun secara rinci dan dipergunakan untuk mencapai tujuan dari unit/sie/komite/tim/panitia. Program merupakan panduan dalam melaksanakan kegiatan di unit kerja sehingga tujuan program tersebut dapat dicapai.

Sistematika dalam membuat program minimal adalah sebagai berikut:

- a. Pendahuluan
- b. Latar Belakang
- c. Tujuan umum dan tujuan khusus
- d. Kegiatan pokok dan rincian kegiatan
- e. Cara melaksanakan kegiatan
- f. Sasaran
- g. Jadwal pelaksanaan kegiatan
- h. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan
- i. Pencatatan, pelaporan, dan evaluasi kegiatan

Sistematika tersebut dapat ditambahkan dengan point pembiayaan/anggaran jika dalam pelaksanaan kegiatan memerlukan anggaran tertentu.

Petunjuk penulisan sesuai dengan sistematika tersebut adalah sebagai berikut :

- 1) Pendahuluan
Tuliskan hal-hal yang bersifat umum yang masih terkait dengan program kegiatan yang dimaksud.
- 2) Latar belakang
Tuliskan alasan mengapa program tersebut disusun dan sebaiknya dilengkapi dengan data-data sehingga alasan tersebut menjadi lebih kuat.
- 3) Tujuan umum dan tujuan khusus
Tujuan yang ditulis adalah merupakan tujuan program dimana tujuan umum merupakan tujuan secara garis besar, sedangkan tujuan khusus berisi tujuan yang lebih rinci.
Tujuan umum dituliskan secara singkat berisi substansi tujuan. Tujuan khusus merupakan perincian dari tujuan umum.
- 4) Kegiatan pokok dan rincian kegiatan
Kegiatan pokok dan rincian kegiatan adalah langkah-langkah kegiatan yang harus dilakukan sehingga tercapainya program tersebut. Karena itu, antara tujuan dan kegiatan harus berkaitan dan sejalan. Kegiatan pokok dan rincian kegiatan ditulis sesuai dengan tujuan khusus yang hendak dicapai.
- 5) Cara melaksanakan kegiatan
Adalah metode untuk melaksanakan kegiatan pokok dan rincian kegiatan. Metode tersebut bisa dengan membentuk tim, melakukan rapat, melakukan audit, dan lain-lain.
- 6) Sasaran
Sasaran program adalah target yang bersifat spesifik dan terukur untuk mencapai tujuan program. Penyusunan sasaran program harus SMART (*spesifik, measurable, aggressive but attainable, result oriented, dan time bound*) atau dengan kata lain bahwa sasaran harus:
 - a. menggambarkan hasil yang spesifik yang diinginkan;
 - b. terukur dan dapat digunakan untuk memastikan apa dan kapan pencapaiannya;
 - c. menantang namun dengan target yang layak;
 - d. berorientasi pada hasil;
 - e. dengan target waktu yang jelas dan tidak terlalu lama.

7) Jadwal pelaksanaan kegiatan

Merupakan perencanaan waktu untuk melaksanakan langkah-langkah dari kegiatan yang disusun. Jadwal dapat dibuat dengan tabel matriks yang menjelaskan masing-masing tahap kegiatan serta rencana waktu pelaksanaannya. Contohnya adalah:

| No | Kegiatan | Waktu dalam Bulan tahun 2019 | | | | | | | | | | | |
|----|-----------------|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | Pembentukan tim | ■ | | | | | | | | | | | |
| 2 | Rapat tim | ■ | ■ | | | | | | | | | | |
| 3 | Sosialisasi | | | ■ | ■ | | | | | | | | |
| 4 | dll | | | | | | | | | | | | |

8) Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan

Yang perlu ditulis dalam bagian ini adalah evaluasi dari jadwal/skedul kegiatan. Jadwal tersebut akan dievaluasi setiap berapa waktu sekali sehingga dapat diketahui apabila ada penyimpangan agar dapat segera diperbaiki dan tidak mengganggu program secara keseluruhan. Oleh sebab itu, yang perlu ditulis adalah setiap kapan atau berapa lama evaluasi pelaksanaan dan jadwal kegiatan dilakukan.

Sedangkan yang dimaksud dengan pelaporan adalah bagaimana membuat laporan evaluasi pelaksanaan kegiatan tersebut dan kapan laporan tersebut harus dibuat dan ditujukan kepada siapa.

9) Pencatatan, pelaporan, dan evaluasi kegiatan

Pencatatan adalah catatan seluruh kegiatan serta dokumentasi yang diperlukan selama kegiatan tersebut berlangsung. Pelaporan adalah bagaimana membuat laporan program dan kepada siapa, serta kapan laporan harus sudah diserahkan. Evaluasi kegiatan adalah evaluasi pelaksanaan seluruh kegiatan yang direncanakan secara menyeluruh.

7. Formulir:

Dokumen Formulir adalah dokumen yang merupakan blanko yang akan diisi. Formulir bisa berhubungan langsung dengan pelanggan (misalnya: formulir resep, formulir bukti pembayaran, formulir kepuasan pelanggan, dll) maupun yang tidak berhubungan langsung dengan pelanggan (misalnya : formulir jadwal dinas, formulir rekam medik, dll). Formulir dicetak dalam kertas dengan ukuran, jenis, dan warna yang bervariasi sesuai dengan kebutuhan.

Setiap formulir harus mencantumkan *header* yang terdiri dari logo, nama, alamat Rumah Sakit, dan judul dari Formulir itu sendiri. Sedangkan pada bagian *footer* tercantum: nomor dokumen, tanggal diberlakukan, dan nomor revisi.

Pada beberapa formulir tertentu yang menggunakan tembusan, maka tiap tembusan harus ditulis nomornya dan peruntukannya.

Jenis formulir yang dikendalikan, [lihat di lampiran 14](#).

BAB III

PENGELOLAAN DAN PENGENDALIAN DOKUMEN INTERNAL

Tujuan pengelolaan dokumen ini dimaksudkan agar proses dan cara untuk memberikan pengawasan pada dokumen yang ada di lingkup rumah sakit dapat dilakukan secara baik, terarah, mudah dipahami dan mengikuti mekanisme yang sama. Dengan demikian ada protokol tertulis untuk menjabarkan persyaratan untuk mengembangkan dan menjaga kebijakan dan prosedur.


Dokumen internal yang diatur secara khusus dalam penerbitan, penomoran, pengesahan, distribusi, sosialisasi, revisi, pemusnahan, dan penyimpanannya adalah dokumen kebijakan, pedoman, panduan, SPO, dan formulir. Pengelolaan dokumen tersebut diatur sebagai berikut:

A. Tata Cara Penerbitan Dokumen

Langkah yang perlu dilakukan untuk menerbitkan dokumen, meliputi hal-hal berikut:

1. Identifikasi kebutuhan pengusulan dokumen dilakukan setelah melalui proses telaah dalam rapat atau pertemuan sejenis yang dilakukan oleh unit kerja atau unit fungsional. Kesepakatan substansi dan rumusan usulan dari unit kerja/unit fungsional atau antar lintas unit dan antar lintas pihak, diajukan dalam bentuk tertulis diajukan kepada Direktur. Di tingkat unit kerja para Kasie bertanggung jawab atas kesesuaian, kebenaran isi dokumen, penetapan pengajuan perubahan dokumen dan materi usulan pembuatan dan/atau pengubahan dokumen. Di tingkat unit fungsional, para Ketua atau Penanggung Jawab Komite/Tim/Panitia bertanggung jawab atas hal yang sama. Semua hal yang berhubungan dengan profesi kedokteran harus melalui Komite Medik. Semua hal yang berhubungan dengan profesi keperawatan harus melalui Komite Keperawatan.
 - a. Wakil manajemen untuk pengelolaan dokumen ditugaskan memastikan kesesuaian rumusan dengan regulasi dan kebijakan yang ada, relevansinya, substansi dan rumusan yang dipakai, tata naskah dan tumpang tindih antar dokumen serta hal terkait lainnya. Setiap usulan diberi catatan atau rekomendasi terkait pengajuan ini, dibuat oleh wakil manajemen untuk dipertimbangkan lebih lanjut oleh Direktur.
 - b. Bila Direktur menyetujui usulan/rumusan kebijakan, maka akan terbit surat keputusan yang terkait dengan pokok bahasan tertentu. Dalam rangka memastikan kebijakan ini dijalankan, maka perlu dibuat kebijakan turunannya dalam bentuk pedoman, panduan dan prosedur. Penyusunan pedoman, panduan dan prosedur dilakukan dalam unit kerja atau unit fungsional melalui rapat atau pertemuan sejenis, dengan mekanisme pengajuan dan penetapan serupa dengan kebijakan. Bila berupa prosedur, maka pembubuhan tanda tangan Direktur dianggap sebagai pengesahan prosedur baru.
 - c. Semua produk hukum yang diterbitkan oleh Pemerintah berupa Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Keputusan Presiden, Keputusan Menteri, Peraturan Menteri, Peraturan Daerah, maupun segala produk hukum lain yang mengikat Rumah Sakit merupakan dasar untuk telaah terhadap kebijakan internal rumah sakit sebelumnya (bila pernah ada) dan atau dasar untuk kebijakan baru yang perlu terbit atau dijalankan dalam organisasi rumah sakit. Direktur dapat mengeluarkan kebijakan yang sesuai untuk pelaksanaan produk hukum yang diterbitkan pemerintah tersebut di lingkungan rumah sakit, dengan melakukan adaptasi sesuai ukuran, kemampuan dan kondisi rumah sakit.

Contoh Form Usulan Dokumen Baru dan Usulan Revisi Dokumen :

| | | | |
|--|--|--|--------|
|  RSUD M. NATSIR | No : | Tanggal : | Revisi |
| | FORMULIR USULAN/REVISI* DOKUMEN | | |
| | Jenis Dokumen | Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO/Program/Formulir/Lain-lain *) | |
| Nama/Judul Dokumen | | | |
| Pertimbangan/alasan usulan/revisi* dokumen baru | | | |
| | | | |
| Solok,..... Diajukan oleh, <u>nama terang</u>(unit kerja/fungsionalnya) | | | |
| Catatan Wakil Manajemen: <input type="checkbox"/> Kesesuaian regulasi <input type="checkbox"/> Kesesuaian relevansi <input type="checkbox"/> Kesesuaian substansi dengan rumusan <input type="checkbox"/> Kesesuaian tata naskah <input type="checkbox"/> Lain-lain | | Solok, Diserahkan oleh, (nama terang)(unit kerja/fungsionalnya) | |
| Rekomendasi : | | Solok Diserahkan kepada Direktur, (nama terang) (Wakil manajemen) | |

B. Tata Cara Penomoran Dokumen

1. Ketentuan Umum

Sistematika penomoran dokumen dimaksudkan untuk memberikan panduan baku dalam penomoran dokumen internal sehingga dokumen dengan mudah dikenali dan diklasifikasikan sesuai dengan pengelompokannya.

Dokumen internal yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir diklasifikasikan menjadi:

- a. Kebijakan
- b. Pedoman
- c. Panduan
- d. Standar Pelayanan/Standar Asuhan
- e. Standar Prosedur Operasional
- f. Formulir
- g. Brosur

Semua dokumen tersebut, masing-masing sistematika penomorannya diatur secara berbeda.

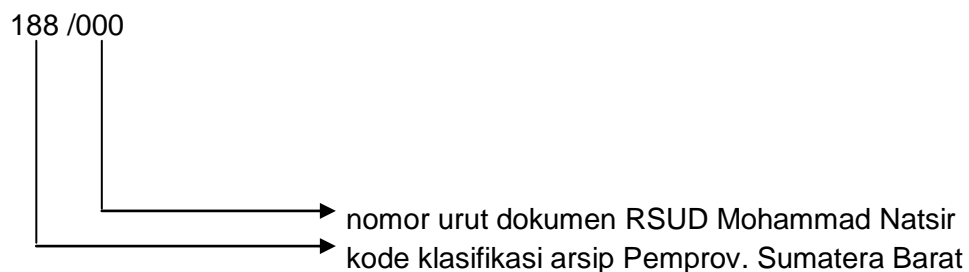
2. Penomoran Dokumen

Identifikasi tiap-tiap dokumen diatur dengan penomoran sebagai berikut:

1) Penomoran Surat Keputusan Direktur

Dokumen dengan penomoran dan pengesahannya menggunakan Surat Keputusan (SK) Direktur, yaitu: kebijakan, pedoman, panduan, standar pelayanan/standar asuhan/panduan praktek klinis.

Contoh penomoran Surat Keputusan Direktur adalah sebagai berikut:



Kode klasifikasi arsip Pemerintah Provinsi Sumatera Barat yang sering digunakan :

| Kode | Isi |
|------|---|
| 800 | Kepegawaian |
| 445 | Rumah sakit |
| 446 | Tenaga medis |
| 447 | Alat medis meliputi inventarisasi, pengadaan, perawatan dan penghapusan |
| 449 | Pelayanan kesehatan |
| 810 | Pengangkatan tenaga lepas |

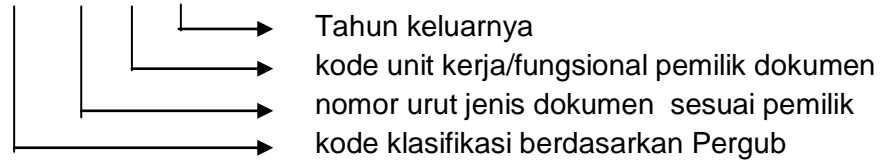
Contoh penulisan nomor SK bulan Juli 2015

| No | Isi Keputusan | Penomoran |
|----|---|-----------|
| 1 | Kebijakan peningkatan mutu rumah dan keselamatan pasien rumah sakit | 188 / 456 |
| 2 | Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit | 188/ 367 |

2) Penomoran Standar Prosedur Operasional, Standar Pelayanan/Standar Asuhan, formulir, brosur

a) Urutan nomor adalah sebagai berikut:

Aa/ Bb / Cc / 2016



| Aa | Jenis Dokumen |
|------|------------------------------------|
| SPO | Standar Prosedur Operasional |
| SP | Standar Pelayanan |
| SA | Standar Asuhan |
| UTW | Uraian Tanggung Jawab dan Wewenang |
| UTI | Uraian Tugas Individu |
| form | Formulir |
| brsr | Brosur |

Kode unit kerja/fungsional berdasarkan struktur organisasi, sebagai pemilik dokumen atau dokumen keluar dari:

| Bb | Unit Kerja |
|-------|---|
| Dir | Direktur |
| KSM | Staf Medis Fungsional/Kelompok Staf Medis |
| JM | Pelayanan Medik dan Penunjang Medik |
| IGD | Pelayanan Gawat Darurat |
| RJ | Pelayanan Rawat Jalan |
| OK | Pelayanan Kamar Bedah |
| Lab | Pelayanan Laboratorium |
| Rad | Pelayanan Radiologi |
| Fis | Pelayanan Fisioterapi |
| Far | Pelayanan Farmasi |
| GZ | Pelayanan Gizi |
| RM | Pelayanan Rekam Medik |
| Kep | Pelayanan Keperawatan |
| RI | Pelayanan Rawat Isolasi |
| RI | Pelayanan Rawat Inap |
| IPSRS | Pelayanan IPSRS |
| JZ | Kamar Jenazah |
| AU | Administrasi Umum |
| Keu | Keuangan |
| Prog | Program Data dan TI |
| Dik | Pendidikan dan Pelatihan |

| | |
|------|--|
| PKRS | Promosi Kesehatan Rumah Sakit |
| KK | Keamanan |
| KF | Komite/Panitia Farmasi |
| KMKP | Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit |
| KKp | Komite Keperawatan |
| KMed | Komite Medik |
| Sekr | Sekretariat |
| PPI | Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi |
| Akre | Panitia Akreditasi |
| K3RS | Komite/Tim K3 Rumah Sakit |
| KEH | Komite Etika dan Hukum |
| SPI | Satuan Pengawasan Internal/Satuan Pemeriksa Internal |
| DOT | Tim DOTS TB |
| PK | Program kerja |

Yang dimaksud dengan nomor urut dokumen adalah nomor berdasarkan urutan yang ditentukan pada setiap jenis dokumen. Pemberian nomor urut dibuat dalam 3 (tiga) digit dan selalu dimulai dari nomor 001. Untuk semua kode dokumen/jenis dokumen pemberian nomor urut 001 dimulai setiap tanggal 2 Januari tahun berjalan, dan dibuatkan ekspedisi yang sesuai dengan jenis dokumennya masing-masing secara berturut-turut, yang akan mengikuti kronologis waktu penerbitan.

C. Tata Cara Pengesahan Dokumen

Setiap pembuatan dokumen internal, harus mendapat bukti peninjauan dan persetujuan oleh personel yang berwenang sebagai berikut :

1. Rumusan ditinjau ulang dan ditandatangani oleh Kasie terkait dan disetujui oleh Direktur.
2. Kebijakan, Pedoman dan Panduan disahkan dengan Surat Keputusan dan ditandatangani oleh Direktur.
3. Standar Prosedur Operasional disahkan oleh Direktur.
4. Standar Pelayanan diperiksa dan disetujui oleh Ketua Komite Medis dan disahkan oleh Direktur. Standar Asuhan Keperawatan diperiksa dan disetujui oleh Ketua Komite Keperawatan dan disahkan oleh Direktur.
5. Formulir, ditinjau ulang dan ditandatangani oleh Kasie terkait dan disetujui oleh Wakil Manajemen pada lembar usulan revisi dokumen, diketahui Direktur.
6. Brosur, ditinjau ulang dan ditandatangani oleh pemilik dokumen dan UPKM/PKRS dan disetujui oleh Kasie terkait pada lembar usulan/revisi dokumen, diketahui Direktur.

Setiap pengesahan hasil penggandaan/salinan dokumen digunakan stempel basah dengan stempel "DOKUMEN SALINAN DIKENDALIKAN" seperti contoh berikut :



D. Tata Cara Distribusi dan Sosialisasi Dokumen


Distribusi dokumen terkendali dilakukan setelah mendapatkan pengesahan dari Pengendali Dokumen dan dapat dikirimkan secara langsung oleh pemilik dokumen atau bersamaan dengan pelaksanaan sosialisasi dokumen dimaksud. Sosialisasi dokumen dapat dilaksanakan dalam bentuk pertemuan secara langsung maupun dikirimkan kepada pengguna dokumen sesuai dengan isi dan tujuan dari diterbitkannya dokumen tersebut. Sosialisasi yang dilakukan secara langsung dengan pertemuan dapat dilakukan apabila dokumen yang diterbitkan memerlukan penjelasan lisan sebelum digunakan. Sosialisasi dilakukan oleh pemilik dokumen dengan melibatkan pengguna dokumen terkait. Sosialisasi sebaiknya dilaksanakan sebelum dokumen tersebut diberlakukan sehingga apabila ada masukan atau koreksi dari pengguna dokumen terkait dapat dilakukan perbaikan.

E. Tata Cara Revisi Dokumen

Sesuai dengan level/jenis dokumen, pengguna dokumen dapat melakukan permohonan revisi dokumen kepada pemilik dokumen dengan menggunakan Formulir Usulan/Revisi Dokumen. Selanjutnya, pemilik dokumen melakukan telaah atas usulan revisi dokumen, dan jika diperlukan melakukan klarifikasi dan diskusi dengan pengguna dokumen yang menyampaikan usulan revisi atau pengguna dokumen lainnya. Apabila usulan revisi tersebut disetujui, dokumen diterbitkan dan dimintakan pengesahan sesuai dengan ketentuan yang ada dan selanjutnya didistribusikan sesuai dengan kebutuhan penggunaan dokumen dimaksud.

Setiap distribusi/pengiriman dokumen baru/revisi kepada masing-masing bagian yang menggunakan dokumen tersebut, maka dokumentasi dilakukan dengan mengisi Bukti Penerimaan Dokumen. Formulir Bukti Penerimaan Dokumen yang telah diisi akan dijadikan satu dengan dokumen asli dan disimpan oleh pemilik dokumen.

Form penerimaan dokumen:

| | | | | | |
|--|---------------------------------|---|-----------|--------------|--------|
|  RSUD M. NATSIR | No : | | Tanggal : | | Revisi |
| | BUKTI PENERIMAAN DOKUMEN | | | | |
| | Jenis Dokumen | Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO/Program/Formulir/UTW/UTI/Lain-lain *) | | | |
| Nama/Judul Dokumen | | | | | |
| Pemilik Dokumen | | | | | |
| Nomor Dokumen | | | | | |
| Nama unit kerja/fungsional penerima dokumen | Jumlah dokumen | Penerima Dokumen | | | |
| | | Nama | | Tanda tangan | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

F. Tata Cara Pemusnahan Dokumen

Dokumen yang sudah tidak aktif harus diberi tanda dan diganti dengan dokumen yang masih aktif. Penarikan dokumen salinan yang ada di bidang/unit pengguna dokumen dilakukan oleh pemilik dokumen bersamaan dengan penyerahan dokumen pengganti (jika direvisi) dengan menggunakan Formulir Penarikan Dokumen.

Form penarikan dokumen:

| | | | | | | |
|--|--------------------------------|------------------|---|--|--------------|--|
|  RSUD M. NATSIR | No: | | Tanggal: | | Revisi | |
| | BUKTI PENARIKAN DOKUMEN | | | | | |
| | Jenis Dokumen | | Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO/Program/Formulir/UTW/UTI/Lain-lain *) | | | |
| Nama/Judul Dokumen | | | | | | |
| Pemilik Dokumen | | | | | | |
| Nomor Dokumen | | | | | | |
| Nama unit kerja/fungsional penerima dokumen | Jumlah dokumen | Penerima Dokumen | | | | |
| | | Nama | | | Tanda tangan | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Dokumen asli yang tidak berlaku dibawa ke Pengendali Dokumen untuk didaftarkan sebagai dokumen tidak berlaku dan Pengendali Dokumen akan memberikan stempel basah OBSOLETE. Selanjutnya dokumen tersebut disimpan oleh Pengendali Dokumen dan disimpan dalam odner khusus sebagai dokumen obsolete sebagai bukti sejarah dokumen tersebut. Sedangkan salinan dokumen terkendali yang sudah ditarik dari pengguna dokumen diserahkan kepada Pengendali Dokumen untuk dimusnahkan

dengan cara dihancurkan/dirajang menggunakan mesin penghancur kertas. Proses penghancuran dokumen dilakukan dengan membuat berita acara pemusnahan dokumen dan kalau diperlukan dilampiri dengan bukti penghancuran berupa foto proses penghancuran dokumen. Bukti penghancuran dokumen disimpan oleh Pengendali Dokumen sebagai bukti sah dalam penghancuran dokumen.



Contoh Berita Acara Pemusnahan Dokumen:

Header/kop

BERITA ACARA PEMUSNAHAN DOKUMEN

Pada hari ini,tanggal.....bertempat
 di.....
telah dimusnahkan dokumen-dokumen sebagai berikut:

| No | Nama/judul dokumen | Nomor dokumen | Tanggal berlaku | Jumlah |
|----|--------------------|---------------|-----------------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Berita acara pemusnahan dokumen ini selanjutnya sebagai bukti sah jika diperlukan dikemudian hari. Demikian berita acara ini dibuat. Atas perhatian dan kerja sama yang diberikan, kami ucapkan terima kasih.

Bantul,
 Mengetahui,

Dibuat oleh,

.....

Catatan : untuk pemusnahan formulir rekam medis mengacu peraturan yang berlaku

G. Tata Cara Penyimpanan Dokumen

Semua dokumen yang diterbitkan/direvisi akan diarsip oleh Pengendali Dokumen di Pusat Kontrol Dokumen yaitu Sekretariat Rumah Sakit untuk disimpan sebagai dokumen terkendali.

Penyimpanan Dokumen Asli:

- 1) Kebijakan asli disimpan di Sekretariat Rumah Sakit dan salinannya didistribusikan ke masing-masing Unit/Sie atau Komite/Tim/Panitia.
- 2) Pedoman dan Panduan asli disimpan di masing-masing Pemilik Dokumen dan salinannya didistribusikan ke Pengendali Dokumen serta masing-masing Unit/Sie/Komite/Tim/Panitia yang terkait.
- 3) Standar Prosedur Operasional asli disimpan oleh Pemilik Dokumen dan salinannya didistribusikan ke Pengendali Dokumen serta ke Unit/Sie/Komite/Tim/Panitia yang terkait.
- 4) Standar pelayanan dan standar asuhan yang asli disimpan oleh Pemilik Dokumen dan salinannya didistribusikan ke Pengendali Dokumen serta ke Unit/Sie/Komite/Tim/Panitia yang terkait.
- 5) Formulir asli disimpan oleh Pemilik Dokumen dan penggandaannya dilakukan oleh pemilik dokumen atau pengguna dokumen untuk digunakan sesuai dengan kebutuhan.
- 6) Dokumen lainnya yang asli, disimpan oleh Pemilik Dokumen.

Satu dokumen asli yang sudah tidak digunakan/tidak aktif dan sudah diberi stempel OBSOLETE akan disimpan oleh Pengendali Dokumen di Pusat Kontrol Dokumen atau di Sekretariat Rumah Sakit.

H. Pengelolaan dan Penyimpanan Dokumen Digital

Semua dokumen yang telah disahkan akan disimpan dalam bentuk cetak dan disimpan secara teratur sesuai dengan jenis dokumennya. Dengan berkembangnya pemanfaatan teknologi informasi di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir, maka akan dikembangkan penggunaan dokumen digital dan penyimpanannya dilakukan secara khusus dengan program yang diintegrasikan dalam Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan pengelolaannya dilakukan oleh Sie Pengelola Sistem Informasi (PSI). Program ini masih dalam tahap pengembangan dan implementasinya dilaksanakan secara bertahap.

Dengan demikian, sementara waktu pengelolaan dan penyimpanan dokumen tetap akan dibuat dengan cara dicetak dan secara bertahap akan disimpan juga dengan cara digital. Jika SIMRS telah berjalan secara penuh, maka penyimpanan dokumen sebagian besar akan dilakukan secara digital.

Ditetapkan di : Solok
Pada Tanggal : 02 Januari 2019

DIREKTUR

drg. Ernoviana, M.Kes

contoh



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR



Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

NOTA DINAS

No : / /TU/2019

Untuk :
Melalui :
Dari :
Tanggal :
Perihal :

Sehubungan.....
....., maka bersama ini mohon
persetujuan Bapak agar dapat memberi izin untuk mengikuti kegiatan tersebut kepada :

Nama :
NIP :
Pangkat / Gol :
Jabatan :

Yang akan dilaksanakan pada tanggal bertempat di Provinsi

Oleh sebab itu kami mohon izin dan persetujuan dari Bapak untuk dapat mengikuti kegiatan kepada nama tersebut diatas dan biaya dibebankan padaRumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir tahun 201..

Demikianlah kami sampaikan atas perhatian dan bantuan Bapak diucapkan terima kasih.

Solok, Januari 2019
Direktur RSUD M. Natsir

(.....)
Nip.

contoh



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR



Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

SURAT TUGAS

No : 094.3/ /TU /2019

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir, dengan ini menugaskan kepada :

| No | NAMA/NIP | PANGKAT/GOL | JABATAN |
|----|----------|-------------|---------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |

Acara :

Hari/Tanggal :

Jam :

Tempat :

Setelah kembali dari melaksanakan tugas tersebut harap melaporkan hasilnya kepada kami.

Demikianlah surat tugas ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebaik-baiknya, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Solok, Januari 2019
Direktur,

(.....)
Nip.

Contoh



**PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR**

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



Nomor : 445 / /TU /2019
Lampiran :
Perihal : Perubahan Izin Operasional
RSUD Mohammad Natsir

Kepada :

Yth. Gubernur Provinsi Sumatera Barat
Cq Kepala Badan Penanaman
Modal Perizinan Satu Pintu
Prov. Sumbar

Di

Tempat

Dengan Hormat,

Berdasarkan Keputusan Gubernur Sumatera Barat Nomor 445-1053-2016 tentang Perpanjangan Izin Operasional Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah Kelas "B" Rumah Sakit Umum Daerah Solok di Kota Solok Provinsi Sumatera Barat tanggal 13 September 2016, sesuai dengan Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 63 tahun 2018, tentang Pergantian Nama RSUD Solok menjadi RSUD Mohammad Natsir tanggal 20 Desember 2018.

Sehubungan telah diresmikan pemakaian nama RSUD Mohammad Natsir oleh Gubernur Sumatera Barat, maka dengan hal tersebut kami mohon kiranya Izin Operasional RSUD Solok dapat diganti menjadi Izin Operasional RSUD Mohammad Natsir.

Demikianlah kami sampaikan untuk dapat ditindaklanjuti sebagaimana mestinya. Atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Solok, 28 Januari 2019
Direktur

drg. Ernoviana, M.Kes
NIP.19601118 198701 2 001

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Ibu Kepala Dinas Kesehatan Prov. Sumbar di Padang

Contoh



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Fax : (0755) 20003
email rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



Nomor : / / TU / 2019 Solok, 02 Januari 2019
Lampiran :
Perihal : *Undangan Peresmian*

K E P A D A

Yth. Bapak Gubernur Provinsi
Sumatera Barat

Di
Padang

Dengan Hormat,

Dalam rangka menindak lanjuti Peraturan Gubernur Provinsi Sumatera Barat No. 63 Tahun 2018 tanggal 20 Desember 2018 tentang Perubahan Nama RSUD Solok menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir (RSUD M. NATSIR) bersama ini kami mengundang Bapak untuk dapat hadir pada :

Hari / tanggal : Rabu / 23 Januari 2019
Jam : 10.00 WIB s.d Selesai
Tempat : RSUD Mohammad Natsir Solok
Acara : 1. Peresmian Pemakaian Nama RSUD Mohammad Natsir
2. Peletakan Batu Pertama Pembangunan Mesjid RSUD
Mohammad Natsir
3. Lain-lain

Demikianlah undangan ini disampaikan semoga dimaklumi, atas perhatian dan kehadiran bapak di ucapkan terima kasih.

Direktur RSUD Solok

drg. Ernoviana, M.Kes
Nip.19601118 198701 2 001

Contoh



**PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR**

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003
: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



SURAT KETERANGAN

No : 441/ /TU/ 2019

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala ruangan Rawat Inap
pada RSUD Mohammad Natsir, dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a :

U m u r :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

A l a m a t :

No MR :

Yang bersangkutan dirawat di RSUD Mohammad Natsir, pada bagian rawat inap dari tanggal s/d Sedangkan rincian biaya tidak bisa kami keluarkan karena pasien tersebut peserta BPJS Kesehatan.

Demikianlah surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Solok, 07 Januari 2019
Ka Ruangan

(.....)
Nip.

Contoh



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003
ite: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



DAFTAR HADIR PERTEMUAN RAPAT

Hari :
Tanggal :
Waktu :
Tempat :
Acara :

| NO | NAMA | JABATAN | TANDA TANGAN | KET |
|----|------|---------|--------------|-----|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |

Solok,20

.....

Contoh



**PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR**

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003
ite: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



NOTULEN

Rapat :
Hari / Tanggal :
Waktu :
Tempat :

Dihadiri Oleh :

1.
2.
3.
4.
5.

Pembahasan :

.....
.....
.....
.....
.....

Kesimpulan/ Penutup :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Notulen

(.....)

Contoh



**PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR**

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003
ite: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



TELAAH STAF

Kepada :
Dari :
Tanggal :
Nomor :
Sifat :
Perihal :

I. Pokok Persoalan

.....
.....
.....

II. Pra Anggapan

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

III. Fakta dan Data yang berpengaruh terhadap persoalan

.....
.....
.....

IV. Kesimpulan

.....
.....
.....

V. Saran dan Tindakan

.....
.....
.....

Demikianlah telahaan staf ini kami sampaikan, atas perhatian Ibu kami ucapkan terimakasih.

Diketahui oleh :
.....

Solok,2018
.....

.....
NIP

.....
NIP

