

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG  
DI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
SURABAYA**

**GAMBARAN PROSES PENYUSUNAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL  
(SPO) KEGIATAN ADMINISTRASI DI SUB BAGIAN TATA USAHA  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**



**Oleh :**

**KAMBARWATI NUR MARWAH SHOFI**

**NIM. 101711133211**

**DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
SURABAYA**

**2021**

**LEMBAR PENGESAHAN  
LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG  
DI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

**Disusun Oleh :**

**KAMBARWATI NUR MARWAH SHOFI**

**NIM. 101711133211**

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh :

Pembimbing Departemen,

Tanggal, 14 April 2021



Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes  
NIP. 196509141996011001

Pembimbing di RS. Mata Undaan Surabaya

Tanggal, 9 April 2021



Dyan Kartika Sari, S.KM.

Mengetahui,  
Ketua Departemen Administrasi dan  
Kebijakan Kesehatan,

Tanggal, 20 April 2021



Dr. Ratna Dwi Wulandari, S.K.M., M.Kes.  
NIP. 197510181999032002

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan berkah-Nya, sehingga dapat terselesaikannya laporan magang yang berjudul “Gambaran Proses Penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) Kegiatan Administrasi di Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya”, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Terima kasih dan penghargaan juga disampaikan kepada yang terhormat:

1. Dr. Santi Martini, dr., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
2. Dr. Ratna Dwi Wulandari, S.KM., M.Kes selaku Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
3. Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes selaku dosen pembimbing magang Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
4. Arnold Hariyono, S.KM., M.M. selaku Kepala Bagian Umum dan HRD Rumah Sakit Mata Undaan
5. Dyan Kartika Sari, S.KM. selaku pembimbing lapangan dan Kepala Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya
6. Dewi Purwantiningsih, M.Psi., M.M. selaku Kepala Sub Bagian HRD Rumah Sakit Mata Undaan
7. Seluruh Staf di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya yang sudah membantu dalam penyelesaian laporan magang
8. Orang tua dan keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberikan dukungan sehingga laporan magang ini dapat diselesaikan dengan baik.
9. Teman sepermagangan (Annisa Aurelia, Salsabila dan Tama) yang senantiasa bertukar pikiran dan saling memberikan semangat selama kegiatan magang berlangsung.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga laporan magang ini berguna baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya, 15 Februari 2021

**DAFTAR ISI**

LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GAMBAR .....	vii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan Magang .....	2
1.2.1 Tujuan Umum.....	2
1.2.2 Tujuan Khusus.....	2
1.3 Manfaat Magang .....	3
1.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa.....	3
1.3.2 Manfaat bagi Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.....	3
1.3.3 Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	4
2.1 Rumah Sakit .....	4
2. 1.1 Definisi Rumah Sakit .....	4
2. 1.2 Rumah Sakit Khusus .....	4
2.2 Pelayanan Administrasi Rumah Sakit .....	5
2. 2. 2 Ruang Lingkup Pelayanan Administrasi Rumah Sakit .....	5
2.3 Standar Prosedur Operasional (SPO) .....	6
2. 3.1 Pengertian SPO .....	6
2. 3.2 Tujuan SPO .....	7
2. 3.3 Unsur-Unsur SPO.....	7
2. 3.4 Tata Cara Penyusunan SPO dalam Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi 2012 .....	9
BAB 3 METODE KEGIATAN .....	12
3.1 Rancang Bangun Kegiatan Magang .....	12
3.2 Lokasi Kegiatan Magang .....	12
3.3 Waktu Pelaksanaan Kegiatan Magang .....	12
3.4 Metode Pelaksanaan.....	13
3.5 Teknik Pengumpulan Data .....	13
3.6 Teknik Analisis Data.....	14

3.7 Kerangka Operasional .....	15
3.8 Output Kegiatan Magang .....	15
BAB 4 .....	17
4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya .....	17
4. 1.1 Sejarah Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.....	17
4. 1.2 Visi dan Misi .....	18
4 .1.3 Struktur Organisasi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya .....	20
4.2 Tugas Pokok Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya .....	22
4. 2.1 Perencanaan .....	22
4. 2.2 Pengorganisasian .....	22
4. 2.3 Pembinaan dan Pelaksanaan.....	22
4. 2.4 Monitoring dan Evaluasi .....	22
4. 2.5 Tanggung Jawab.....	22
4. 2.6 Kewenangan .....	23
4. 2.7 Koordinasi .....	23
4.3 Stuktur Organisasi Sub Bagian Tata Usaha .....	24
4. 4 Tugas Pokok dan Fungsi Sub Bagian Tata Usaha .....	24
4. 5 Gambaran Penyusunan SPO Kegiatan Administrasi di Sub Bagian Tata Usaha .....	28
4. 5.1 Proses Penyusunan Naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) .....	30
4. 5.2 Format Alur atau Flowchart Naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) .....	34
4. 5.3 Bentuk dan Susunan Naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) .....	37
4. 5.4 Format Naskah Standar Prosedur Operasional (SPO).....	39
4.6 Hasil Penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan.....	40
4.7 Penyusunan SPO Sub Bagian Tata Usaha RS Mata Undaan Surabaya Berdasarkan Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi 2012 (KARS) .....	46
4.8 Hasil Temuan Kegiatan Penyusunan SPO di Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.....	53
BAB 5 PENUTUP .....	56
5.1 Kesimpulan .....	56
5.2 Saran.....	56
DAFTAR PUSTAKA .....	58
LAMPIRAN.....	59

**DAFTAR TABEL**

No	Judul Tabel	Halaman
Tabel 4 1	Simbol-Simbol Digaram Alir ( <i>Flowchart</i> ) .....	34
Tabel 4 2	Simbol Arus Kegiatan Rincian Prosedur .....	35
Tabel 4 3	Simbol Garis Penghubung dalam Diagram Alir .....	36
Tabel 4 4	Perbandingan Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi 2012 (KARS) dengan Penyusunan SPO RS Mata Undaan Surabaya.....	46
Tabel 4 5	Evaluasi SPO di Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya .....	53

**DAFTAR GAMBAR**

No	Judul Gambar	Halaman
Gambar 3. 1	Kerangka Operasional Kegiatan Magang .....	15
Gambar 4. 1	Struktur Organisasi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya .....	20
Gambar 4. 2	Struktur Organisasi Sub Bagian Tata Usaha .....	24
Gambar 4. 3	Diagram Alir Alur Penerbitan Dokumen Regulasi .....	32
Gambar 4. 4	Format Diagram Alir Naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) .....	36
Gambar 4. 5	Naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) .....	39
Gambar 4. 6	Hasil SPO Pengelolaan Dokumen Masuk .....	42
Gambar 4. 7	Hasil SPO Pembuatan Nota Dinas .....	44
Gambar 4. 8	Hasil SPO Retensi Pemusnahan Dokumen .....	45

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Rumah sakit adalah salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan upaya kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan baik tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen rumah sakit serta tenaga non kesehatan dengan keilmuannya masing-masing berinteraksi satu dengan yang lain. Pendayagunaan tenaga kesehatan kesehatan dimaksud dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat, membuat semakin kompleksnya karakteristik organisasi rumah sakit. Berdasarkan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua jenis dan bidang penyakit, sedangkan rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, jenis penyakit, organ atau kekhususan lainnya.

Dalam Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap rumah sakit baik rumah sakit umum dan rumah sakit khusus, harus mempunyai paling sedikit atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, komite medis, Satuan Pengawasan Internal (SPI) serta administrasi umum dan keuangan. Hal ini juga disebutkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, rumah sakit harus menyelenggarakan fungsi administrasi dan manajemen yang terdiri dari struktur organisasi dan tata laksana. Struktur organisasi rumah sakit paling tidak terdiri dari atas Direktur atau Kepala Rumah Sakit, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, unsur pelayanan medis, komite medis, Satuan Pengawasan Internal (SPI) serta administrasi umum dan keuangan. Tata laksana rumah sakit terdiri dari tatalaksana organisasi, standar pelayanan, Standar Operasional Prosedur Operasional (SPO), Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), *hospital by laws*, serta *medical staff by laws*.

Rumah Sakit Mata Undaan adalah rumah sakit yang berfokus pada satu jenis bidang yaitu mata dengan tipe B milik Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M). Seperti rumah sakit pada umumnya, Rumah Sakit Mata Undaan tidak hanya menyelenggarakan pelayanan yang berbasis pada medis, namun juga menyelenggarakan fungsi administrasi dan manajemen yang terdiri dari struktur organisasi dan tata laksana.



Fungsi administrasi dan manajemen Rumah Sakit Mata Undaan dibawah naungan Wakil Direktur Umum dan Keuangan. Dalam penyelenggaraan fungsi administrasi dan manajemen, Wakil Direktur Umum dan Keuangan membawahi bagian-bagian, salah satunya adalah Bagian Umum dan HRD yang meliputi Sub Bagian HRD, Sub Bagian Rumah Tangga, Sub Bagian Tata Usaha dan Sub Bagian Perencanaan, Pelaporan dan Rekam Medik.

Salah satu komponen penting dalam pelaksanaan tata laksana Rumah Sakit Mata Undaan adalah administrasi umum. Selama ini, penyelenggaraan pelayanan administrasi umum Rumah Sakit Mata Undaan menjadi tanggung jawab Sub Bagian Tata Usaha. Ruang lingkup administrasi umum meliputi tata naskah dinas, penamaan lembaga, singkatan dan akronim, kearsipan dan tata ruang perkantoran. Dalam pelaksanaan administrasi umum di Sub Bagian Tata Usaha, diperlukan suatu acuan untuk melaksanakan tugas pokok atau pekerjaan sesuai dengan fungsi dan penilaian kinerja instansi sehingga diperlukan penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan di Sub Bagian Tata Usaha. Standar Prosedur Operasional (SPO) ini digunakan untuk memastikan bahwa semua tindakan dan keputusan, penggunaan fasilitas-fasilitas yang dilaksanakan oleh seseorang berjalan secara efektif, efisien, terstandar, sistematis dan konsisten. Sehingga dalam kegiatan magang ini akan dipelajari pelayanan administrasi dan proses penyusunan SPO pelayanan Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan.

## **1.2 Tujuan Magang**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Mempelajari gambaran umum proses penyusunan Standar Prosedur Operasional kegiatan pelayanan administrasi Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1. Mempelajari gambaran umum dan struktur organisasi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
2. Mempelajari struktur organisasi dan uraian tugas Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
3. Mempelajari gambaran alur pelayanan administrasi Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
4. Mempelajari gambaran penyusunan Standar Prosedur Operasional kegiatan administrasi Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

5. Terbentuknya Standar Prosedur Operasional (SPO) kegiatan administrasi Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

### **1.3 Manfaat Magang**

#### **1.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa**

1. Memperoleh gambaran kondisi nyata kerja di instansi rumah sakit.
2. Mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang didapat selama perkuliahan dengan kondisi nyata di instansi rumah sakit.
3. Menambah pengetahuan dan pengalaman kerja mahasiswa di bidang administrasi dan manajemen kesehatan.
4. Meningkatkan keterampilan mahasiswa di bidang administrasi dan manajemen kesehatan.

#### **1.3.2 Manfaat bagi Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya**

1. Mendapat saran atau rekomendasi terkait dengan adanya kendala yang dapat diaplikasikan pada Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya sehingga dapat dipertimbangkan sebagai pengambilan keputusan untuk meningkatkan kualitas pelayanan administrasi.
2. Manjalin kerja sama yang baik dan diharapkan dapat saling menguntungkan antara kedua belah pihak yaitu antara Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.

#### **1.3.3 Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya**

1. Kegiatan magang dapat membantu meningkatkan kemampuan atau keterampilan mahasiswa sehingga diharapkan dapat dihasilkan lulusan yang berkualitas, berdaya saing dan mampu menyelesaikan permasalahan di bidang kesehatan.
2. Kegiatan magang dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk pelaksanaan magang selanjutnya.
3. Kegiatan magang dapat membantu menjalin hubungan kerjasama yang baik antara Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya dengan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

##### **2. 1.1 Definisi Rumah Sakit**

Rumah Sakit adalah salah satu institusi penyelenggara pelayanan kesehatan. *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan rumah sakit adalah bagian integral dari sebuah organisasi sosial dan kesehatan yang berfungsi untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang lengkap bagi masyarakat baik kuratif maupun preventif dan pelayanan paripurna (komprehensif) yang menjangkau keluarga di lingkungannya. Rumah sakit juga berfungsi sebagai pusat pelatihan tenaga kesehatan dan penelitian medik (WHO, 1952).

Rumah sakit dalam Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Republik Indonesia, 2009)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Peraturan Menteri Kesehatan RI 30, 2019)

Berdasarkan ketiga definisi diatas, maka dapat disimpulkan rumah sakit adalah bagian integral dari sebuah organisasi sosial dan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna baik pelayanan kuratif dan preventif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit juga berfungsi sebagai pusat pelatihan tenaga kesehatan dan penelitian medik.

##### **2. 1.2 Rumah Sakit Khusus**

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit pasal 12 ayat (1), Rumah Sakit Khusus didefinisikan sebagai rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan utama yang merujuk pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, organ, jenis penyakit, golongan umur atau kekhususan lainnya. Pelayanan kesehatan yang harus diberikan oleh rumah sakit khusus paling sedikit terdiri dari pelayanan medik dan penunjang medik;

pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan; dan pelayanan nonmedik. Klasifikasi rumah sakit khusus diklasifikasikan terdiri atas rumah sakit khusus kelas A, rumah sakit khusus kelas B dan rumah sakit khusus kelas C. Pengklasifikasian rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan jumlah tempat tidur yang dimiliki oleh rumah sakit. Rumah sakit khusus kelas A adalah rumah sakit yang mempunyai jumlah tempat tidur paling sedikit 100 buah, rumah sakit khusus kelas B adalah rumah sakit yang mempunyai jumlah tempat tidur paling sedikit 75 buah tempat tidur dan rumah sakit khusus kelas C adalah rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 25 buah (Peraturan Menteri Kesehatan RI 30, 2019).

## **2.2 Pelayanan Administrasi Rumah Sakit**

### **2. 2. 1 Pengertian Pelayanan Administrasi Rumah Sakit**

Administrasi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), adalah usaha dan kegiatan yang meliputi penetapan tujuan serta penetapan cara-cara penyelenggaraan pembinaan organisasi serta berkaitan dengan pekerjaan perkantoran dan tata usaha. Administrasi rumah sakit berarti menerapkan semua teknik manajemen modern seperti perencanaan, pengorganisasian, kepegawaian, pengendalian dan evaluasi, serta teknik yang lebih baru seperti penelitian operasional, dan ilmu perilaku, untuk mengoptimalkan sumber daya yang tersedia di rumah sakit, klinik dan pusat diagnostic, juga melibatkan penanaman efisiensi dan efektivitas ke dalam sistem yang ada ( Goyal & Sharma, 2016). Menurut *International Health Facility Guidelines* (IHFG) (2016), pelayanan administrasi rumah sakit adalah pelayanan yang menyediakan fasilitas untuk mendukung pengelolaan fasilitas dan dapat mencakup staf pendukung klinis dan nonklinis untuk mengawasi manajemen rumah sakit. Hal ini termasuk tugas-tugas administratif dan pertemuan rapat oleh berbagai personel eksekutif, personel klinis dan nonklinis.

Pelayanan administrasi rumah sakit adalah suatu kegiatan kesekretariatan yang berkaitan dengan catat mencatat, melakukan perjanjian, memfasilitasi pertemuan, memberikan laporan, menyusun dokumen, menyimpan dokumen, surat-menyurat dan sebagainya yang berada di lingkungan rumah sakit.

### **2. 2. 2 Ruang Lingkup Pelayanan Administrasi Rumah Sakit**

Secara garis besar, ruang lingkup pelayanan administrasi difokuskan pada urusan personalia, urusan hukum, urusan umum, urusan inventarisasai yang secara rinci dijelaskan sebagai berikut :

1. Kesekretariatan Perkantoran

Kesekretariatan perkantoran bertanggungjawab dalam memenuhi semua kebutuhan direktur, korespondensi dan menyiapkan segala keperluan korespondensi, penerimaan tamu, pelayanan direksi, penyelenggaraan rapat, pengurusan dokumen penting dan lain-lain.

2. Kesekretariatan Komite Medik

Kesekretariatan komite medik mempunyai tanggungjawab untuk membantu sekretaris komite medik dan mengikuti segala keperluan dokter.

## 2.3 Standar Prosedur Operasional (SPO)

### 2.3.1 Pengertian SPO

Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah sebuah instruksi tertulis yang dibuat secara rinci dan sistematis untuk mencapai keseragaman kinerja dalam menjalankan suatu fungsi tertentu (da Rosa Walter *et al.*, 2016). Definisi lain dari Standar Prosedur Operasional (SPO) yaitu acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi berdasarkan administratif, indikator-indikator teknis, dan prosedural sesuai dengan prosedur kerja, tata kerja dan sistem kerja pada unit kerja (Ulfa and Sarzuli, 2016). Purnamasari (2015) menyatakan bahwa SPO mempunyai tiga definisi yaitu *standart*, *operating* dan *procedure*. Ketiga definisi tersebut diuraikan sebagai berikut :

1. *Standart*

*Standart* dapat diartikan sebagai acuan pokok atau pedoman dimana setiap anggota dalam sebuah institusi wajib untuk mentaati dengan kesepakatan tertentu sehingga sifatnya adalah mengikat.

2. *Operating*

*Operating* diartikan sebagai aktivitas kerja yang aplikatif yang menggambarkan alur kegiatan kerja secara sistematis baik aktivitas kerja rutin maupun nonrutin. *Operating* juga dapat didefinisikan sebagai kegiatan kerja atau aktivitas yang di dalamnya terkait dengan kaidah-kaidah yang telah ditentukan sebelumnya.

3. *Procedure*

*Procedure* dapat diartikan sebagai tahapan atau langkah yang berhubungan dengan proses dalam aktivitas kerja sehingga harus dideskripsikan secara rinci dan jelas dalam bentuk gambar atau tulisan.

Berdasarkan ketiga pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa SPO adalah sebuah dokumen tertulis yang memuat prosedur/alur atau kerja aktivitas kerja yang disusun secara rinci dan jelas yang berfungsi sebagai acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi.

### **2. 3.2 Tujuan SPO**

Menurut Shestopalova dan Gololobova (2018), tujuan adanya SPO adalah untuk menetapkan tujuan, menguraikan tugas atau pekerjaan dan menentukan siapa yang harus melakukan apa, kapan dan bagaimana. SPO berisi deskripsi mengenai rantai tindakan yang harus diselesaikan (Shestopalova and Gololobova, 2018). SPO dapat berisi gambar, diagram, tabel atau foto. Sedangkan menurut Purnamasari (2015), SPO mempunyai tujuan sebagai berikut :

1. Mengetahui dengan jelas peran dan fungsi setiap posisi dalam sebuah organisasi;
2. Membentuk kedisiplinan kepada semua anggota organisasi;
3. Menjaga tingkat kinerja yang konsisten pada masing-masing unit kerja;
4. Memberikan sebuah rekaman kegiatan dan pengoperasiannya secara praktis;
5. Meminimalkan kesalahan, kerugian, kegagalan, duplikasi dan inefisiensi;
6. Memperlancar pekerjaan atau tugas bagi karyawan;
7. Memberikan kemudahan dalam menyaring, menganalisis dan membuang hal-hal atau pekerjaan yang tidak sesuai dengan prosedur kerja;
8. SPO dapat dijadikan sebagai bahan atau dasar hukum yang kuat untuk mengambil tindakan apabila ada penyelewengan;
9. Membantu menguatkan regulasi organisasi;
10. Memberikan kemudahan dalam melaksanakan pekerjaan sehingga semua karyawan menyadari akan tanggung jawab dalam pekerjaan, memahami dan mengetahui hak dan kewajibannya
11. Melindungi organisasi atau unit kerja dan karyawan dari kesalahan lain;
12. Memastikan efisiensi pada setiap aktivitas operasional
13. Memperbaiki atau membantu kualitas atau performa karyawan itu sendiri;
14. Membantu menguatkan regulasi organisasi.

### **2. 3.3 Unsur-Unsur SPO**

Pada dasarnya, SPO digunakan untuk memberikan acuan kerja agar aktivitas organisasi dapat terkontrol secara sistematis sehingga aktivitas kerja menjadi efektif dan efisien. Unsur- unsur dalam SPO sangat menentukan efektifitas penyusunan dan implementasi SPO. Unsur-unsur dalam SPO berfungsi sebagai rujukan penyusunan, dan juga sebagai kontrol dalam pelaksanaan penyusunan SPO. Adapun unsur-unsur dalam

penyusunan SPO menurut Purnamasari (2015) adalah sebagai berikut :

1. Efisiensi

Di dalam SPO diwajibkan ada unsur efisiensi karena semua aktivitas kerja harus dapat dilaksanakan secara cepat, tepat dan cermat sesuai dengan tujuan atau hasil yang telah disepakati.

2. Penyelesaian masalah

Di dalam SPO diharapkan dapat membantu dalam menyelesaikan masalah sehingga dapat meminimalkan konflik. Apabila terjadi konflik antara kedua belah pihak, maka akan dikembalikan ke SPO yang telah disusun sehingga konflik dapat segera diatasi.

3. Meminimalkan kesalahan

SPO berfungsi sebagai panduan atau acuan prosedur kerja yang membimbing karyawan untuk dapat bekerja secara sistematis. Oleh karena itu, karyawan diharapkan tidak membuat kesalahan yang berakibat fatal bagi instansi atau organisasi.

4. Konsistensi

SPO adalah dokumen yang berisi ketentuan sehingga harus konsisten dan mengandung kedisiplinan yang tinggi. Tanpa adanya kedisiplinan, maka konsistensi tidak akan pernah tercapai.

5. Perlindungan tenaga kerja

Dalam hal ini, SPO didefinisikan sebagai acuan untuk melindungi karyawan yang berkaitan dengan prosedur kerja. SPO berfungsi sebagai pemberi batas yang jelas dan sistematis agar tidak menimbulkan persoalan yang sulit untuk diatasi.

6. Batasan pertahanan

SPO memuat prosedural semua aktivitas kerja institusi dengan jelas, sehingga apabila ada inspeksi yang datangnya dari luar harus mampu melewati beberapa prosedur, tidak bisa diserahkan secara langsung menuju ke bagian departemen atau bagian tertentu.

7. Peta kerja

SPO yang telah dibuat dan ditetapkan dapat menjadi pola dimana semua aktivitas yang dilaksanakan sudah tertata secara sistematis. Dengan adanya SPO, maka pola kerja akan menjadi lebih focus dan terarah.

Hal yang berbeda diungkapkan oleh Shestopalova dan Gololobova (2018) yang mengembangkan unsur-unsur atau prinsip dalam penyusunan SPO yang bersifat dasar dan

universal dan dapat diterapkan di organisasi kesehatan dimanapun. Dengan demikian, setiap SPO harus memuat hal-hal berikut (Shestopalova and Gololobova, 2018) :

1. Tujuan (*purpose*), adalah SPO harus memuat tujuan yang dinyatakan dengan jelas dari aktivitas kerja (*procedur*), termasuk
2. Lingkup aplikasi (*application sphere*), adalah SPO harus memuat lingkup atau departemen struktural yang mana sehingga SPO dapat diterapkan;
3. Referensi kebijakan (*regulatory references*), adalah SPO harus memuat daftar dokumen yang mengatur kegiatan di bidang SPO terkait;
4. Tanggungjawab penugasan (*responsibilities assignment*), adalah daftar pekerja atau karyawan yang bertanggungjawab untuk mengontrol kesesuaian aktivitas kerja dengan persyaratan SPO yang ada;
5. Logistic dan dukungan teknis (*logistics and technical support*), adalah daftar sarana dan prasaran yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan SPO
6. Prosedur (*procedure*), adalah SPO harus menjelaskan langkah-langkah dan kondisi yang diperlukan untuk mencapai target atau tujuan;
7. Pelatihan untuk personel, sebuah SPO harus mengatur pelatihan staf dan pengembangan keterampilan pada bidang yang relevan dan menentukan penanggungjawab pelatihan dan sertifikasi personel;
8. Penilaian efisiensi adalah parameter yang digunakan untuk mengukur implementasi SPO;
9. Informasi visual, adalah SPO harus memuat instruksi baik dapat berupa poster atau materi;
10. Formulir, SPO harus ada daftar formulir yang relevan yang tercatum di dalam SPO tentang sertifikasi personel dan lain-lain.

### **2. 3.4 Tata Cara Penyusunan SPO dalam Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi 2012**

Tata cara penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) telah diatur dalam Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi Tahun 2012 oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Standar Prosedur Operasional (SPO) dibuat agar implementasi paduan dapat berjalan dengan benar dan baik. Tujuan penyusunan SPO ini agar berbagai proses kerja dapat terlaksana secara efektif, efisien, dan konsisten dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku. Tata cara penyusunan SPO meliputi hal-hal yang perlu diingat, syarat penyusunan SPO, dan proses penyusunan SPO yang akan dijabarkan sebagai berikut :

1. Hal-hal yang perlu diingat dalam menyusun SPO :

Hal-hal yang perlu diingat dalam penyusunan SPO adalah sbegai berikut :



- a. Siapa yang harus menulis dan menyusun SPO
  - b. Bagaimana merencanakan dan mengembangkan SPO
  - c. Bagaimana SPO dapat dikenali
  - d. Bagaimana memsosialisasikan SPO kepada pelaksana dan unit terkait
  - e. Bagaimana pengendalian SPO (nomor, revisi, dan distribusi).
2. Syarat Penyusunan SPO
- Syarat penyusunan SPO adalah sebagai berikut :
- a. Identifikasi kebutuhan, yakni mengidentifikasi apakah kegiatan yang dilakukan saat ini sudah ada SPO belum.
  - b. Perlu ditekankan bahwa SPO harus ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan tersebut atau oleh unit kerja tersebut, tim atau panitia yang ditunjuk oleh Direktur atau pimpinan rumah sakit hanya untuk menanggapi dan mengkoreksi SPO tersebut.
  - c. SPO harus merupakan *flow charting* dari suatu kegiatan.
  - d. Di dalam SPO harus dapat dikenali dengan jelas dimana, siapa, kapan dan mengapa melakukan hal tersebut.
  - e. SPO tidak menggunakan kalimat majemuk.
  - f. SPO harus jelas, ringkas dan mudah untuk dilaksanakan.
3. Proses Penyusunan SPO
- Proses penyusunan SPO menurut Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi Tahun 2012 adalah sebagai berikut :
- a. SPO harus disusun dengan menggunakan format SPO sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik No. YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001.
  - b. Penyusunan SPO dapat dikelola oleh suatu Tim/panitia dengan mekanisme sebagai berikut :
    - 1) Pelaksana atau unit kerja menyusun SPO dengan melibatkan unit/instalasi terkait.
    - 2) SPO yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja/instalasi terkait disampaikan ke tim/panitia penyusunan SPO.
    - 3) Fungsi tim/panitia SPO adalah :
      - a) Memberikan tanggapan, mengkoreksi dan memperbaiki terhadap SPO yang telah disusun oleh pelaksana/unit kerja baik dari segi bahasa maupun penulisan.
      - b) Sebagai koordinator dari SPO yang sudah dibuat oleh masing-masing unit kerja sehingga tidak terjadi duplikasi SPO.

- c) Melakukan cek ulang terhadap SPO-SPO yang akan ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit.
- c. Penyusunan SPO dilakukan dengan mengidentifikasi kebutuhan SPO.
- d. Penulisan SPO merupakan *flow charting* dari proses kegiatan.

## BAB 3

### METODE KEGIATAN

#### 3.1 Rancang Bangun Kegiatan Magang

Kegiatan magang dilaksanakan secara *online* melalui *video conference zoom* dengan metode pemaparan materi dari pembimbing instansi dan wawancara terkait dengan gambaran penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya dan dilanjutkan dengan praktik penyusunan dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) dan alur kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha.

#### 3.2 Lokasi Kegiatan Magang

Kegiatan magang dilaksanakan secara *online* pada Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

#### 3.3 Waktu Pelaksanaan Kegiatan Magang

Kegiatan magang dilaksanakan selama 5 pekan selama hari kerja (Senin sampai Sabtu) dimulai tanggal 18 Januari-18 Februari 2021 sesuai dengan jam kerja Rumah Sakit Mata undaan yaitu dimulai pukul 08.00-15.00 WIB. Berikut adalah *timeline* kegiatan magang :

**Tabel 3. 1 Waktu Pelaksanaan Magang**

No	Rincian Kegiatan	Desember				Januari				Februari				Maret	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1	Pembuatan proposal														
2	Perijinan magang														
3	Pengenalan tempat magang														
4	Pelaksanaan magang														
5	Supervisi dosen pembimbing														
6	Pembelajaran terkait dengan kegiatan di Sub Bagian Tata Usaha														
7	Pengumpulan data														
8	Pembuatan laporan magang														
9	Seminar magang														

### 3.4 Metode Pelaksanaan

Metode pelaksanaan magang dilaksanakan dengan cara sebagai berikut :

#### 1. Metode Ceramah

Metode ceramah dilaksanakan dengan pemberian arahan saat orientasi magang oleh Kepala Sub Bagian HRD mengenai profil Rumah Sakit Mata undaan, perwakilan Tim PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) mengenai *code blue*, perwakilan K3RS mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) rumah sakit, dan Kepala Sub Bagian Tata Usaha mengenai kegiatan administrasi digital, penyusunan SPO (Standar Prosedur Operasional), penilaian kinerja, penyusunan laporan kegiatan dan indikator mutu.

#### 2. Metode Wawancara

Metode wawancara dilaksanakan dengan cara tanya jawab kepada Kepala Sub Bagian Tata usaha mengenai kegiatan administrasi digital, penyusunan SPO (Standar Prosedur Operasional), penilaian kinerja, penyusunan laporan kegiatan dan indikator mutu serta tanya jawab kepada staf Legal dan Perijinan mengenai dokumen perjanjian kontrak profesi dokter dan perjanjian ketenagakerjaan.

#### 3. Metode Partisipasi

Metode partisipasi dilaksanakan dengan belajar dan bekerja secara aktif untuk melatih keterampilan yang diimplementasikan secara praktik menyusun dokumen SPO (Standar Prosedur Operasional) beserta alurnya dan penyusunan laporan kegiatan serta laporan indikator mutu Sub Bagian Tata Usaha.

### 3.5 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilaksanakan adalah pengumpulan data primer dan pengumpulan data sekunder selama kegiatan magang di Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya secara *online* yang selanjutnya dilakukan analisis. Data yang dikumpulkan adalah sebagai berikut :

#### 1. Data Primer

Data primer yang dikumpulkan melalui metode tanya jawab dengan Kepala Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya terkait dengan penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) kegiatan administrasi Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

## 2. Data Sekunder

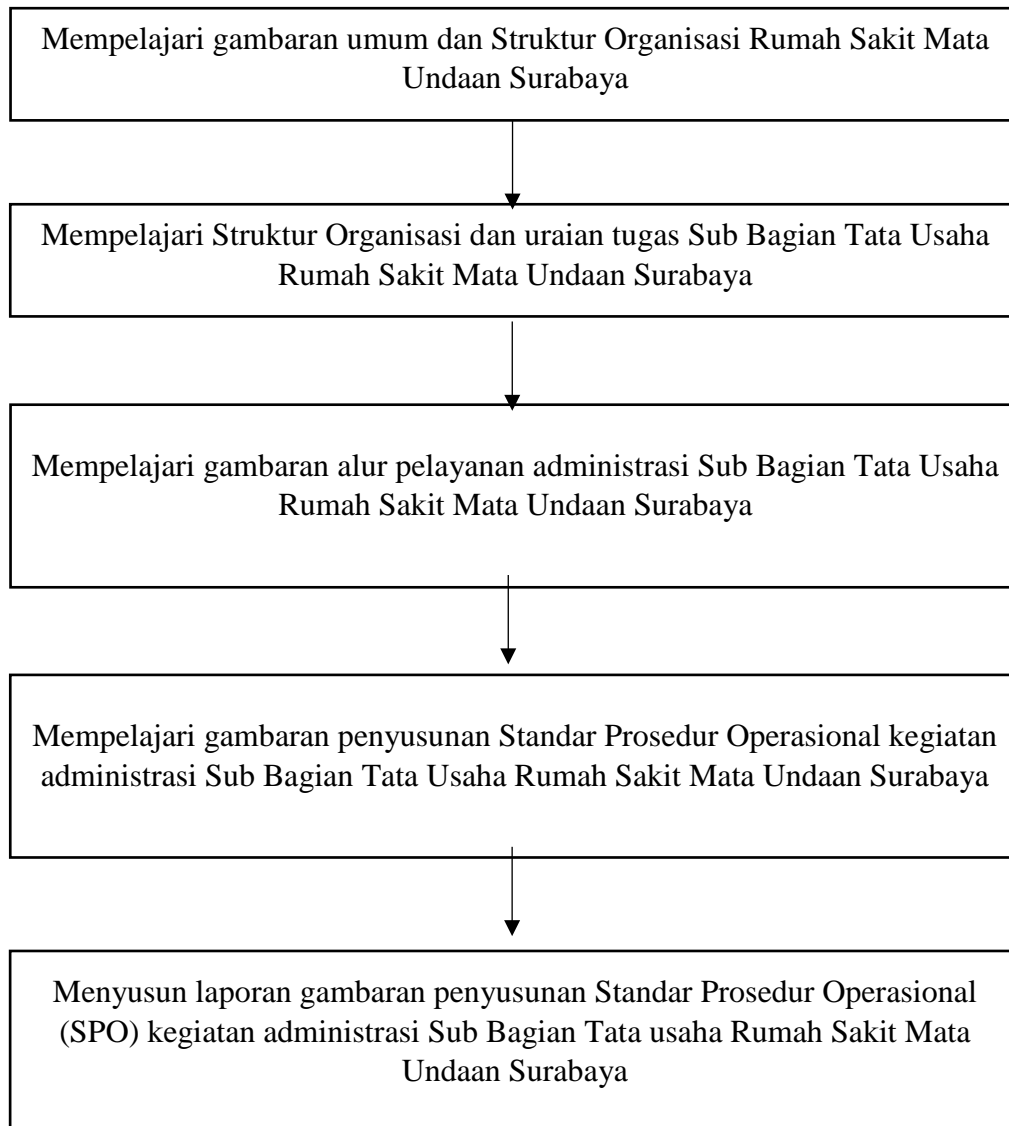
Data sekunder dikumpulkan dengan mempelajari dokumen yang telah diterbitkan oleh Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya yang meliputi :

- a. Profil Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya
- b. Struktur Organisasi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya
- c. Visi, Misi dan Nilai Dasar
- d. Struktur Organisasi Sub Bagian Tata Usaha
- e. Uraian pekerjaan Sub Bagian Tata Usaha
- f. Panduan Tata Naskah 2020
- g. Panduan rapat 2019
- h. Pedoman pelayanan Sub Bagian Tata Usaha 2019
- i. Pedoman pengorganisasian Sub Bagian Tata Usaha
- j. Program Kerja Sub Bagian Tata Usaha
- k. Daftar indikator mutu Sub Bagian Tata Usaha 2021
- l. Form indikator mutu Sub Bagian Tata Usaha 2021
- m. Indikator mutu Sub Bagian Tata Usaha 2021
- n. Profil indikator mutu Sub Bagian Tata Usaha 2021
- o. Rekap indikator mutu tahun 2020
- p. Rekap laporan bulanan Sub Bagian Tata Usaha 2020
- q. Laporan bulanan parkir dan satpam tahun 2020

### 3.6 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data dilaksanakan dengan mempelajari dokumen yang dikumpulkan, menganalisis hasil atau rekap data yang telah dikumpulkan, mengaplikasikan hasil mempelajari dokumen yang didapat kedalam penyusunan dokumen serta membandingkan dengan Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi oleh KARS Tahun 2012.

### 3.7 Kerangka Operasional



Gambar 3. 1 Kerangka Operasional Kegiatan Magang

### 3.8 Output Kegiatan Magang

Hasil atau *output* kegiatan magang yang telah dilaksanakan, diharapkan terdapat hasil yaitu sebagai berikut :

1. Gambaran umum atau profil Rumah Sakit Mata Undaan
2. Gambaran struktur organisasi dan uraian tugas Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya
3. Gambaran Mempelajari gambaran alur pelayanan administrasi Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

4. Gambaran proses penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) beserta alur kegiatan administrasi Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya
5. Terbentuknya Standar Prosedur Operasional (SPO) kegiatan administrasi Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

##### 4. 1.1 Sejarah Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya adalah penyelenggara kesehatan yang secara khusus melayani penderita penyakit mata. Rumah Sakit ini berdiri tahun 1933 dengan nama “*Soerabaiache OOGheelkundige Kliniek*” di bawah pimpinan dr. A. Deutman sebagai Direktur sampai tahun 1942. Pembukaan rumah sakit ini karena pada adanya penyakit mata menular dengan cepat dan menyebabkan kebutaan. Penderita mata di Surabaya yang kian hari kian banyak dan para dokter Belanda terus berjuang hingga menghasilkan izin dan status dari Pemerintah Belanda Selanjutnya, pada November 1932, mulai dikembangkan dan dibangun gedung klinik yang lebih representatif di atas lahan seluas 7.009 M<sup>2</sup> yang kemudian menjadi Rumah Sakit Mata Undaan atas usul dr. J.F. Terburgh, dr. A. Deutman, dan Egas.

Pada tahun 1942-1946 selama masa pendudukan Jepang, semua kegiatan Rumah Sakit Mata Undaan terhenti karena situasi keamanan yang tidak memungkinkan. Selanjutnya pada tanggal 8 Januari 1946 Rumah Sakit Mata Undaan kembali dibuka untuk umum, dengan dipimpin oleh dr. IH. Go, keturunan Cina berkewarganegaraan Belanda. dr. IH. Go dibantu oleh dr. J. Ten Doesschate, seorang dokter wanita dari Belanda yang datang pada tahun 1947. Tahun 1950, pengelolaan rumah sakit diambil alih oleh Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) karena tidak adanya bantuan dana dari pemerintah. Pada tahun 1968, dr. J. Ten Doesschate kembali ke Belanda dan sejak itu pengelolaan rumah sakit dilaksanakan oleh putra Indonesia dibawah pimpinan dr. Moh. Basuki, Sp.M. Hingga kini, kondisi bangunan Rumah Sakit Mata Undaan masih tampak kokoh dan telah ditetapkan sebagai Bangunan Cagar Budaya (BCB) sesuai dengan Surat Keputusan (SK) Wali Kota Surabaya Nomor 188.45/283/436.1.2/2011. Rumah Sakit Mata Undaan memiliki motto “*care and smile*” sebagai acuan dalam bekerja dan melayani pelanggan sehingga mendapatkan kepercayaan penuh dalam pelayanan kesehatan oleh para pelanggan. Pelayanan yang terdapat di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan Rawat Inap
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan IGD 24 jam
4. Pelayanan *One Day Care* (ODC).
5. Layanan Medis Khusus



- a. *External Eye Disease* dan Kornea
- b. Bedah Refraksi dan Katarak
- c. Vitreoretina
- d. *Pediatric Ophthalmologi* dan Strabismus
- e. Bedah Tumor dan Rekonstruksi Mata
- f. Glaucoma
- g. *Low Vision*
- 6. Layanan Medis Lain
  - a. Anestesi
  - b. Penyakit dalam Jantung dan Pembuluh Darah

#### **4. 1.2 Visi dan Misi**

##### **1. Visi**

Menjadi rumah sakit mata pilihan utama masyarakat dalam pelayanan kesehatan.

##### **2. Misi**

###### **a. Memberikan Pelayanan yang Bermutu, Aman, Lengkap dan *Cost Effective***

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya memberikan pelayanan kesehatan mata yang bermutu dan aman bagi pasien dan ditunjang dengan kelengkapan pelayanan dengan memperhatikan *cost effective*.

###### **b. Mengembangkan Sumberdaya Manusia yang Professional**

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya mengembangkan peningkatan kompetensi SDM dan membangun budaya organisasi sesuai dengan nilai dasar rumah sakit sehingga mampu bekerja secara professional.

###### **c. Melakukan Pendidikan dan Pelatihan dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan**

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya melakukan penelitian dan pelatihan internal kepada SDM rumah sakit sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terkait dengan pelayanan kesehatan mata, serta melakukan pendidikan kepada pelanggan dan masyarakat dalam upaya promotif dan preventif di bidang kesehatan mata.

###### **d. Melakukan Penelitian dan Pengembangan Pelayanan**

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya melakukan penelitian dan pengembangan terhadap pelayanan sehingga mampu menjawab kebutuhan pelanggan serta mampu melakukan inovasi yang membawa dampak positif terhadap pelayanan di rumah sakit.

**e. Menerapkan Teknologi Mutakhir dalam Penunjang Pelayanan**

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya senantiasa melakukan pembaharuan teknologi terhadap peralatan dan fasilitas yang dibutuhkan dalam melayani pelanggan supaya dapat merespon perubahan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang kesehatan mata.

**f. Menjalin Kemitraan dalam Bidang Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian**

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya menjalin kerjasama yang saling menguntungkan di bidang pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian dengan berbagai lembaga untuk memperluas jejaring kemitraan dan jangkauan pelayanan dalam menciptakan rumah sakit berdaya saing tinggi.

**3. Motto**

*Care and smile*

**4. Nilai Dasar**

**a. *Profesionalism***

Memberikan pelayanan sesuai dengan standar kompetensi, etika profesi dan regulasi yang berlaku serta berfokus pada kepentingan pasien dengan mengutamakan mutu dan keselamatan pasien.

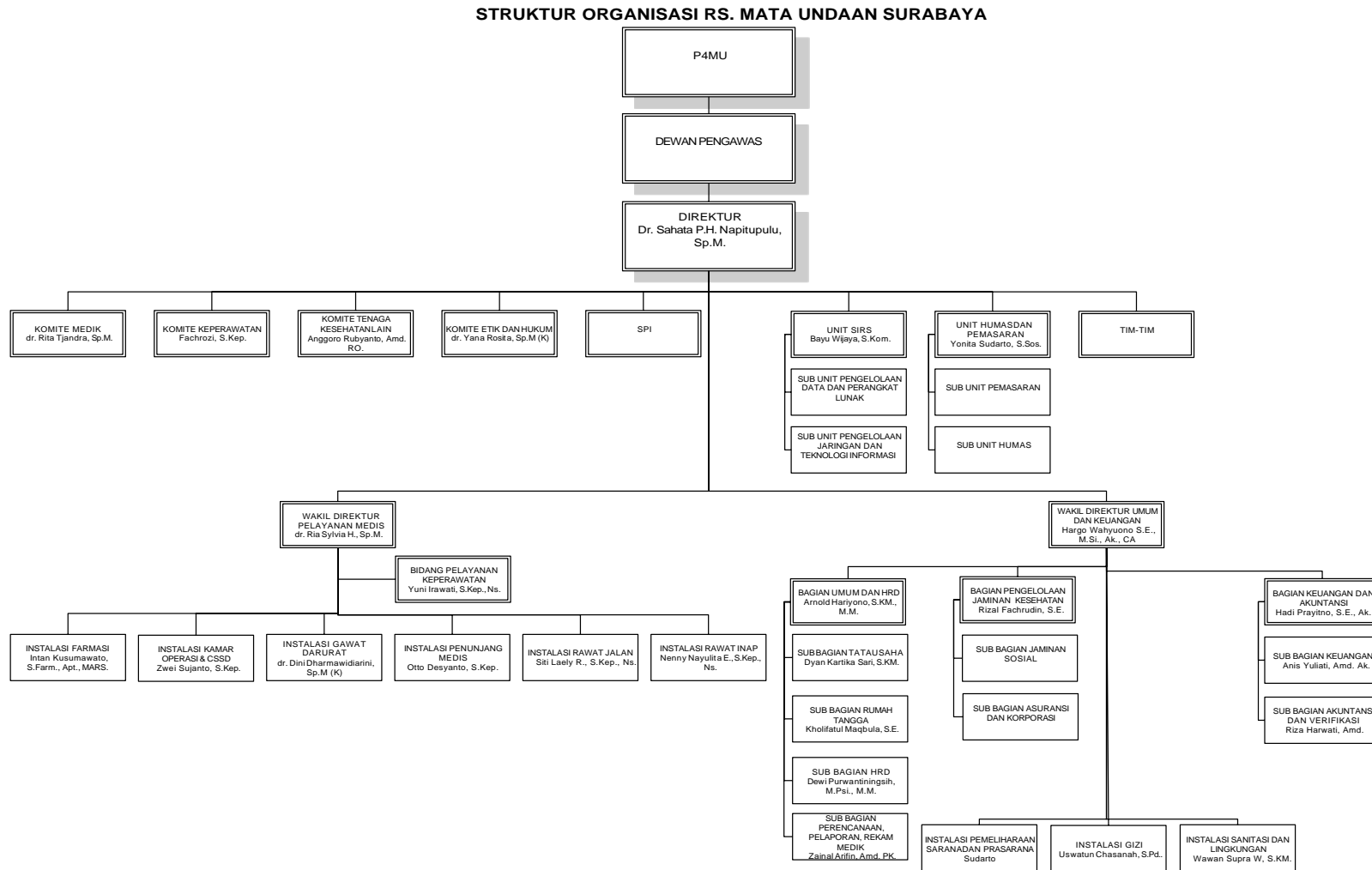
**b. *Responsibility***

Memberikan pelayanan dengan penuh tanggung jawab secara cepat, tanggap, responsif, komunikatif, dan akurat dengan tetap mengutamakan mutu dan keselamatan pasien, sesuai kebutuhan dan inovatif.

**c. *Team Work***

Memberikan pelayanan dalam koordinasi tim, baik di dalam satu unit kerja maupun antar unit kerja.

### 4.1.3 Struktur Organisasi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya



Gambar 4. 1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya adalah rumah sakit khusus swasta kelas B milik Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan (P4M) yang dipimpin oleh seorang direktur yang membawahi :

- a. Komite Medik
- b. Komite Keperawatan
- c. Komite Tenaga Kesehatan Lain
- d. Komite Etik dan Hukum
- e. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)
- f. Wakil Direktur Pelayanan Medis
  - 1) Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan
    - a) Instalasi Farmasi
    - b) Instalasi Kamar Operasi dan CSSD
    - c) Instalasi Gawat Darurat
    - d) Instalasi Penunjang Medis
    - e) Instalasi Rawat Jalan
    - f) Instalasi Rawat Inap
- g. Wakil Direktur Umum dan Keuangan
  - 1) Bagian Umum dan HRD
    - a) Sub Bagian Rumah Tangga
    - b) Sub Bagian Tata Usaha
    - c) Sub Bagian HRD
    - d) Sub Bagian Perencanaan, Pelaporan dan rekam medis
  - 2) Bagian Pengelolaan Jaminan Kesehatan
    - a) Sub Bagian Jaminan Sosial
    - b) Sub Bagian Asuransi dan Korporasi
  - 3) Bagian Keuangan dan Akuntansi
    - a) Sub Bagian Keuangan

- b) Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi
- 4) Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana
- 5) Instalasi Gizi
- 6) Instalasi Sanitasi dan Lingkungan
- h. Unit Humas dan Pemasaran
- i. Unit SIRS (Sistem Informasi Rumah Sakit)
- j. Tim-Tim.

## **4.2 Tugas Pokok Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya**

### **4.2.1 Perencanaan**

1. Menyusun program kerja dan anggaran Sub Bagian Tata Usaha
2. Menyusun SPO pelayanan Sub Bagian Tata Usaha

### **4.2.2 Pengorganisasian**

1. Menghadiri rapat mingguan rumah sakit
2. Menyelenggarakan *morning report* di Sub Bagian Tata Usaha
3. Mengatur jadwal jaga satpam, petugas parkir dan sopir

### **4.2.3 Pembinaan dan Pelaksanaan**

1. Melakukan analisis permasalahan Sub Bagian Tata Usaha
2. Menyelesaikan masalah Sub Bagian Tata Usaha
3. Supervisi dan *monitoring* pelaksanaan program kerja Sub Bagian Tata Usaha
4. Membantu memberikan pelayanan di Sub Bagian Tata Usaha
5. Melakukan supervisi, *monitoring* dan pembinaan terkait pelaksanaan tugas bawahan di Sub Bagian Tata Usaha
6. Pengelolaan Ortala (organisasi dan tata laksana) rumah sakit

### **4.2.4 Monitoring dan Evaluasi**

1. Mengevaluasi kinerja dan anggaran Sub Bagian Tata Usaha
2. Mengevaluasi kinerja bawahan di Sub Bagian Tata Usaha

### **4.2.5 Tanggung Jawab**

1. Membuat laporan akuntabilitas kinerja dan proker
2. Mengawasi kegiatan di lingkungan Tata Usaha

3. Meminta persetujuan ke Wadir Umum dan Keuangan untuk perpanjangan kontrak satpam
4. Notulensi rapat rutin rumah sakit
5. Evaluasi pemakaian listrik, air, dan telpon
6. Melaksanakan tugas yang diberikan Wadir Umum dan Keuangan
7. Melaksanakan pengarsipan dokumen dan surat menyurat
8. Melaksanakan pengurusan perijinan

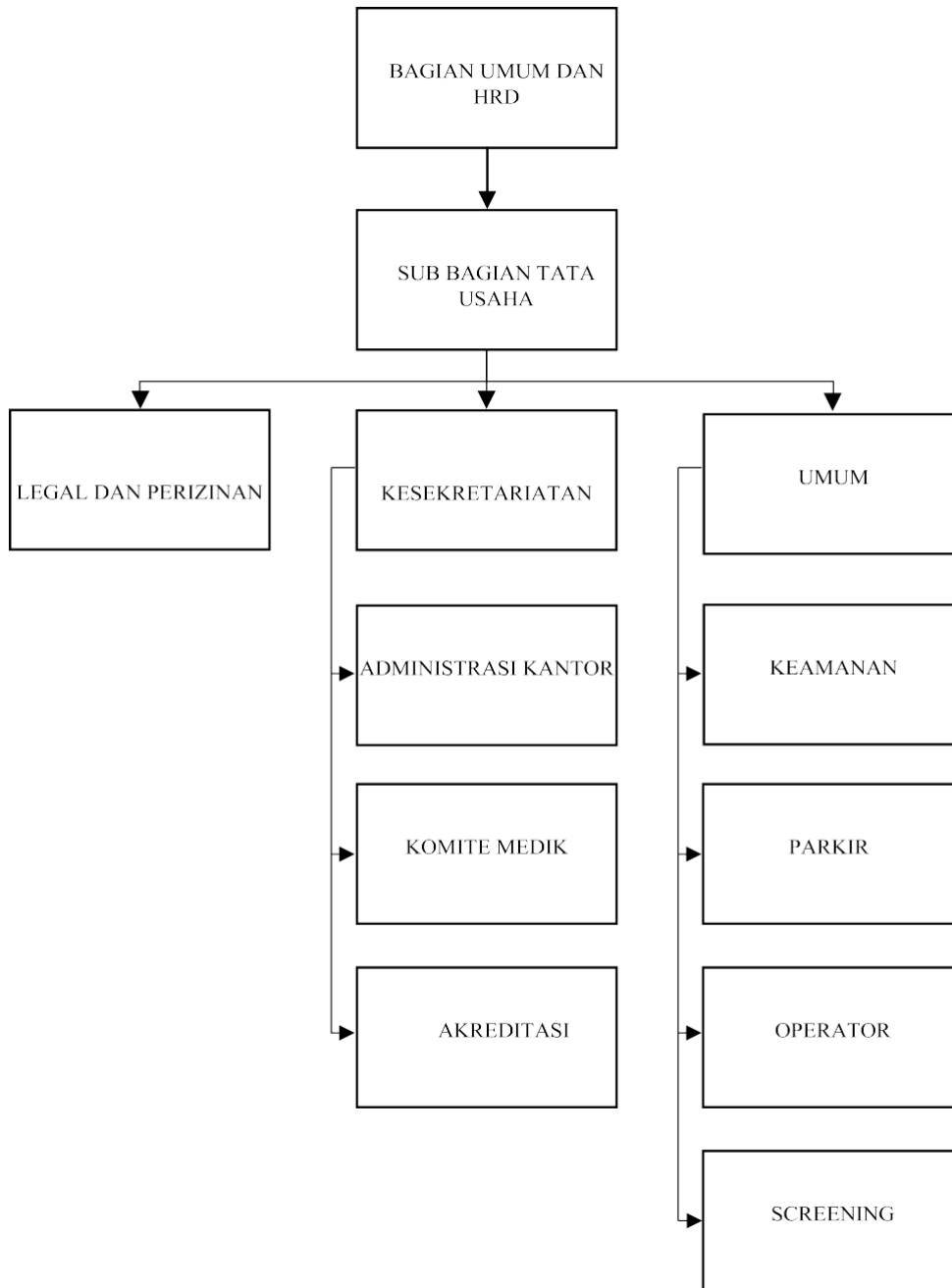
#### **4. 2.6 Kewenangan**

1. Kebijakan
  - a. Mengusulkan program kerja dan anggaran Sub Bagian Tata Usaha
  - b. Mengusulkan SPO pelayanan Sub Bagian Tata Usaha
2. SDM
  - a. Mengusulkan kebutuhan tenaga di Sub Bagian Tata Usaha
  - b. Mengusulkan Diklat SDM Sub Bagian Tata Usaha
  - c. Memberi penilaian kerja bawahan di Sub Bagian Tata Usaha
  - d. Memberi ijin cuti bawahan di Sub Bagian Tata Usaha

#### **4. 2.7 Koordinasi**

1. Antar Individu di Unit Kerja
  - a. Koordinasi pembagian tugas kerja pelayanan
2. Antar Unit Kerja
  - a. Koordinasi pembagian tugas kerja pelayanan
  - b. Koordinasi pemakaian kendaraan dinas
  - c. Koordinasi terkait data penjualan obat
  - d. Koordinasi parkir kendaraan pasien rawat inap
  - e. Koordinasi absensi, pendidikan dan pelatihan
  - f. Koordinasi perencanaan unit kerja
  - g. Koordinasi pengelolaan laporan keuangan
  - h. Koordinasi pengelolaan laporan kegiatan
  - i. Koordinasi terkait IT
  - j. Koordinasi perbaikan peralatan unit kerja
3. Pihak Eksternal RS
  - a. Koordinasi pembuatan surat domisili
  - b. Koordinasi pengurusan ijin
  - c. Koordinasi pengelolaan cagar budaya

### 4.3 Struktur Organisasi Sub Bagian Tata Usaha



Gambar 4. 2 Struktur Organisasi Sub Bagian Tata Usaha

### 4.4 Tugas Pokok dan Fungsi Sub Bagian Tata Usaha

Sub Bagian Tata Usaha di Rumah Sakit Mata Undaan dipimpin oleh Kepala Sub Bagian Tata Usaha yang dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, bertanggungjawab kepada Kepala bagian Umum dan HRD. Kepala Sub Bagian Tata Usaha bertugas menjamin

terlaksananya kegiatan legal dan perijinan, kesekretariatan dan umum. Dalam pelaksanaan tugas tersebut, Kepala Sub Bagian Tata Usaha dibantu oleh staf legal dan perijinan, staf kesekretariatan yang terdiri dari staf administrasi kantor, staf komite medik dan staf akreditasi serta staf umum yang meliputi staf keamanan, staf pengaturan parkir, staf operator dan staf *screening*. Berikut adalah uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang staf di Sub Bagian Tata Usaha :

## 1. Legal dan Perijinan

### a. Uraian Tugas

- 1) Membuat konsep perjanjian, kontrak dan dokumen hukum lainnya untuk memastikan rumah sakit memiliki hukum yang benar.
- 2) Melakukan negosiasi perjanjian, kontrak, izin yang berkaitan dalam aspek hukum.
- 3) Melakukan kegiatan administrasi dan pengurusan terkait perijinan, legal dan dokumen rumah sakit.
- 4) Membuat legal opinion terhadap perjanjian, kontrak, dokumen maupun masalah hukum yang ada di rumah sakit.
- 5) Melakukan reviu seluruh perjanjian, kontrak dan dokumen hukum lainnya.
- 6) Mengidentifikasi, mengatasi dan mengevaluasi masalah yang berkaitan dengan hukum di rumah sakit untuk dilaporkan ke atasan.
- 7) Melakukan reviu kebijakan yang berlaku di rumah sakit.
- 8) Menghadiri rapat yang diadakan di sub bagian.
- 9) Membuat laporan legal dan laporan lainnya yang dibutuhkan rumah sakit.
- 10) Membuat laporan seluruh kegiatan legal setiap bulan.
- 11) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

### b. Tanggung Jawab

- 1) Menjamin perjanjian, kontrak dan dokumen hukum yang ada di rumah sakit aman, berlaku dan sesuai dengan hukum.
- 2) Terlaksananya pengurusan dokumen perijinan rumah sakit tepat waktu.
- 3) Terlaksananya reviu kebijakan, perjanjian, kontrak dan dokumen hukum lainnya.
- 4) Menjamin seluruh dokumen administrasi terkait hukum terdokumentasi dengan lengkap dan baik.
- 5) Melaporkan kegiatan administrasi hukum setiap bulan kepada Kepala Sub Bagian.

### c. Wewenang

- 1) Memberikan legal opinion terhadap masalah hukum yang dialami oleh rumah sakit.
- 2) Melakukan negosiasi dengan pihak ketiga terkait hukum rumah sakit



## 2. Kesekretariatan

### a. Staf Sekretariat Kantor

#### 1) Uraian Tugas

- a) Melakukan kegiatan administrasi kesekretariatan (pencatatan, pendistribusian dan pengarsipan)
- b) sesuai dengan ketentuan.
- c) Mengatur dan menyiapkan rapat koordinasi yang diadakan Manajemen rumah sakit.
- d) Membantu Direksi dalam kegiatan administrasi.
- e) Membantu staf legal dalam pengurusan dokumen perijinan rumah sakit.
- f) Melakukan reviu dan pengendalian dokumen rumah sakit.
- g) Mengatur protokoler tamu Direksi dan rumah sakit.
- h) Menyiapkan ruangan dan fasilitas kerja di Sekretariat.
- i) Melakukan retensi dokumen sesuai dengan ketentuan.
- j) Menghadiri rapat yang diadakan di sub bagian.
- k) Membuat laporan kegiatan administrasi kesekretariatan setiap bulan.
- l) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Sub Bagian Tata Usaha

#### 2) Tanggung Jawab

- a) Terlaksananya kegiatan administrasi kesekretariatan sesuai dengan ketentuan.
- b) Menjamin seluruh dokumen administrasi kesekretariatan terdokumentasi dengan lengkap dan baik.
- c) Terselenggaranya kegiatan rapat koordinasi dengan baik.
- d) Terselenggaranya ruangan dan fasilitas kerja yang bersih, nyaman dan lengkap sesuai kebutuhan.
- e) Terlaksananya pengurusan dokumen perijinan rumah sakit tepat waktu.
- f) Terlaksananya kegiatan retensi dokumen sesuai dengan ketentuan.
- g) Melaporkan kegiatan administrasi kesekretariatan setiap bulan kepada Kepala Sub Bagian.

#### 3) Wewenang

- a) Menyusun dokumen administrasi rumah sakit sesuai dengan tata naskah.
- b) Mengatur penggunaan ruang rapat dan pertemuan yang ada di rumah sakit.
- c) Mengusulkan kebutuhan anggaran dan fasilitas kerja kepada Kepala Sub Bagian.
- d) Mengatur penerimaan tamu Direksi dan rumah sakit.

b. Staf Komite Medik

4) Uraian Tugas

- a) Melakukan kegiatan administrasi kesekretariatan Komite Medik.
- b) Mengatur dan menyiapkan rapat koordinasi yang diadakan Komite Medik.
- c) Membantu Komite Medik dalam kegiatan yang berkaitan dengan Komite Medik.
- d) Menyiapkan ruangan dan fasilitas kerja dan kegiatan Komite Medik.
- e) Menghadiri rapat yang diadakan di sub bagian.
- f) Membuat laporan kegiatan administrasi kesekretariatan Komite Medik setiap bulan.
- g) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Sub Bagian Tata Usaha

5) Tanggung Jawab

- a) Terlaksananya kegiatan administrasi kesekretariatan sesuai dengan ketentuan.
- b) Menjamin seluruh dokumen administrasi kesekretariatan terdokumentasi dengan lengkap dan baik.
- c) Terselenggaranya kegiatan rapat koordinasi dengan baik.
- d) Terselenggaranya ruangan dan fasilitas kerja yang bersih, nyaman dan lengkap sesuai kebutuhan.
- e) Melaporkan kegiatan administrasi kesekretariatan setiap bulan kepada Kepala Sub Bagian.

6) Wewenang

- a) Mengusulkan kebutuhan anggaran dan fasilitas kerja kepada Kepala Sub Bagian.

c. Staf Sekretariat Akreditasi

1) Uraian Tugas

- a) Melakukan kegiatan administrasi kesekretariatan Akreditasi.
- b) Mengatur dan menyiapkan kegiatan akreditasi (*Self Asessmen*, Bimbingan, dan Survei).
- c) Membantu Komite Akreditasi dalam kegiatan yang berkaitan dengan Akreditasi.
- d) Menyiapkan ruangan dan fasilitas kerja dan kegiatan Komite Akreditasi.
- e) Melakukan reuiu dan pengendalian dokumen akreditasi (pedoman, panduan, program kerja dan SPO).

- f) Menyampaikan dan menyebarluaskan informasi terkait akreditasi ke Komite Akreditasi.
  - g) Menghadiri rapat yang diadakan di sub bagian.
  - h) Membuat laporan kegiatan administrasi kesekretariatan Komite Akreditasi setiap bulan.
  - i) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Sub Bagian Tata Usaha.
- 2) Tanggung Jawab
- a) Terlaksananya kegiatan administrasi kesekretariatan sesuai dengan ketentuan.
  - b) Menjamin seluruh dokumen administrasi kesekretariatan terdokumentasi dengan lengkap dan baik.
  - c) Terselenggaranya kegiatan rapat koordinasi dengan baik.
  - d) Terselenggaranya ruangan & fasilitas kerja yang bersih, nyaman dan lengkap sesuai kebutuhan.
  - e) Melaporkan kegiatan administrasi kesekretariatan setiap bulan kepada Kepala Sub Bagian.
- 3) Wewenang
- a) Mengusulkan kebutuhan anggaran dan fasilitas kerja kepada Kepala Sub Bagian.

#### **4. 5 Gambaran Penyusunan SPO Kegiatan Administrasi di Sub Bagian Tata Usaha**

Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya mengatur segala kebutuhan korespondensi, tata hubungan rumah sakit, serta dalam mengelola arsip Rumah Sakit Mata Undaan. Selain itu, segala sesuatu yang berhubungan dengan surat-menyurat, melakukan perjanjian, memberikan laporan, menyusun dokumen, menyimpan dokumen dan mengirimkan surat dan juga mengelola keamanan, dan parkir.

Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan No.642/PER/DIR/RSMU/III/2020 tentang Perubahan atas peraturan Direktur Nomor 140/PER/DIR/RSMU/I/2019 tentang Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya yang menyatakan bahwa untuk melaksanakan kegiatan yang efisiensi dan tertib administrasi serta peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, rumah sakit perlu memberlakukan tata naskah dan pengendalian dokumen internal rumah sakit. Tata naskah merupakan salah satu jenis unsur administrasi umum yang mencakup jenis penyusunan, penggunaan logo rumah sakit, stempel, penggunaan Bahasa Indonesia yang baik dan benar dalam naskah serta pengelolaan regulasi (kebijakan dan prosedur internal rumah sakit). Tata

naskah memuat pengelolaan informasi tertulis (naskah) yang mencakup pengaturan jenis, format, penyiapan, pengamanan, pengabsahan, distribusi dan penyimpanan serta media yang digunakan dalam komunikasi. Di dalam tata naskah memuat jenis dan ketentuan naskah dinas yang terdiri dari :

1. Naskah dinas arahan
  - a. Naskah dinas pengaturan
    - 1) Peraturan Direktur
    - 2) Surat Edaran
    - 3) Pedoman
    - 4) Panduan
    - 5) Standar Prosedur Operasional (SPO)
  - b. Naskah Dinas Penetapan
    - 1) Keputusan Direktur
    - 2) Program Kerja;
    - 3) Kerangka Acuan Kerja/ *Term Of Reference* (TOR)
  - c. Naskah Dinas Penugasan
    - 1) Surat Perintah
    - 2) Surat Tugas
2. Naskah Dinas korespondensi
  - a. Naskah Dinas Korespondensi Internal
    - 1) Nota Dinas
    - 2) Disposisi
  - b. Naskah Dinas Korespondensi Eksternal
    - 1) Surat Dinas
3. Naskah Dinas Khusus
  - a. Perjanjian
  - b. Addendum
  - c. Surat Kuasa
  - d. Berita Acara
  - e. Surat Keterangan
  - f. Surat Pengantar
  - g. Surat Undangan
  - h. Pengumuman
  - i. Rekomendasi

- j. Surat Jalan
- k. Daftar Hadir
- l. Notulen
- 4. Laporan
- 5. Sertifikat
- 6. Daftar hadir
- 7. Halaman depan (*cover*)

Standar Prosedur Operasional (SPO) merupakan salah satu jenis naskah dinas arahan yang bersifat pengaturan. Menurut Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2019, Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah naskah dinas yang memuat serangkaian petunjuk tentang cara serta urutan suatu kegiatan operasional atau administratif yang disusun seragam, konsisten, efisien, dan efektif yang harus diikuti oleh individu, pejabat atau unit kerja. Dalam hal ini, SPO ditetapkan dan ditandatangani oleh pejabat yang berwenang yaitu Direktur. Penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) berpedoman pada panduan tata naskah Rumah Sakit Mata Undaan. Berikut ini adalah daftar naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) yang ada pada Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Undaan :

- 1. Perpanjangan perjanjian
- 2. Pembuatan perjanjian baru
- 3. Retensi pemusnahan dokumen
- 4. Pembuatan nota dinas
- 5. Penerimaan dokumen
- 6. Pengarsipan dokumen
- 7. Pengelolaan dokumen masuk
- 8. Penyelenggaraan rapat
- 9. Perekaman dokumen.

#### **4. 5.1 Proses Penyusunan Naskah Standar Prosedur Operasional (SPO)**

Berdasarkan hasil diskusi, proses penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) proses penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional berpedoman pada Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020. Berdasarkan hasil telaah dokumen Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020, reuiu naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) dilaksanakan minimal satu tahun sekali dan maksimal tiga tahun sekali. Penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) atau revisi Penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) dilaksanakan atas beberapa kondisi sebagai berikut :

1. atas instruksi direksi
2. terjadi perubahan organisasi rumah sakit
3. usulan unit kerja
4. berdasarkan hasil temuan/evaluasi audit internal atau eksternal
5. perubahan regulasi pemerintah
6. berdasarkan rekomendasi dari hasil evaluasi.

Apabila terjadi pengantian direktur atau pimpinan rumah sakit, bila SPO masih sesuai atau masih bisa dipergunakan maka tidak diperlukan revisi.

Berdasarkan hasil kegiatan magang, penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) terbagi dalam tahap-tahap sebagai berikut :

#### 1. Perencanaan

Proses perencanaan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah proses merumuskan dan mengimplementasikan rencana penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) yang meliputi :

- a. Mengidentifikasi naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) yang perlu untuk di reviu atau diperbaiki
- b. Menentukan tujuan yang ingin dicapai pada Standar Prosedur Operasional (SPO)
- c. Mempelajari alur, wewenang dan tanggungjawab pejabat yang terlibat dalam penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO)

#### 2. Pelaksanaan

Proses pelaksanaan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah proses penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) sesuai dengan Pedoman Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan yang terdiri dari :

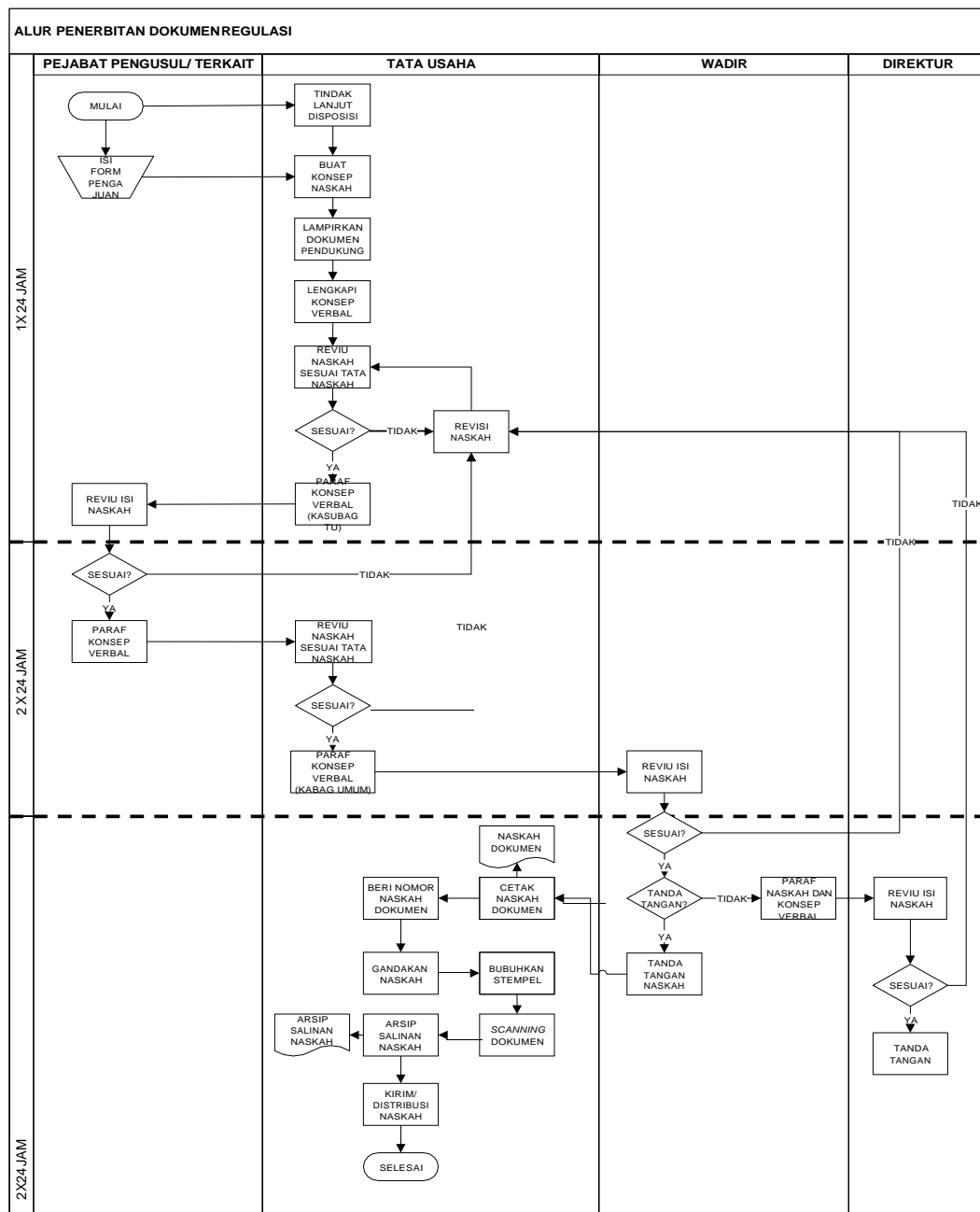
- a. Melakukan diskusi tentang tata cara penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) sesuai dengan Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan
- b. Membuat alur kegiatan Standar Prosedur Operasional (SPO) di Sub Bagian Tata Usaha
- c. Membuat rancangan awal naskah Pedoman Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan
- d. Penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) sesuai dengan format dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO)
- e. Melakukan perbaikan apabila naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) belum sesuai.

#### 3. Implementasi

- a. Finalisasi naskah Standar Prosedur Operasional (SPO)
- b. Evaluasi naskah Standar Prosedur Operasional (SPO).

Namun dalam pelaksanaan magang, difokuskan pada proses perencanaan dan pelaksanaan.

Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah salah satu jenis naskah dinas arahan yang bersifat pengaturan, sehingga alur penerbitan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) beracuan pada alur penerbitan dokumen regulasi yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit Mata Undaan. Berikut adalah diagram alir (bagan) alur penerbitan dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) di Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan :



Gambar 4. 3 Diagram Alir Alur Penerbitan Dokumen Regulasi

Berikut adalah deskripsi singkat dari diagram alir alur penerbitan dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) Sub Bagian Tata Usaha :

1. Pejabat pengusul/terkait mengusulkan terkait dengan reviu atau perbaikan dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) Sub Bagian Tata Usaha dengan mengisi form pengajuan.
2. Selanjutnya, staf Sub Bagian Tata Usaha menindak lanjuti disposisi naskah dari pejabat pengusul.
3. Staf Sub Bagian Tata Usaha membuat konsep naskah dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) dengan melampirkan dokumen pendukung.
4. Staf Sub Bagian Tata Usaha melengkapi naskah dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) dengan konsep verbal.
5. Kepala Sub Bagian Tata usaha mereviu naskah dokumen sesuai dengan Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan.
6. Apabila naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) sudah sesuai, maka Kepala Sub Bagian Tata Usaha memberikan paraf dan dikirimkan kepada pejabat terkait untuk direviu.
7. Apabila naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) sudah sesuai, maka pejabat terkait akan memberikan paraf pada konsep verbal dan dikirimkan kepada Kepala Bagian Umum dan HRD.
8. Selanjutnya, Kepala Bagian Umum dan HRD melakukan reviu naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) sesuai dengan Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan.
9. Apabila naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) sudah sesuai, maka Kepala Bagian Umum dan HRD memberikan paraf dan dikirimkan kepada Wakil Direktur. Apabila naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) belum sesuai, maka naskah akan dikembalikan untuk direvisi.
10. Wakil Direktur melakukan reviu naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) dan apabila sudah sesuai, maka akan dilakukan tanda tangan, apabila naskah masih membutuhkan reviu, maka akan dikirimkan kepada Direktur dengan memberikan paraf pada naskah dan konsep verbal.
11. Direktur melakukan reviu pada naskah Standar Prosedur Operasional (SPO), apabila sudah sesuai, maka Direktur akan memberikan tanda tangan dan mengirimkan ke Sub Bagian Tata Usaha.
12. Staf Sub Bagian Tata Usaha mencetak dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) yang telah ditanda tangani oleh Direktur.



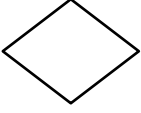


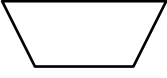





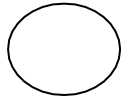
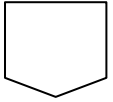
13. Staf Sub Bagian Tata Usaha memberikan nomor naskah dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO).
14. Staf Sub Bagian Tata Usaha menggandakan naskah dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO).
15. Staf Sub Bagian Tata Usaha membubuhkan stempel naskah dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO).
16. Staf Sub Bagian Tata Usaha mengarsipkan salinan naskah dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) kepada Sub Bagian Tata Usaha sendiri.
17. Staf Sub Bagian Tata Usaha mengirim atau distribusi naskah dokumen

#### 4. 5.2 Format Alur atau Flowchart Naskah Standar Prosedur Operasional (SPO)

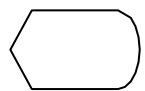
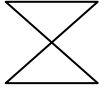
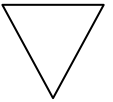
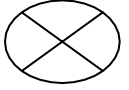
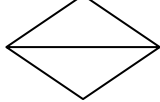
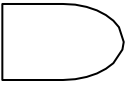
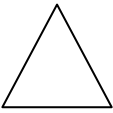
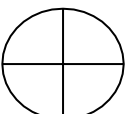
Sebelum menyusun naskah Standar Prosedur Operasional (SPO), perlu dibuat alur diagram alir atau *flowchart* untuk mengetahui alur pelaksanaan gambaran suatu tahapan atau proses penyelesaian masalah dengan sederhana, terurai, rapi dan jelas menggunakan berbagai macam simbol-simbol *flowchart*. Simbol-simbol yang terdapat dalam diagram alir atau *flowchart* adalah sebagai berikut :

Tabel 4 1 Simbol-Simbol Digaram Alir (*Flowchart*)



No	Simbol	Arti
1.		Mulai/selesai
2.		Proses
3.		Pengambilan keputusan
4.		Dokumen
5.		Multidokumen
5.		Kegiatan manual
6.		Input manual

No	Simbol	Arti
7.		Data
8.		Kartu
9.		Peghubung prosedur dalam satu halaman
10.		Peghubung prosedur berbeda halaman

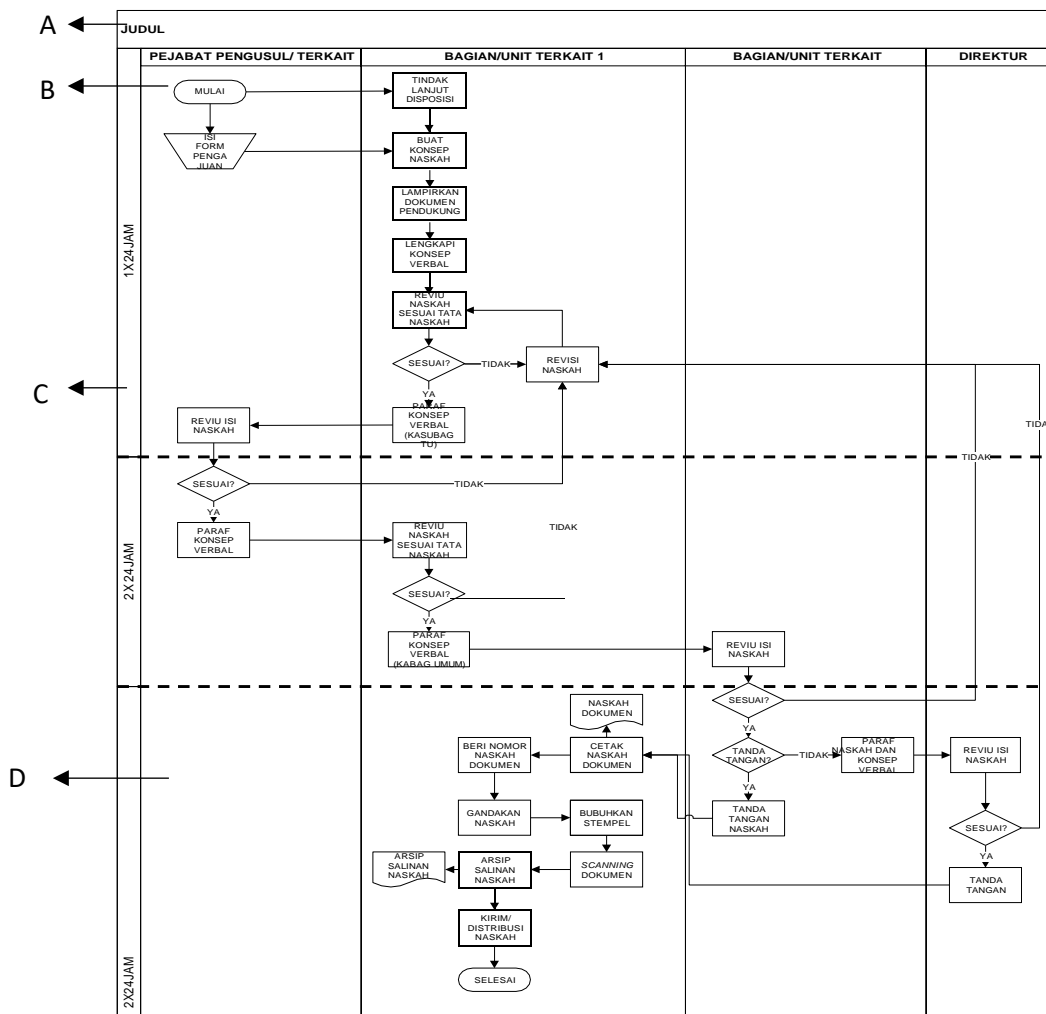
Tabel 4 2 Simbol Arus Kegiatan Rincian Prosedur

No	Simbol	Arti
1.		Tampilan
2.		Penghubung
3.		Penggabungan
4.		Pemaduan
5.		Sortir
6.		<i>Delay</i>
7.		Penguraian
8.		Pilihan langkah/ atau

Tabel 4 3 Simbol Garis Penghubung dalam Diagram Alir

No	Simbol	Arti
1.		Alur garis penghubung tanpa tanda panah artinya adalah koordinasi, monitoring dan lain-lain
2.		Alur garis penghubung dengan tanda panah artinya adalah urutan dari suatu prosedur

Setelah memahami simbol-simbol dalam diagram alir (*flowchart*), langkah selanjutnya adalah mengaplikasikan ke dalam format alur diagram alir (*flowchart*) menggunakan aplikasi visio . Berikut adalah format alur atau *flowchart* naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) :



Gambar 4. 4 Format Diagram Alir Naskah Standar Prosedur Operasional (SPO)

**Keterangan :**

- A. Judul naskah diagram alir naskah Standar Prosedur Operasional (SPO)
- B. Pejabat/bagian/instalasi terkait
- C. Target waktu penyelesaian
- D. Lembar alur kegiatan

**4. 5.3 Bentuk dan Susunan Naskah Standar Prosedur Operasional (SPO)**

Setelah diketahui alur Standar Prosedur Operasional (SPO), selanjutnya adalah mengaplikasikan ke dalam bentuk dan susunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO). Dalam penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO), Rumah Sakit Mata Undaan telah menetapkan bentuk dan susunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan sebagai berikut :

## 1. Kepala

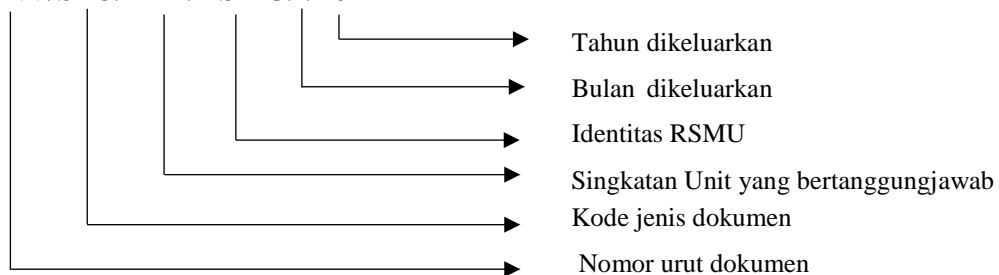
## a. Kepala sebelah kiri memuat :

- 1) Kop naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) terdiri atas gambar logo Rumah Sakit Mata Undaan beserta alamat Rumah Sakit Mata Undaan di bawahnya.
- 2) Tulisan **Standar Prosedur Operasional** dicantumkan di bawah logo Rumah Sakit Mata Undaan

## b. Kepala sebelah kanan memuat :

- 1) **Judul** Standar Prosedur Operasional yang ditulis dengan huruf kapital.
- 2) **Nomor dokumen, nomor revisi, dan halaman** dicantumkan secara simetris dibawah judul, Nomor SPO diperoleh dari Tata Usaha RS Mata Undaan.

XNV/SPO/LAB/RSMU/I/2012



- 3) **Tanggal terbit** dicantumkan dibawah nomor dokumen.
- 4) **Tanda tangan dan nama jelas** pejabat yang menetapkan standar prosedur operasional dicantumkan dibawah nomor revisi dan halaman.

## 2. Batang Tubuh/Isi

Batang tubuh atau isi dalam Standar Prosedur Operasional (SPO) akan diuraikan sebagai berikut :

- a. **Pengertian:** berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian.

Contoh: Pengertian Pemasangan Gelang Identifikasi Pasien Rawat Inap adalah proses kegiatan identifikasi dengan memasang gelang identitas pasien rawat inap pada pergelangan tangan kiri yang tercantum nama, tanggal lahir dan nomor Rekam Medis.

- b. **Tujuan:** berisi tujuan pelaksanaan SPO secara spesifik.

Contoh: Tujuan SPO Pemasangan Gelang Identifikasi Pasien Rawat Inap adalah memastikan identitas pasien dengan benar, selama pasien di rawat di RS Mata Undaan.

- c. **Kebijakan:** berisi Kebijakan Direktur/ Pimpinan RS yang menjadi dasar dibuatnya SPO tersebut.

Contoh : (Peraturan Direktur Nomor 006/PER /DIR/2012) tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit).

- d. **Prosedur:** bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu dan harus berupa kalimat perintah/ instruksi.

Contoh: SPO Pemasangan Gelang Identifikasi Pasien Rawat Inap

### 1) Persiapan Alat:

- a) Gelang identitas pasien (Gelang Biru/Pink)
- b) Berkas Rekam Medis pasien
- c) Alat Tulis


### 2) Pelaksanaan

- a) Siapkan gelang identitas pasien sesuai dengan jenis kelamin
- b) Isi label gelang dengan identitas pasien (nama, umur dan nomor rekam medis) sesuai berkas rekan medis pasien.
- c) Ucapkan salam “selamat pagi/siang/malam, Bapak/Ibu”
- d) Dst..
- e. Instalasi terkait : berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

Contoh: Instalasi terkait: instalasi rawat inap, instalasi gawat darurat, kamar operasi, penunjang medis.

#### 4. 5.4 Format Naskah Standar Prosedur Operasional (SPO)

Format dalam penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional adalah sebagai berikut :

 Jl. Undaan Kulon No. 17 – 19 Surabaya 60274 Telp: 031-5319619 , 5343806 Fax: 031- 5317503	<b>MMMMMMMMMMMM</b>		
	Nomor Dokumen : /SPO/DIR/RSMU/II/2021	Nomor Revisi : 001	Halaman : 1/1
Standar Prosedur Operasional	Tanggal Terbit :	Ditetapkan Direktur,  dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M.	
Pengertian			
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> </ol>		
Kebijakan			
Prosedur	<b>Persiapan</b> Alat : Waktu : Petugas : Tempat :  <b>Pelaksanaan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> <li>4.</li> <li>5.</li> <li>6.</li> <li>7.</li> <li>8.</li> <li>9.</li> <li>10.</li> </ol>		
Instalasi Terkait	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> </ol>		


Gambar 4. 5 Naskah Standar Prosedur Operasional (SPO)

#### 4.6 Hasil Penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan


Berikut ini adalah hasil penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan :

##### 1. SPO Pengelolaan Dokumen Masuk

 Jl. Undaan Kulon No. 17 – 19 Surabaya 60274 Telp: 031-5319619, 5343806 Fax: 031-5317503	PENGELOLAAN DOKUMEN MASUK		
	Nomor Dokumen : 151/SPO/TU/RSMU/1/2021	Nomor Revisi : 001	Halaman : 1/3
Standar Prosedur Operasional	Tanggal Terbit : 20 Januari 2021	Ditetapkan Direktur,  dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M.	
Pengertian	Pengelolaan dokumen masuk adalah proses penerimaan , penyampaian, disposisi semua dokumen yang diterima dari instansi maupun perorangan kepada pejabat yang tercantum pada alamat surat. Dokumen masuk terdiri dari : a. Dokumen Dinas Adalah dokumen yang ditujukan untuk RS. Mata Undaan Suraoaya yang berisi informasi kedinasan berupa pemberitahuan, pernyataan, permintaan, penyampaian naskah dinas atau barang, atau hal kedinasan lainnya. b. Dokumen Non Dinas Adalah dokumen yang ditujukan ke RS. Mata Undaan Surabaya yang bersifat non dinas/ pribadi. Disposisi adalah petunjuk tertulis mengenai tindak lanjut/ tanggapan surat masuk, ditulis secara jelas pada lembar disposisi, tidak pada suratnya. Lembar disposisi merupakan satu kesatuan dengan surat masuk.		
Tujuan	1. Mengatur pengelolaan dokumen masuk di rumah sakit. 2. Menciptakan pelayanan administrasi yang efektif dan efisien.		
Kebijakan	Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor 642/PER/DIR/RSM U/III2020 tanggal 23 Maret 2020 tentang perubahan Atas Peraturan Direktur Nomor : 140/PER/DJR/RSMU/1/2019 tentang Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.		
Prosedur	Persiapan Alat :		


<b>PENGELOLAAN DOKUMEN MASUK</b>		
 Jl. Undaan Kulon No. 17 – 19 Surabaya 60274 Telp: 031-5319619 , 5343806 Fax: 031-5317503	Nomor Dokumen : 151/SPO/TU/RSMU//2021	Nomor Revisi : 001 Halaman : 1/3
Standar Prosedur Operasional	Tanggal Terbit : 20 Januari 2021	Ditetapkan Direktur,  dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M.
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modul Ekorin;</li> <li>2. Jurnal Ekspedisi;</li> <li>3. Komputer;</li> <li>4. <i>Printer</i>;</li> <li>5. <i>Scanner</i>;</li> <li>6. ATK.</li> </ol> Waktu : setiap hari Petugas : Staf tata usaha Tempat : Sub Bagian tata usaha Pelaksanaan <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terima dokumen yang telah dikirim oleh bagian <i>security</i> dan/atau cek dokumen pada surell/ media komunikasi <i>online</i>.</li> <li>2. Cek kesesuaian identitas dokumen yang dikirim (Penerima dan Alamat Tujuan).</li> <li>3. Pilah surat berdasarkan golongan surat yaitu surat dinas atau surat pribadi.               <p><b>Dokumen Non Dinas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan kepada <i>secutiry</i> untuk disimpan di <i>security center</i></li> </ol> <p><b>Dokumen Dinas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Catat ekspedisi surat pada jurnal ekspedisi</li> <li>b. Lakukan <i>scanning</i> surat</li> <li>c. Input ke dalam modul ekorin pada bagian surat masuk.</li> <li>d. Isi form surat masuk yang meliputi :                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nomor surat;</li> <li>2) Tanggal surat;</li> <li>3) Perihal surat;</li> <li>4) Tujuan surat;</li> <li>5) Pengirim surat;</li> <li>6) Tanggal terima surat;</li> <li>7) Sifat surat;</li> <li>8) Media surat;</li> <li>9) Jenis surat;</li> <li>10) Lokasi penyimpanan (inaktif atau aktif) dan</li> <li>11) Unggah surat;</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>4. Pilih menu Disposisi pada modul ekorin.</li> </ol>	





 RSMATA UNDAAN Jl. Undaan Kulon No. 17 – 19 Surabaya 60274 Telp: 031-5319619 , 5343806 Fax: 031-5317503	PENGELOLAAN DOKUMEN MASUK		
	Nomor Dokumen : 151/SPO/TU/RSMU/I/2021	Nomor Revisi : 001	Halaman : 1/3
Standar Prosedur Operasional	Tanggal Terbit : 20 Januari 2021	Ditetapkan Direktur,  dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M.	
	5. Disposisikan surat yang telah diinput ke bagian direksi 6. Cek hasil disposisi dari bagian direksi 7. Print hasil disposisi 8. Distribusikan hasil disposisi unit kerja terkait atau terbitkan dokumen yang dibutuhkan sesuai disposisi		
Instalasi Terkait	Sub Bagian Tata Usaha		

Gambar 4. 6 Hasil SPO Pengelolaan Dokumen Masuk

## 2. SPO Nota Dinas


 RSMATA UNDAAN Jl. Undaan Kulon No. 17 – 19 Surabaya 60274 Telp: 031-5319619 , 5343806 Fax: 031-5317503	PEMBUATAN NOTA DINAS		
	Nomor Dokumen : 152/SPO/TU/RSMU/I/2021	Nomor Revisi : 001	Halaman : 1/2
Standar Prosedur Operasional	Tanggal Terbit : 20 Januari 2021	Ditetapkan Direktur,  dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M.	
Pengertian	Nota dinas adalah naskah dinas <i>intern</i> yang dibuat oleh pejabat dalam rangka melaksanakan tugas guna menyampaikan laporan pemberitahuan, pernyataan, permintaan atau penyampaian kepada pejabat lain. Nota dinas memuat hal yang bersifat rutin, berupa catatan ringkas yang tidak memerlukan penjelasan yang panjang dan dapat langsung dijawab dengan disposisi oleh pejabat yang dituju. Nota dinas dibuat oleh antar pejabat structural secara horizontal dalam lingkungan internal atau secara vertical dalam satu lingkungan unit kerja sesuai tugas, wewenang dan tanggung jawab.		
Tujuan	1. Mengatur dan menertibkan komunikasi internal di rumah sakit.		


<b>PEMBUATAN NOTA DINAS</b>			
 <p>Jl. Undaan Kulon No. 17 – 19 Surabaya 60274 Telp: 031-5319619 , 5343806 Fax: 031- 5317503</p>	Nomor Dokumen : 152/SPO/TU/RSMU/I/2021	Nomor Revisi : 001	Halaman : 1/2
	Standar Prosedur Operasional	Tanggal Terbit : 20 Januari 2021	Ditetapkan Direktur,  dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M.
	2. Menciptakan pelayanan administrasi yang efektif dan efisien.		
Kebijakan	Peraturan Direktur RS. Mata Undaan Nomor : 086B/PER/DIR/RSMU/I/2019 Tanggal 17 Januari 2019 tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.		
Prosedur	<p>Persiapan</p> <p>Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modul Ekorin;</li> <li>2. Komputer</li> <li>3. ATK.</li> </ol> <p>Waktu : Setiap saat</p> <p>Petugas : Pejabat Struktural/Fungsional</p> <p>Tempat : Unit Kerja</p> <p>Pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buka modul ekorin</li> <li>2. Buka bagian nota dinas pada beranda</li> <li>3. Isi form nota dinas yang meliputi : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. tujuan nota dinas (Yth), terdiri dari;</li> <li>b. unit kerja;</li> <li>c. sifat, terdiri dari; <ol style="list-style-type: none"> <li>1) biasa</li> <li>2) penting</li> <li>3) rahasia</li> </ol> </li> <li>d. perihal;</li> <li>e. tanggal;</li> <li>f. isi nota dinas dan;</li> <li>g. unggah file pendukung</li> </ol> </li> <li>4. Kirim nota dinas ke unit terkait</li> </ol> <p><b>Jawab Nota Dinas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buka modu lekorin.</li> <li>2. Buka menu naskah pilih nota dinas.</li> <li>3. Jawab nota dinas.</li> <li>4. Kirim nota dinas kepada pejabat pengirim.</li> </ol>		

<b>PEMBUATAN NOTA DINAS</b>			
 <p>Jl. Undaan Kulon No. 17 – 19 Surabaya 60274 Telp: 031-5319619 , 5343806 Fax: 031- 5317503</p>	Nomor Dokumen : 152/SPO/TU/RSMU/I/2021	Nomor Revisi : 001	Halaman : 1/2
	Standar Prosedur Operasional	Tanggal Terbit : 20 Januari 2021	Ditetapkan Direktur,  dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M.
5. Cetak nota dinas apabila diperlukan			
Instalasi Terkait	1. Seluruh Bagian/ Instalasi/ Unit		

Gambar 4. 7 Hasil SPO Pembuatan Nota Dinas

## 3. SPO Retensi Pemusnahan Dokumen

<b>RETENSI PEMUSNAHAN DOKUMEN</b>			
 <p>Jl. Undaan Kulon No. 17 – 19 Surabaya 60274 Telp: 031-5319619 , 5343806 Fax: 031- 5317503</p>	Nomor Dokumen : XXX/SPO/TU/RSMU/I/2021	Nomor Revisi : 001	Halaman : 1/1
	Standar Prosedur Operasional	Tanggal Terbit : 22 Januari 2021	Ditetapkan Direktur,  dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M.
Pengertian	Retensi pemusnahan dokumen adalah kegiatan pengurangan berkas dokumen dari tempat penyimpanan dengan menentukan jangka waktu penyimpanan berkas dokumen atas dasar nilai kegunaan tiap-tiap berkas dokumen.		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengurangi jumlah arsip dokumen yang semakin bertambah</li> <li>2. Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat arsip dokumen yang baru</li> <li>3. Menyelamatkan arsip dokumen yang bernilai tinggi</li> <li>4. Mengurangi arsip dokumen yang tidak bernilai</li> </ol>		
Kebijakan	Peraturan Direktur RS. Mata Undaan Nomor : 086B/PER/DIR/RSMU/I/2019 Tanggal 17 Januari 2019 tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.		
Prosedur	Persiapan		

 Jl. Undaan Kulon No. 17 – 19 Surabaya 60274 Telp: 031-5319619 , 5343806 Fax: 031- 5317503	RETENSI PEMUSNAHAN DOKUMEN		
	Nomor Dokumen : XXX/SPO/TU/RSMU/II/2021	Nomor Revisi : 001	Halaman : 1/1
Standar Prosedur Operasional	Tanggal Terbit : 22 Januari 2021	Ditetapkan Direktur,  dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M.	
	Alat : 1. Alat pemusnah kertas; 2. Berkas dokumen; 3. ATK. Waktu : lima tahun sekali Petugas : Staff tata usaha Tempat : Sub Bagian tata usaha  Pelaksanaan: 1. Identifikasi pemusnahan dokumen yang tidak berlaku atau sudah lebih dari 10 tahun 2. Usulkan dan disposisikan usulan pemusnahan dokumen kepada Direktur 3. Pilih dokumen yang masuk kriteria ke dalam kardus/ kantong. 4. Laksanakan pemusnahan dokumen secara: Internal : Cacah dokumen dengan mesin pencacah dokumen.  Eksternal : a. Ajukan daftar dan jumlah dokumen ke pihak kedua. b. cek kesesuaian dokumen yang akan dimusnahkan. c. Jadwalkan waktu pengambilan dokumen. d. Saksikan proses pemusnahan dokumen di tempat pihak kedua 5. Buat berita acara pemusnahan dengan melampirkan daftar dokumen yang dimusnahkan		
Instalasi Terkait	1. Sub Bagian Tata Usaha 2. Seluruh Bagian/ Instalasi/ Unit		

Gambar 4. 8 Hasil SPO Retensi Pemusnahan Dokumen

#### 4.7 Penyusunan SPO Sub Bagian Tata Usaha RS Mata Undaan Surabaya Berdasarkan Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi 2012 (KARS)

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya telah menyusun Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020 yang mengacu pada Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012. Dalam mengeluarkan pedoman, tentu harus sesuai dengan satu sumber lainnya sehingga komunikasi yang efektif dapat terlaksana. Penilaian kesesuaian Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020 dengan Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012 adalah sebagai berikut :

Tabel 4 4 Perbandingan Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi 2012 (KARS) dengan Penyusunan SPO RS Mata Undaan Surabaya

No	Aspek Perbandingan	Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012	Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020	Kondisi di Rumah Sakit Mata Undaan		
				Sesuai	Tidak Sesuai	Keterangan
1.	Format SPO	Format SPO minimal terdiri dari : a. Nama Rumah Sakit dan logo b. Judul SPO c. SPO d. Nomor dokumen e. Nomor revisi f. Halaman g. Tanggal terbit h. Tanda tangan Direktur i. Pengertian j. Tujuan k. Kebijakan l. Prosedur m. Unit terkait	Format SPO RS Mata Undaan terdiri dari : a. Nama Rumah Sakit dan logo b. Judul SPO c. SPO d. Nomor dokumen e. Nomor revisi f. Halaman g. Tanggal terbit h. Tanda tangan Direktur i. Pengertian j. Tujuan k. Kebijakan l. Prosedur m. Unit terkait	√		Format SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha RS Mata Undaan sudah sesuai dengan Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012.
2.		Tata cara pengelolaan SPO adalah sebagai berikut :	Tata cara pengelolaan, SPO di Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit	√		

No	Aspek Perbandingan	Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012	Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020	Kondisi di Rumah Sakit Mata Undaan		
				Sesuai	Tidak Sesuai	Keterangan
	Tata Cara Pengelolaan SPO	a. Rumah sakit menetapkan siapa yang mengelola SPO	Mata Undaan menjadi tanggung jawab Sub Bagian Tata Usaha			Sudah sesuai
		b. Pengelola SPO harus mempunyai arsip seluruh SPO rumah sakit	Pengarsipan SPO telah dilaksanakan oleh Sub Bagian Tata Usaha	√		Sudah sesuai
		c. Pengelola SPO agar membuat tata cara penyusunan, penomoran, pendistribusian, penyimpanan, evaluasi, dan revisi	Tata Usaha dan pembuatan tata cara meliputi penomoran, penyimpanan, dan evaluasi telah tercantum di Panduan Tata Naskah RS Mata Undaan Tahun 2020, namun untuk tata cara penyusunan dan pendistribusian belum tercantum di dalam Panduan Tata Naskah RS Mata Undaan Tahun 2020 dan hanya ada SPO dan bagan alur.	√		Sudah sesuai
3.	Syarat penyusunan SPO	Syarat penyusunan SPO adalah sebagai berikut : a. Identifikasi kebutuhan yakni mengidentifikasi apakah kegiatan yang dilakukan saat ini sudah ada SPO atau belum dan bila sudah ada agar diidentifikasi, apakah SPO masih efektif atau tidak	Syarat penyusunan SPO tidak dicantumkan dalam Panduan Tata Naskah RS Mata Undaan Tahun 2020 namun semua persyaratan sudah dilaksanakan yaitu : a. Sub Bagian Tata Usaha telah mengidentifikasi kebutuhan untuk kegiatan dilakukan saat ini sudah ada SPO atau belum dan bila sudah ada agar diidentifikasi, apakah SPO masih efektif atau tidak	√		Syarat penyusunan SPO tidak dicantumkan dalam Panduan Tata Naskah RS Mata Undaan Tahun 2020 namun semua persyaratan telah dilaksanakan.

No	Aspek Perbandingan	Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012	Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020	Kondisi di Rumah Sakit Mata Undaan		
				Sesuai	Tidak Sesuai	Keterangan
		b. Perlu menekankan bahwa SPO harus ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan tersebut atau oleh unit kerja tersebut, atau panitia yang ditunjuk oleh Direktur/Pimpinan RS hanya untuk menanggapi dan mengoreksi SPO tersebut	b. Penyusunan SPO di Sub Bagian Tata Usaha ditulis oleh staf dan Kepala Sub Bagian Tata Usaha dengan melibatkan unit terkait	√		
		c. SPO harus merupakan <i>flowcharting</i> dari suatu kegiatan	c. SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha adalah <i>flowcharting</i> dari suatu kegiatan	√		
		d. SPO tidak menggunakan kalimat majemuk dan jelas Subyek, Predikat, Objek	d. SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha tidak menggunakan kalimat majemuk dan jelas Subyek, Predikat, Objek	√		
		e. Didalam SPO harus dapat dikenali dengan jelas siapa yang melakukan apa, dimana, kapan dan mengapa	e. Didalam SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha telah dapat dikenali dengan jelas siapa yang melakukan apa, dimana, kapan dan mengapa	√		
		f. SPO harus menggunakan kalimat perintah/instruksi dengan bahasa yang dikenal pemakai	f. SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha telah menggunakan kalimat perintah/instruksi dengan bahasa yang dikenal pemakai	√		

No	Aspek Perbandingan	Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012	Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020	Kondisi di Rumah Sakit Mata Undaan		
				Sesuai	Tidak Sesuai	Keterangan
		g. SPO harus jelas, ringkas dan mudah dilaksanakan.	g. SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha jelas, ringkas dan mudah dilaksanakan.	√		
4.	Proses Penyusunan SPO	1. Penyusunan SPO dapat dikelola oleh suatu tim/panitia dengan mekanisme sebagai berikut : a. Pelaksana atau unit kerja menyusun SPO dengan melibatkan unit terkait b. SPO yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja disampaikan ke tim/panitia SPO	4. Penyusunan SPO di Sub Bagian Tata Usaha dikelola oleh staf dan Kasubag Tata Usaha a. Staf dan Kasubag Tata Usaha menyusun SPO dengan melibatkan unit terkait misalnya <i>security</i>	√		Proses penyusunan SPO tidak dicantumkan dalam Panduan Tata Naskah RS Mata Undaan Tahun 2020 namun semua proses penyusunan sudah dilaksanakan.
		2. Penulisan SPO dimulai dengan membuat <i>flow chart</i> yang menggambarkan langkah penting dari seluruh proses	2. Penulisan SPO di Sub Bagian Tata usaha dimulai dengan membuat <i>flow chart</i>	√		
		3. Semua SPO harus ditandatangani oleh direktur/pimpinan RS	3. Semua SPO harus ditandatangani oleh direktur/pimpinan RS	√		
		4. SPO perlu untuk di sosialisasikan dan apabila SPO tersebut rumit, maka perlu untuk dilakukan pelatihan.	4. Setelah SPO ditandatangani, maka akan disosialisasikan kepada staf ke unit terkait melalui rapat koordinasi / rapat rutin mingguan.	√		



No	Aspek Perbandingan	Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012	Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020	Kondisi di Rumah Sakit Mata Undaan		
				Sesuai	Tidak Sesuai	Keterangan
5.	Tata Cara Penomoran SPO	Tata cara penomoran SPO adalah sebagai berikut : 1. Semua SPO harus diberi nomor 2. RS gara membuat kebijakan tentang pemberian nomor untuk SPO 3. Pemberian nomor bisa mnegikuti tata persuratan RS dan pemberian nomor sebaiknya secara sentral 4. Kode-kode yang dipergunakan untuk pemberian nomor : a. Kode unit kerja b. Kode SPO c. Nomor urut SPO di dalam unit kerja	Tata cara penomoran SPO telah diatur dalam Panduan Tata Naskah RS Mata Undaan Tahun 2020 yang meliputi : 1. Semua SPO di Sub Bagian sudah dicabtumkan nomor 2. RS telah membuat kebijakan pemberian nomor yang diatur dalam Panduan Tata Naskah RS Mata Undaan Tahun 2020 3. Kode yang dipergunakan dalam penomoran SPO adalah : a. Tahun terbit b. Bulan terbit c. Identitas RSMU d. Singkatan Unit yang terkait e. Kode jneis dokumen f. Nomor urut dokumen	√		Pelaksanaan penomoran SPO di Sub Bagian Tata Usaha sudah sesuai dengan Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012
6.	Tata Cara penyimpanan SPO	1. SPO asli agar disimpan di sekretariat tim akreditasi RS atau bagian secretariat RS sesuai dengan kebijakan yang berlaku di RS tersebut tentang tata cara pengarsipan dokumen 2. Bagi rumah sakit yang sudah menggunakan <i>e-file</i> , maka	1. SPO asli telah tersimpan di Sub Bagian Tata Usaha 2. Rumah Sakit Mata Undaan telah mengembangkan aplikasi modul ekorin dimana aplikasi tersebut dapat mendokumentasikan/ menyimpan naskah SPO	√		Tata cara penyimpanan SPO telah dicantumkan dalam Panduan Tata Naskah RS Mata Undaan Tahun 2020 dan semua proses penyimpanan SPO

No	Aspek Perbandingan	Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012	Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020	Kondisi di Rumah Sakit Mata Undaan		
				Sesuai	Tidak Sesuai	Keterangan
		penyimpanan SPO sebagai berikut : a. Setiap SPO harus di <i>print-out</i> disimpan sebagai SPO asli b. SPO di unit kerja tidak perlu <i>hardcopy</i> , SPO bisa dilihat di internet rumah sakit.				mengikuti SPO pengarsipan naskah.
7.	Tata Cara Pendistribusian SPO	1. Distribusi harus memakai buku ekspedisi dan atau formulir tanda terima 2. Bagi rumah sakit yang sudah menggunakan <i>e-file</i> , maka distribusi SPO bisa melalui internet.	Setelah SPO ditandatangani, maka akan disosialisasikan dan didistribusikan kepada staf ke unit terkait melalui rapat koordinasi / rapat rutin mingguan, saat pandemi, distribusi naskah SPO melalui WAG.	√		Tata cara pendistribusian SPO telah dicantumkan dalam Panduan Tata Naskah RS Mata Undaan Tahun 2020 namun semua proses pendistribusian SPO sudah dilaksanakan.
8.	Tata Cara Evaluasi	1. Evaluasi SPO dilaksanakan sesuai kebutuhan dan maksimal tiga tahun sekali 2. Evaluasi SPO dilakukan oleh masing-masing unit kerja yang dipimpin oleh kepala unit kerja 3. Hasil evaluasi SPO masih tetap bisa dipergunakan atau	Tata cara penomoran SPO telah diatur dalam Panduan Tata Naskah RS Mata Undaan Tahun 2020. Evaluasi SPO di Sub Bagian Tata Usaha adalah sebagai berikut : 1. Dilaksanakan oleh unit kerja (Sub Bagian Tata Usaha) minimal 1 tahun sekali	√		Secara garis besar, Pelaksanaan evaluasi SPO di Sub Bagian Tata Usaha sudah sesuai dengan Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012

No	Aspek Perbandingan	Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012	Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020	Kondisi di Rumah Sakit Mata Undaan		
				Sesuai	Tidak Sesuai	Keterangan
		<p>SPO perlu perbaiki/ direvisi. Perbaiki isi SPO sebagian atau seluruhnya</p> <p>4. Perbaiki/ revisi perlu dilakukan bila</p> <p>a. Alur di SPO sudah tidak sesuai dengan keadaan yang ada</p> <p>b. Adanya perkembangan IPTEK</p> <p>c. Adanya perubahan organisasi atau kebijakan baru</p> <p>d. Adanya perubahan fasilitas</p> <p>e. Adanya pergantian direktur/pimpinan RS, bila SPO memang masih sesuai/dipergunakan maka tidak perlu direvisi.</p>	<p>2. Perbaiki atau revisi dilakukan apabila :</p> <p>a. Atas instruksi direksi</p> <p>b. Terjadi perubahan organisasi RS</p> <p>c. Usulan Unit Kerja</p> <p>d. Berdasarkan hasil temuan/evaluasi audit internal atau eksternal</p> <p>e. Perubahan regulasi pemerintah</p> <p>f. Berdasarkan rekomendasi dari hasil evaluasi</p> <p>3. Bila terjadi pergantian direktur/pimpinan RS, bila SPO masih sesuai/dipergunakan maka tidak perlu direvisi.</p>			

Berdasarkan tabel 4.4 diatas, perbandingan kesesuaian Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020 dengan Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012 secara keseluruhan mulai dari format naskah SPO, tata cara pengelolaan SPO, syarat penyusunan SPO, tata cara pengelolaan SPO, tata cara penomoran SPO, tata cara penyimpanan SPO, tata cara pendistribusian SPO dan evaluasi SPO, sudah sesuai dengan Panduan Tata Naskah RS Mata Undaan Tahun 2020, namun pada beberapa aspek seperti syarat penyusunan SPO belum dicantumkan dalam Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020, tetapi semua persyaratan sudah dilaksanakan.

#### 4.8 Hasil Temuan Kegiatan Penyusunan SPO di Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

Untuk menilai pelaksanaan SPO di Sub Bagian Tata Usaha, maka perlu dilaksanakan evaluasi terkait dengan pengelolaan, penyusunan, penomoran, penyimpanan, serta proses evaluasi SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha. Evaluasi SPO di Sub Bagian Tata Usaha dinilai berdasarkan lima aspek yaitu kebijakan, panduan, SPO, implementasi dan evaluasi. Berikut adalah tabel evaluasi SPO di Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya :

Tabel 4 5 Evaluasi SPO di Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

No	Temuan	Kebijakan	Panduan	SPO	Implementasi	Evaluasi	Hasil (%)
1.	Penyusunan SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha	Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan No.642/PER/DIR/RSMU/II I/2020	Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020	SPO Penerbitan Dokumen regulasi	Penyusunan SPO sudah diimplementasikan sesuai dengan Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020	Evaluasi kegiatan penyusunan dan pendistribusian naskah dilaksanakan dalam evaluasi kinerja tiap bulan/triwulan/tahunan sekali	100,00
2.	Penomoran SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha	Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan No.642/PER/DIR/RSMU/II I/2020	Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020	Penomoran SPO tidak memerlukan SPO, namun sudah tercantum di Panduan Tata Naskah	Penomoran SPO sudah diimplementasikan sesuai dengan Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020	Sebelum SPO di sah kan, sudah dilaksanakan <i>review</i> naskah SPO, salah satunya terkait dengan penomoran SPO yang harus sesuai dengan Panduan Tata Naskah RS Mata Undaan tahun 2020	100,00

No	Temuan	Kebijakan	Panduan	SPO	Implementasi	Evaluasi	Hasil (%)
3.	Penyimpanan SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha	Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan No.642/PER/DIR/RSMU/II I/2020	Penyimpanan SPO telah dicantumkan dalam Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020	SPO pengarsipan dokumen	Penyimpanan SPO sudah diimplementasikan yang disimpan dalam modul ekorin	Evaluasi kegiatan pengarsipan naskah dilaksanakan dalam evaluasi kinerja tiap bulan/triwulan/tahunan sekali	100,00
4.	Pendistribusian SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha	Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan No.642/PER/DIR/RSMU/II I/2020	Pendistribusian SPO telah dicantumkan dalam Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020 yaitu penyampaian naskah dinas	SPO penggandaan dan pendistribusian dokumen	SPO didistribusikan kepada staf ke unit terkait melalui rapat koordinasi / rapat rutin mingguan, namun saat pandemi, distribusi naskah SPO melalui WAG.	Evaluasi kegiatan penyusunan dan pendistribusian naskah dilaksanakan dalam evaluasi kinerja tiap bulan/triwulan/tahunan sekali	100,00
5.	Evaluasi SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha	Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan No.642/PER/DIR/RSMU/II I/2020	Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Tahun 2020	Evaluasi SPO tidak memerlukan SPO, namun sudah tercantum di Panduan Tata Naskah	Evaluasi sudah dilaksanakan dengan baik dengan adanya evaluasi minimal setiap satu tahun sekali dan maksimal tiga tahun sekali.	Evaluasi dilaksanakan dalam evaluasi kinerja tiap bulan/triwulan/tahunan sekali	100,00
Rata-rata							100,00

Berdasarkan tabel 4.5 hasil rata-rata penilaian evaluasi SPO di Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya adalah 100,00% dari 100% dimana angka tersebut tergolong sempurna. Penyusunan SPO, penomoran SPO, penyimpanan SPO, pendistribusian SPO dan evaluasi SPO telah didasarkan pada kebijakan Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan No.642/PER/DIR/RSMU/III/2020 tentang Perubahan atas peraturan Direktur Nomor 140/PER/DIR/RSMU/I/2019 tentang Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya. Panduan dalam pelaksanaan penyusunan SPO, penomoran SPO, penyimpanan SPO, pendistribusian SPO dan evaluasi SPO telah tercantum dalam Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya Tahun 2020. Standar Prosedur operasional (SPO) dalam pelaksanaan penyusunan SPO, telah diatur dalam SPO penerbitan dokumen regulasi, penyimpanan SPO telah diatur dalam SPO pengarsipan naskah dokumen dan pendistribusian SPO telah diatur dalam SPO penggandaan dan pendistribusian dokumen, penomoran SPO dan evaluasi SPO tidak memerlukan Standar prosedur Operasional (SPO) tetapi hanya dicantumkan dalam Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya. Implementasi penyusunan dan penomoran SPO sudah dilaksanakan sesuai dengan Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Undaan Tahun 2020.

Implementasi penyimpanan SPO maupun dokumen lain sudah terintegrasi dan disimpan dalam modul ekorn. Kegiatan pendistribusian SPO sudah diimplementasikan dengan mendistribusikan kepada staf ke unit terkait melalui rapat koordinasi atau rapat rutin mingguan namun saat pandemi, distribusi naskah SPO melalui WAG. Kegiatan evaluasi SPO sudah dilaksanakan dengan baik dengan adanya evaluasi minimal setiap satu tahun sekali dan maksimal tiga tahun sekali. Kegiatan evaluasi penyusunan SPO, penyimpanan SPO, pendistribusian SPO dan evaluasi SPO akan dievaluasi secara bersamaan dalam evaluasi kinerja tiap bulan/triwulan/tahunan sekali. Kendala dalam proses penyusunan SPO adalah perubahan kebijakan sehingga penyusunan SPO sering berubah-ubah. Dalam hal ini, apabila kebijakan baru telah disahkan sebaiknya dilaksanakan pemberitahuan dengan segera kepada Sub Bagian Tata Usaha sehingga dapat difasilitasi untuk diadakan pertemuan terkait perubahan kebijakan dengan unit-unit terkait untuk membahas penyusunan SPO.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil dan pembahasan terkait dengan gambaran struktur organisasi Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit dan proses penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Sub bagian Tata usaha bertanggungjawab dengan segala sesuatu yang berhubungan dengan surat-menyurat, melakukan perjanjian, memberikan laporan, menyusun dokumen, menyimpan dokumen dan mengirimkan surat dan juga mengelola keamanan parkir.
2. Proses penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) di Sub Bagian Tata Usaha berpedoman pada Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan yang mengatur terkait bentuk, susunan, format naskah Standar Prosedur Operasional (SPO).
3. Proses penyusunan naskah Standar Prosedur Operasional (SPO) di Sub Bagian Tata Usaha yang secara garis besar terdiri dari tiga kegiatan yaitu perencanaan, pelaksanaan dan implementasi. Selain itu, proses penyusunan naskah SPO melibatkan berbagai pihak diantaranya bagian/unit terkait, Bagian Umum dan HRD, Wakil Direktur dan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan.
4. Penyusunan SPO Sub Bagian Tata Usaha RS Mata Undaan Surabaya sudah sesuai dengan Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi 2012 (KARS) baik dalam aspek format, pengelolaan, syarat penyusunan SPO, penyusunan, penomoran, penyimpanan, pendistribusian, evaluasi.

#### **5.2 Saran**

Selama kegiatan magang dilaksanakan, saran atau rekomendasi yang dapat diberikan kepada instansi adalah sebagai berikut :

1. Sebaiknya menambahkan target waktu setiap orang yang berperan dalam proses penyusunan SPO, disposisi surat-menyurat dan dokumen lain, selain itu juga dapat membuat sistem untuk mengingatkan/memberitahukan apabila pihak tersebut melebihi target waktu.
2. Sebaiknya dilaksanakan pemberitahuan dengan segera kepada Sub Bagian Tata Usaha sehingga dapat difasilitasi untuk diadakan pertemuan terkait perubahan kebijakan dengan unit-unit terkait untuk membahas penyusunan SPO.

3. Sebaiknya melakukan *follow-up* atau mengingatkan kembali pihak kedua secara berkala terkait dengan perizinan dan perjanjian sehingga perizinan atau perjanjian tidak terlambat untuk diperpanjang.

Penulis menyadari bahwa dalam laporan magang terkait gambaran proses penyusunan Standar Prosedur Operasional di Sub Bagian Tata Usaha ini masih terdapat banyak kekurangan dan ketidaklengkapan. Sehingga kritik dan saran diharapkan oleh penulis sebagai upaya perbaikan dan diharapkan pelaksanaan magang di rumah sakit kedepan dapat terlaksana dengan baik.



## DAFTAR PUSTAKA

- Da Rosa Walter, R. *Et Al.* 2016. *Standard Operating Procedure In The Hospital Context: The Nurses' Perception*, *Revista De Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online*.
- Expert Committee On Health Statistics. 1952. *World Health Organization Technical Report Series*, Pp. 1–54. Doi: 10.1097/00000441-196110000-00043.
- International Health Facility Guidelines. 2016. *Health Facility Briefing and Design*.
- Komite Akreditasi Rumah Sakit. 2012. *Panduan Penyusunan Dokumn Akreditasi Rumah Sakit*. KARS.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit
- Rumah Sakit Mata Undaan. 2019. *Pedoman Pelayanan Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya*. Surabaya : Rumah Sakit Mata Undaan.
- Rumah Sakit Mata Undaan. 2019. *Pedoman Pengorganisasian Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya* : Rumah Sakit Mata Undaan.
- Rumah Sakit Mata Undaan. 2019. *Panduan Tata Naskah Rumah Sakit Mata Undaan Edisi 2*. Surabaya : Rumah Sakit Mata Undaan.
- Shestopalova, T. N. And Gololobova, T. V. 2018. *Standard Operating Procedures As A Trend In Ensuring Healthcare Safety*, *Health Risk Analysis*. Doi: 10.21668/Health.Risk/2018.2.15.Eng.
- Ulfa, M. And Sarzuli, T. 2016. *‘Pengaruh Faktor Internal Dan Eksternal Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Melaksanakan Standar Prosedur Operasional Pemasangan Kateter Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Yogyakarta Unit Ii’*, *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*. Doi: 10.18196/Jmmr.5106.
- Undang-Undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit

## LAMPIRAN

## Lampiran 1. Lembar Catatan Kegiatan Magang dan Absensi Magang

## Logbook Laporan Harian Mahasiswa Magang

Nama Mahasiswa : Kamarwati Nur Marwah Shofi  
 NIM : 101711133211  
 Tempat Magang : Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
18/01/2021	Orientasi umum Profil RS, Code Blue, dan Pengendalian Pencegahan Infeksi (PPI) Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya	f
19/01/2021	Orientasi umum sub bagian K3 RS dan mempelajari struktur organisasi RS serta struktur organisasi sub bagian tata usaha	f
20/01/2021	Mempelajari gambaran umum dan fitur pelayanan administrasi digital sub bagian tata usaha	f
21/01/2021	Mempelajari alur pelayanan administrasi digital sub bagian tata usaha	f
22/01/2021	Mempelajari sistem administrasi berbasis aplikasi evomedis ekorin	f
23/01/2021	Mempelajari sistem administrasi berbasis aplikasi evomedis ekorin	f
Minggu ke-2		
25/01/2021	Mempelajari dokumen panduan tata naskah dan dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) sub bagian tata usaha	f
26/01/2021	Menyusun dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) dan alur pelayanan administrasi sub bagian tata usaha	f
27/01/2021	Menyusun dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) dan alur pelayanan administrasi sub bagian tata usaha	f
28/01/2021	Diskusi hasil flowchart dan SPO pelayanan administrasi sub bagian tata usaha	f
29/01/2021	Melakukan revisi dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) dan alur/flowchart sub bagian tata usaha	f
30/01/2021	Melakukan revisi dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) dan alur/flowchart sub bagian tata usaha	f
Minggu ke-3		
01/02/2021	Mempelajari dokumen indikator mutu sub bagian tata usaha	f
02/02/2021	Menyusun dokumen profil indikator dan form indikator mutu sub bagian tata usaha	f

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
03/02/2021	Mempelajari dokumen rekapan laporan bulanan sub bagian tata usaha, panduan rapat, pedoman pelayanan tata usaha, pedoman pengorganisasian sub bagian tata usaha, program kerja sub bagian tata usaha	f
04/02/2021	Menyusun laporan kegiatan sub bagian tata usaha tahun 2020	f
05/02/2021	Menyusun laporan indikator mutu Sub Bagian Tata Usaha	f
06/02/2021	Menyusun laporan indikator mutu Sub Bagian Tata Usaha	f
Minggu ke-4		
08/02/2021	Diskusi hasil penyusunan laporan indikator mutu sub bagian Tata Usaha dan penilaian kinerja di sub bagian Tata Usaha	f
09/02/2021	Supervisi dosen pembimbing dengan pihak Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya	f
10/02/2021	Mempelajari dokumen dan instrument penilaian kinerja individu sub bagian tata usaha	f
11/02/2021	Merevisi hasil penyusunan laporan indikator mutu sub bagian Tata Usaha	f
12/02/2021	Libur Hari Besar Nasional	
13/02/2021	Merevisi hasil penyusunan laporan indikator mutu sub bagian Tata Usaha	f
Minggu ke-5		
15/02/2021	Pengumpulan data tambahan untuk penyusunan laporan magang	f
16/02/2021	Pengumpulan data tambahan untuk penyusunan laporan magang	f
17/02/2021	Penyelesaian laporan magang	f
18/02/2021	Penutupan magang	f

## Lampiran 2. Surat Izin Magang

No.	Nama Mahasiswa	NIM.	PEMINATAN	PEMBIMBING
1.	Annisa Aurelia Putri Diah Jaya	101711133101	Administrasi & Kebijakan Kesehatan	Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes
2.	Kambarwati Nur Marwah Shofi	101711133211		
3.	Salsabila	101711133026		
4.	Tamaamah Habibah	101711133024		

Sebagai peserta magang di Instansi Saudara, mulai 18 Januari 2021

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan  
Wakil Dekan I,



Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., M.S.  
NIP 196202281989112001

Tembusan :

1. Dekan FKM UNAIR;
2. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
3. Ketua Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNAIR;
4. Koordinator Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
5. Yang bersangkutan.

### Lampiran 3. Balasan Izin Magang



**Lampiran 4. Berita Acara Perbaikan (BAP)****BERITA ACARA PERBAIKAN (BAP)****SEMINAR LAPORAN MAGANG**

Nama : Kamarwati Nur Marwah Shofi  
 NIM : 101711133211  
 Waktu Pelaksanaan : Selasa, 18 Maret 2021  
 Judul Usulan Penelitian : Gambaran Proses Penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) Kegiatan Administrasi Di Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya  
 Dosen Penguji : Dr. Ratna Dwi Wulandari, S.K.M., M.Kes.

NO	HALAMAN	SARAN PERBAIKAN	PERBAIKAN
1.	57	Menambahkan kendala dalam penyusunan SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha	Sudah diperbaiki sesuai dengan saran dosen

Dosen Penguji,



Dr. Ratna Dwi Wulandari, S.K.M., M.Kes.  
 NIP. 197510181999032002



**BERITA ACARA PERBAIKAN (BAP)****SEMINAR LAPORAN MAGANG**

Nama : Kamarwati Nur Marwah Shofi  
 NIM : 101711133211  
 Waktu Pelaksanaan : Selasa, 18 Maret 2021  
 Judul Usulan Penelitian : Gambaran Proses Penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) Kegiatan Administrasi Di Sub Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya  
 Dosen Penguji : Tito Yustiawan, drg., M.Kes

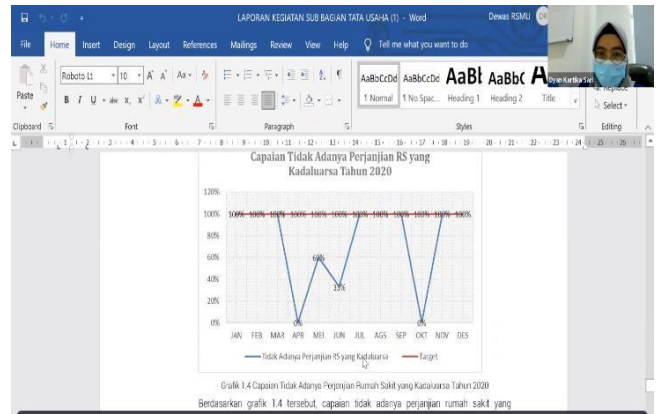
NO	HALAMAN	SARAN PERBAIKAN	PERBAIKAN
1.	59	Menambahkan saran yaitu dalam penyusunan SPO sebaiknya ditambahkan target waktu setiap orang dalam alur SPO kegiatan administrasi di Sub Bagian Tata Usaha	Sudah diperbaiki sesuai dengan saran dosen

Dosen Penguji,



Tito Yustiawan, drg., M.Kes  
 NIP. 197905212010121003

## Lampiran 5. Dokumentasi Magang



NO	OBJEK PENILAIAN	BOBOT	SKOR	SKOR	NILAI	SKOR
1	KEPATIFAN		5			
2	Kejang tidak ada		5			
3	Kejang tidak ada		5			
4	Tidak pernah mangkir kerja tanpa izin		5			
5	Pemah mangkir kerja tanpa izin		5	5	2.5	0
6	Membantu pekerjaan dan urusan kerja	15	5			0
7	Kelompok mengantar dan prosedur kerja		5			0
8	Tidak mematuhi peraturan dan prosedur kerja		5			0
9	Menggunakan perintah kerja yang diberikan oleh atasan		5			0
10	Kelompok mengantar dan prosedur kerja		5			0
11	Tidak mematuhi peraturan dan prosedur kerja		5			0
12	Menggunakan perintah kerja yang diberikan oleh atasan		5			0
13	Menggunakan perintah kerja yang diberikan oleh atasan		5			0
14	Menggunakan perintah kerja yang diberikan oleh atasan		5			0
15	Menggunakan perintah kerja yang diberikan oleh atasan		5			0
16	Menggunakan perintah kerja yang diberikan oleh atasan		5			0
17	Menggunakan perintah kerja yang diberikan oleh atasan		5			0
18	Menggunakan perintah kerja yang diberikan oleh atasan		5			0
19	Menggunakan perintah kerja yang diberikan oleh atasan		5			0
20	Menggunakan perintah kerja yang diberikan oleh atasan		5			0

PENGLOLAAN SURAT KELUAR		
 J. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya 60274 Telp: 031-5319619, 5343006 Fax: 031- 5317533	Nomor Dokumen /SPOR/RSMUM/2021	Nomor Revisi : 00
	Halaman : 11	
Standar Prosedur Operasional	Tanggal Terbit : 20 Januari 2021	Ditetapkan Direktur,  di Sahaja P.H. Napasulu Sp.M
Pengertian	Pengelolaan Surat Keluar adalah proses pembuatan, pendistribusian dan penyimpanan surat yang akan dikirim keluar Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya	
Tujuan	1. Menyelasa dan mengatur kegiatan administrasi nasah keluar 2. Menciptakan pelayanan administrasi yang efektif dan efisien	

PROFIL INDIKATOR	
AJUDUL INDIKATOR	Tidak adanya Dokumen Legal rumah sakit yang kadaluarsa
DASAR PEMIKIRAN	Sesuai Dokumen Legal di rumah sakit harus berlaku
DIMENSI MUTU	( V ) AKSESIBILITAS ( V ) KESELAMATAN & KEAMANAN ( V ) EFEKTIVITAS ( V ) KESAMBUNGAN PELAYANAN ( V ) BERORIENTASI PADA PASIEN
TUJUAN	Agar rumah sakit memiliki dokumen legal yang berlaku dan tidak kadaluarsa
DEFINISI OPERASIONAL	Dokumen Legal rumah sakit adalah semua dokumen berupa peraturan, surat ketetapan, asosiasi dan atau dokumen lain yang bernilai tidak dan ketetapan penting yang dimiliki rumah sakit dan harus berlaku guna keberlangsungan pelayanan di rumah sakit
JENIS INDIKATOR	( V ) INPUT ( V ) PROSES ( V ) OUTPUT ( V ) PROSES & OUTCOME
KRITERIA INKLUSI	peraturan, surat ketetapan, asosiasi dan atau dokumen lain rumah sakit EKSKLUSI Peraturan rumah sakit dengan pihak eksternal
NUMERATOR (Pembilang)	Jumlah dokumen legal rumah sakit yang masih berlaku
DENUMERATOR (Penyebut)	Jumlah dokumen legal rumah sakit yang harus dipertajam
FORMULA	Jumlah dokumen legal rumah sakit yang masih berlaku / x 100% Jumlah Dokumen legal rumah sakit yang harus dipertajam