

Nomor	:440/SOP/001.1/311.21/2023
Revisi Ke	: 1
Berlaku Tgl	: 04 Januari 2023

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR****Pengendalian Dokumen**

Disahkan Oleh :

Kepala UPTD. Puskesmas Curahnongko

dr. Setya Nugraha Dewantara
NIP. 19860908 201903 1 006

PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
UPTD. PUSKESMAS CURAHNONGKO

	Pengendalian Dokumen		
	SOP	No. Dokumen : 440/SOP/001.1/311.21/2023 No. Revisi : 1 Tanggal Terbit : 04 Januari 2023 Halaman : 1/4	
UPT PUSKESMAS CURAHNONGKO			<u>dr. Setya Nugraha</u> <u>Dewantara</u> NIP. 19860908 201903 1 006
1. Pengertian	1. Dokumen adalah tulisan yang memuat informasi, biasanya ditulis dikertas dan informasinya ditulis memakai tinta baik memakai tangan atau memakai media elektronik seperti printer 2. Pengendalian Dokumen adalah suatu kegiatan untuk memastikan bahwa seluruh dokumen mutu yang diterbitkan telah disetujui dan disahkan oleh pihak yang berwenang serta terdistribusi dengan benar di lokasi penggunaanya. 3. Dokumen Terkendali adalah dokumen yang didistribusikan kepada tiap unit pelayanan/pelaksana, terdaftar dalam Buku Register Dokumen Terkendali, dan menjadi acuan dalam melaksanakan pekerjaan dan dapat ditarik bila ada perubahan (revisi). Dokumen ini harus ada tanda/stempel TERKENDALI		
2. Tujuan	Sebagai acuan mengatur tata cara pengendalian dokumen agar sesuai dengan persyaratan sistem manajemen mutu		
3. Kebijakan	Keputusan Kepala Puskesmas Curahnongko Nomor : 440/SK/ 003 /311.21/2022 tentang Pedoman Tata Naskah di Puskesmas Curahnongko		
4. Referensi	Pedoman Tata Naskah Puskesmas Curahnongko		
5. Alat dan Bahan	1. Alat <ol style="list-style-type: none"> Komputer Lemari dokumen Mesin scanner, printer dan foto copy Alat tulis Stempel 2. Bahan <ol style="list-style-type: none"> Dokumen 		

Pengendalian Dokumen	
UPT PUSKESMAS CURAHNONGKO	SOP No. Dokumen : 440/SOP/001.1/311.21/2023 No. Revisi : 1 Tanggal Terbit : 04 Januari 2023 Halaman : 2/4
6. Langkah dan Prosedur	<p>1. Identifikasi penyusunan/perubahan dokumen.</p> <p>Identifikasi kebutuhan dokumen dilakukan pada tahap self assessment dalam pendampingan akreditasi. Hasil self assesment digunakan sebagai acuan untuk mengidentifikasi dokumen sesuai Standar akreditasi yang sudah ada di UPTD Puskesmas Curahnongko.</p> <p>Jenis dokumen akreditasi di UPTD. Puskesmas Curahnongko :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokumen Induk b. Dokumen Terkendali c. Dokumen Tidak Terkendali d. Dokumen Kadaluarsa <p>2. Penyusunan Dokumen</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokumen yang sudah disusun oleh pelaksana kegiatan atau unit kerja disampaikan ke Kepala Tata Usaha b. Fungsi tim mutu/tim akreditasi puskesmas di dalam penyusunan dokumen adalah: <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan tanggapan, mengoreksi dan memperbaiki dokumen yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja baik dari segi bahasa maupun penulisan. 2) Mengkoordinir proses pembuatan dokumen sehingga tidak terjadi duplikasi/tumpang tindih dokumen antar unit. 3) Melakukan cek terhadap dokumen yang akan di tanda tangani oleh kepala UPTD. Puskesmas Curahnongko c. Pengesahan dokumen <ol style="list-style-type: none"> 1) Kepala puskesmas menerima dokumen yang telah diperiksa oleh Penanggung Jawab Mutu/Wakil Manajemen Mutu melalui hardcopy untuk disetujui. 2) Jika setuju, maka melakukan persetujuan dengan

Pengendalian Dokumen									
UPT PUSKESMAS CURAHNONGKO	SOP <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">No. Dokumen</td><td>: 440/SOP/001.1/311.21/2023</td></tr> <tr> <td>No. Revisi</td><td>: 1</td></tr> <tr> <td>Tanggal Terbit</td><td>: 04 Januari 2023</td></tr> <tr> <td>Halaman</td><td>: 3/4</td></tr> </table>	No. Dokumen	: 440/SOP/001.1/311.21/2023	No. Revisi	: 1	Tanggal Terbit	: 04 Januari 2023	Halaman	: 3/4
No. Dokumen	: 440/SOP/001.1/311.21/2023								
No. Revisi	: 1								
Tanggal Terbit	: 04 Januari 2023								
Halaman	: 3/4								
	<p>d. Sosialisasi Agar dokumen dapat dikenali oleh seluruh pelaksana maka perlu dilakukan sosialisasi dokumen tersebut, khusus bagi SOP, bila rumit maka untuk melaksanakan SPO tersebut perlu dilakukan pelatihan</p> <p>e. Pengelola dokumen. Kepala puskesmas menunjuk salah satu anggota Tim mutu/tim akreditasi sebagai petugas pengelola dokumen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Semua dokumen harus diberi nomor. 2) Puskesmas membuat kebijakan tentang pemberian nomor sesuai dengan tata naskah puskesmas 3) Pemberian nomor mengikuti tata naskah puskesmas atau ketentuan penomoran. 4) Pemberian nomor dilakukan secara terpusat <p>3. Pemberlakuan dokumen. Dokumen yang sudah dipengelolaan dokumen diberlakukan atau mulai berlaku sesuai jenis dokumen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kebijakan atau level 1 : dokumen mulai berlaku sesuai tanggal penerbitan dokumen pada bagian paling bawah akhir dokumen kebijakan dan sudah ditandatangani oleh kepala puskesmas. b. Standar prosedur operasional (SPO) atau level 3 : dokumen mulai berlaku sesuai tanggal berlaku dokumen pada bagian pertama dokumen pada kotak yang tersedia dan sudah ditandatangani oleh kepala puskesmas <p>4. Distribusi. Distribusi adalah kegiatan atau usaha menyampaikan dokumen kepada unit upaya atau pelaksana yang memerlukan dokumen tersebut agar dapat digunakan sebagai panduan dalam melaksanakan kegiatannya</p> <p>5. Penyimpanan Dokumen</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokumen asli (master dokumen yang sudah dinomori dan ditandatangani) agar disimpan disekretariat Akreditasi puskesmas b. Dokumen photocopy disimpan di masing-masing unit upaya puskesmas, dimana dokumen tersebut dipergunakan c. Dokumen di unit kerja puskesmas harus diletakan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana. d. Sebelum disimpan dokumen dicatat pada daftar dokumen masuk. e. Dokumen disimpan ditempat khusus dokumen serta dikunci agar kerahasiaan dokumen terjamin. f. Dokumen diatur sehingga tampak rapi, bersih dan indah. 								

		Pengendalian Dokumen	
UPT PUSKESMAS CURAHNONGKO		SOP	No. Dokumen : 440/SOP/001.1/311.21/2023 No. Revisi : 1 Tanggal Terbit : 04 Januari 2023 Halaman : 4/4
7. Revisi atau perubahan dokumen.			a. Dilakukan setelah dilakukan pengkajian yang dikarenakan perubahan peraturan atau kondisi lainnya. b. Setiap revisi semua halaman akan mengalami perubahan. c. Isi revisi harus tercatat dalam riwayat perubahan dokumen. d. Tanggal terbit pada cover bagian atas merupakan tanggal terbit dokumen terkini
7. Bagan Alir	-		
8. Unit Terkait	Semua Unit Puskesmas Curahnonko.		
9. Dokumen Terkait	1. Formulir bukti penerimaan dokumen 2. Formulir Daftar Induk dokumen 3. Formulir usulan revisi		

10. Rekaman Historis Perubahan

No.	Yang Di Ubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan
1.	Tanda tangan Kepala Puskesmas	Perubahan Kepala Puskesmas	04 Januari 2023