



PETUNJUK TEKNIS PENYUSUNAN SOP POLTEKKES KEMENKES MATARAM BERDASARKAN PERMENPAN RB NOMOR 35 TAHUN 2012

A. Pengertian SOP

Standar Operasional Prosedur adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan.

Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan (SOP AP) adalah standar operasional prosedur dari berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintahan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku

B. Panduan umum :

1. SOP yang disusun dan ditetapkan Poltekkes Kemenkes Mataram dipergunakan dan diterapkan oleh seluruh sivitas akademika dari tingkat Pimpinan hingga tingkat prodi sesuai dengan kebutuhan dan pemanfaatan SOP tersebut.
2. SOP diketik menggunakan *font* arial dengan ukuran 11 dilengkapi dengan formulir yang digunakan untuk SOP dimaksud sesuai ketentuan
3. Dokumen SOP yang dokumentasikan dalam bentuk Dokumen/jilidan berdasarkan sub bagian/Unit Kerja dengan ketentuan terdiri dari :

a. Halaman Judul Dokumen SOP (Cover)

Halaman judul merupakan halaman pertama sebagai sampul muka sebuah dokumen SOP. Halaman judul ini berisi informasi mengenai:

- 1) Logo Poltekkes Kemenkes Mataram
- 2) Judul Dokumen SOP
- 3) Tahun Pembuatan
- 4) Alamat/identitas Kementerian dan Poltekkes Kemenkes Mataram

b. Surat Keputusan Direktur tentang penetapan SOP

SOP merupakan pedoman setiap pegawai (baik pejabat struktural, fungsional, atau yang ditunjuk untuk melaksanakan satu tugas dan tanggung jawab tertentu), dokumen ini harus memiliki kekuatan hukum. Dalam halaman selanjutnya setelah halaman judul, disajikan Surat Keputusan Direktur tentang penetapan dokumen SOP ini.

c. Daftar isi dokumen SOP

Daftar isi ini dibutuhkan untuk membantu mempercepat pencarian informasi terkait SOP yang dibutuhkan karena prosedur-prosedur yang di SOP-kan akan

mencakup prosedur dari unit kerja, kemungkinan besar dokumen SOP akan sangat tebal. Oleh karena itu, dokumen ini memiliki daftar isi untuk memudahkan mencari dokumen SOP yang dimaksud.

d. Penjelasan singkat penggunaan

Sebagai sebuah dokumen yang menjadi manual, maka dokumen SOP hendaknya memuat penjelasan bagaimana membaca dan menggunakan dokumen tersebut. Isi dari bagian ini antara lain mencakup: Ruang Lingkup SOP, menjelaskan tujuan SOP prosedur dibuat dan kebutuhan organisasi; Ringkasan, memuat ringkasan singkat mengenai prosedur yang dibuat; dan Definisi/Pengertian-pengertian umum, memuat beberapa definisi yang terkait dengan prosedur yang distandarkan

C. Panduan Khusus Penyusunan SOP

1. Bagian Identitas

Bagian Identitas dari unsur prosedur dalam SOP dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) Logo dan Nama Poltekkes Kemenkes Mataram

2) Nomor SOP

- a. Nomor SOP diisi dengan kode nomor SOP yang berisi kode dan nomor urut dengan urutan SOP/unit kerja/nomor urut SOP (empat digit)/tahun penyusunan
- b. **Penetapan Kode untuk unit di Poltekkes Kemenkes Mataram :**
 1. **SOP/Akademik/0001/2020**
 2. **SOP/Kemahasiswaan/0001/2020**
 3. **SOP/Kerjasama/0001/2020**
 4. **SOP/Penelitian/0001/2020**
 5. **SOP/PKM/0001/2020**
 6. **SOP/Laboratorium/0001/2020**
 7. **SOP/Penjamu/0001/2020**
 8. **SOP/Bangdik/0001/2020**
 9. **SOP/Perpustakaan/0001/2020**
 10. **SOP/IT/0001/2020**
 11. **SOP/Keuangan/0001/2020**
 12. **SOP/BMN/0001/2020**
 13. **SOP/UMUM/0001/2020**
 14. **SOP/Kepegawaian**
 15. **SOP/Perencanaan/0001/2020**
 16. **SOP/Pemeliharaan/0001/2020**
 17. **SOP/Pengadaan/0001/2020**
 18. **SOP/Pelaporan/0001/2020**
 19. **SOP/Humas/0001/2020**
- c. Untuk **SOP yang disusun oleh Jurusan** apabila ada tambahan SOP khusus yang dibutuhkan untuk mendukung proses pelayanan atau

kekhususan/penciri di prodi masing-masing yang tidak tercantum dalam SOP unit kerja yang lain maka penomerannya ditetapkan adalah:
SOP>NamaJurusan/namaProdi>Nama sub bagian/nomor urut/tahun
contoh :
SOP/Kebidanan/DIII/Laboratorium/0001/2020

3) Tanggal Pembuatan

Merupakan tanggal pertama kali SOP untuk SOP yang sudah ada tanpa direvisi dicantumkan tanggal pembuatan yang tertera pada SOP tersebut, untuk SOP yang baru disusun maka tanggal yang dicantumkan adalah tanggal 13 November 2020.

4) Tanggal Revisi

Tanggal SOP direvisi atau tanggal rencana ditinjauulangnya SOP yang bersangkutan; Tanggal revisi diisi dengan tanggal dilakukaannya revisi terhadap SOP yang sudah ditetapkan dengan mencantumkan tanggal 13 November 2020. Untuk SOP yang baru disusun Tanggal revisi dicantumkan 00 (belum dilakukan revisi)

5) Tanggal Efektif

Tanggal mulai diberlakukan SOP atau sama dengan tanggal ditandatanganinya Dokumen SOP sesuai SK direktur diisi dengan tanggal SOP mulai dilaksanakan atau diberlakukan. Untuk SOP yang tidak direvisi yang sudah ditetapkan tanggal yang tercantum maka tanggal efektif adalah sama dengan tanggal ditetapkan yang tertera pada SOP tersebut. Sedangkan untuk penyusunan SOP yang direvisi dan baru diisi dengan tanggal 1 Desember 2020

6) Pengesahan

Diisi dengan pejabat yang mengesahkan SOP yaitu Direktur berisi tanda tangan, nama pejabat yang disertai dengan NIP serta stempel/cap instansi.

7) Judul SOP

Judul prosedur yang di-SOP-kan sesuai dengan kegiatan yang sesuai dengan tugas dan fungsi yang dimiliki

8) Dasar Hukum

berupa peraturan perundang-undangan yang mendasari prosedur yang di-SOP-kan beserta aturan pelaksanaannya;

9) Keterkaitan

Memberikan penjelasan mengenai keterkaitan prosedur yang distandarkan dengan prosedur lain yang distandarkan (SOP lain yang terkait secara langsung dalam proses pelaksanaan kegiatan dan menjadi bagian dari kegiatan tersebut).

10) Peringatan

Memberikan penjelasan mengenai kemungkinan-kemungkinan yang terjadi ketika prosedur dilaksanakan atau tidak dilaksanakan. Peringatan memberikan indikasi berbagai permasalahan yang mungkin muncul dan berada di luar kendali pelaksana ketika prosedur dilaksanakan, serta berbagai dampak lain yang ditimbulkan. Dalam hal ini dijelaskan pula bagaimana cara mengatasinya bila diperlukan. Umumnya menggunakan kata peringatan, yaitu jika/apabila-maka (if-then) atau batas waktu (dead line) kegiatan harus sudah dilaksanakan.

11) Kualifikasi Pelaksana

Memberikan penjelasan mengenai kualifikasi pelaksana yang dibutuhkan dalam melaksanakan perannya pada prosedur yang distandarkan. Kualifikasi yang dimaksud adalah berupa kompetensi (keahlian dan ketrampilan) bersifat umum untuk semua pelaksana dan bukan bersifat individu, yang diperlukan untuk dapat melaksanakan SOP ini secara optimal. Disisi dengan kualifikasi akademik dan kualifikasi lainnya sesuai dengan kebutuhan SOP yang disusun, baik untuk mahasiswa, dosen maupun tenaga kependidikan serta tanggung jawab masing-masing,

Contoh : untuk pelaksanaan KKN maka kualifikasi sebagai pelaksana adalah dosen yang menjadi Dosen Pembimbing Lapangan (DPL) berdasarkan SK direktur, mahasiswa yang terdaftar dalam SK direktur tentang KKN, tenaga kependidikan sesuai SK Direktur tentang KKN

12) Peralatan dan Perlengkapan

Memberikan penjelasan mengenai daftar peralatan utama (pokok) dan perlengkapan yang dibutuhkan yang terkait secara langsung dengan prosedur yang di-SOP-kan.

13) Pencatatan dan Pendataan

Memuat berbagai hal yang perlu didata dan dicatat oleh pejabat tertentu. Dalam kaitan ini, perlu dibuat formulir-formulir tertentu yang akan diisi oleh setiap pelaksana yang terlibat dalam proses. Setiap pelaksana yang ikut berperan dalam proses, diwajibkan untuk mencatat dan mendata apa yang sudah dilakukannya, dan memberikan pengesahan bahwa langkah yang ditanganinya dapat dilanjutkan pada langkah selanjutnya.

2. Petunjuk penyusunan bagan Alir Kegiatan :

Simbol yang digunakan dalam SOP AP hanya terdiri dari 5 (lima) simbol, yaitu: 4 (empat) simbol dasar flowcharts (*Basic Symbol of Flowcharts*) dan 1 (satu) simbol penghubung ganti halaman (*Off-Page Connector*). Kelima simbol yang dipergunakan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Simbol Kapsul/*Terminator* () untuk mendeskripsikan kegiatan mulai dan berakhir;
2. Simbol Kotak/*Process* () untuk mendeskripsikan proses atau kegiatan eksekusi;



3. Simbol Belah Ketupat/Decision () untuk mendeskripsikan kegiatan pengambilan keputusan;
4. Simbol Anak Panah/Panah/Arrow () untuk mendeskripsikan arah kegiatan (arah proses kegiatan);
5. Simbol Segilima/Off-Page Connector () untuk mendeskripsikan hubungan antar simbol yang berbeda halaman.

Dasar penggunaan 5 (lima) simbol dalam penyusunan SOP AP adalah:

1. SOP AP mendeskripsikan prosedur administratif, yaitu kegiatan kegiatan yang dilaksanakan oleh lebih dari satu pelaksana (jabatan) dan bersifat makro maupun mikro dan prosedur yang bersifat teknis yang detail baik yang menyangkut urusan administrasi maupun urusan teknis;
2. Hanya ada dua alternatif sifat kegiatan administrasi pemerintahan yaitu kegiatan eksekusi (process) dan pengambilan keputusan (decision);
3. Simbol lain tidak dipergunakan disebabkan karena prosedur yang dideskripsikan bersifat umum tidak rinci dan tidak bersifat teknis disamping itu kegiatan yang dilakukan oleh pelaksana kegiatan sudah langsung operasional tidak bersifat teknikal (technical procedures) yang berlaku pada peralatan (mesin);
4. Penulisan kegiatan dalam prosedur bersifat aktif (menggunakan kata kerja tanpa subyek) dengan demikian banyak simbol yang tidak dipergunakan, seperti: simbol pendokumentasian, simbol persiapan, simbol penundaan, dan simbol lain yang sejenis;
5. Penyusunan SOP AP ini hanya memberlakukan penulisan flowcharts secara vertikal, artinya bahwa branching flowcharts dituliskan secara vertikal sehingga hanya mengenal penyambungan simbol yang menghubungkan antar halaman (simbol segilima/off-page connector) dan tidak mengenal simbol lingkaran kecil penghubung dalam satu halaman.

Format SOP terbaru yang disusun

Kementerian Kesehatan REPUBLIK INDONESIA POLTEKKES KEMENKES MATARAM 	Nomor SOP	
	Tgl Pembuatan	
	Tgl revisi	
	Tgl efektif	
	Disahkan oleh	
	Nama SOP	
DASAR HUKUM	KUALIFIKASI PELAKSANA	
KETERKAITAN	PERALATAN / PERLENGKAPAN	
PERINGATAN	PENCATATAN DAN PENDATAAN	

BAGAN ALIR KEGIATAN

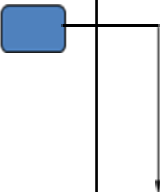
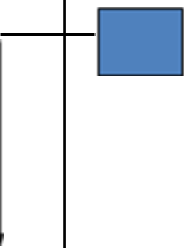
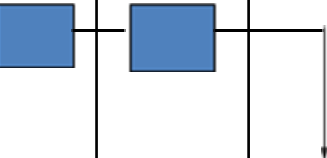
[illegible]

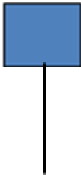
Contoh SOP :

Kementerian Kesehatan REPUBLIK INDONESIA POLTEKKES KEMENKES MATARAM 	Nomor SOP	SOP/Penjamu/0006/2020
	Tgl Pembuatan	: 29 Mei 2017
	Tgl revisi	: 13 November 2020
	Tgl efektif	: 1 Desember 2020
	Disahkan oleh	: Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Mataram <u>Awan Dramawan, S.Pd.M.Kes</u> NIP. 196402081984011001
	Nama SOP	: Audit Mutu Internal (AMI)
DASAR HUKUM		KUALIFIKASI PELAKSANA
● UU Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional ● Peraturan pemerintah Nomor 19 tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan ● UU Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi ● Pedoman sistem penjaminan mutu Pendidikan Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Badan PPSDM Kesehatan Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan 2009 ● Pedoman Sistem Penjaminan Mutu Kemenristek dan Dikti 2014 ● Pedoman AMI Direktorat Penjaminan Mutu, Direktorat Jenderal Pembelajaran dan Kemahasiswaan 2016		a. Direktur mengesahkan SK pelaksanaan AMI b. Pembantu direktur (Pudir) I bertanggung jawab terhadap keseluruhan proses AMI c. Pusat Penjamin Mutu dan Pengembangan Pendidikan bertanggung jawab untuk terlaksananya AMI d. Koordinator Penjaminan Mutu bertanggung jawab secara teknis dalam proses AMI e. Auditor internal sebagai pelaksana AMI f. Auditee dengan Kajur dan Ketua Prodi sebagai <i>Management Representative</i> (MR) pelaksanaan AMI di prodi
KETERKAITAN		PERALATAN / PERLENGKAPAN
Manual evaluasi standar		a. Komputer dan Printer b. Kertas dan ballpoint
PERINGATAN		PENCATATAN DAN PENDATAAN
AMI harus dilaksanakan secara rutin setahun sekali dalam rangka upaya		a. KTS/OB dalam ringkasan temuan b. Laporan AMI c. Permintaan Tindakan Koreksi

peningkatan mutu secara berkelanjutan di Poltekkes Mataram

d. Dokumentasi pelaksanaan AMI

No	Kegiatan	Pelaksana							Mutu baku			Ket.
		Direktur	Pudir I	Kapus Penjaminan Mutu	Koordinator Penjamu	Kasubag	Auditor internal	Auditee	Kelengkapan	Waktu	Output	
1	Menugaskan Kapus untuk menyiapkan ruang lingkup dan dokumen AMI dan menyampaikannya ke Pudir I								Agenda kerja	30 menit	Disposisi	
2	Menyiapkan ruang lingkup dan dokumen AMI dan menyampaikannya kepada Pudir I								Pedoman terkait	1 minggu	Draft ruang lingkup AMI, dokumen AMI	
3	Menyetujui dan mengesahkan ruang lingkup dan dokumen AMI serta menugaskan untuk menyusun jadwal sosialisasi, pelaksanaan AMI dan tim auditor								Draft ruang lingkup AMI, dokumen AMI	1 hari	Surat pengesahan ruang lingkup AMI, dokumen AMI	

4	Menyusun jadwal sosialisasi dan SK pelaksanaan AMI dan menyiapkan instrument dan tim auditor								Agenda kerja	2 hari	Jadwal sosialisasi	
5	Direktur mengesahkan SK pelaksanaan AMI dan Dokumen AMI								Komputer	2 hari	Surat	
6	Melakukan sosialisasi dan koordinasi pelaksanaan AMI dengan para <i>auditee</i> sekaligus meminta alokasi waktu pelaksanaan AMI kepada <i>auditee</i>								Surat undangan	1 hari	Hasil koordinasi, alokasi waktu	
7	Menyelenggarakan <i>refreshing</i> AMI untuk para auditor internal								Surat undangan	1 hari	Ruang lingkup AMI dipahami	
8	Menyusun surat tugas AMI disertai distribusi auditor internal, jadwal dan tempat pelaksanaan AMI								Agenda kerja	3 hari	Konsep surat tugas tim AMI	
9	Mengesahkan surat tugas tim AMI								Konsep surat tugas tim AMI	1 hari	Surat tugas tim AMI	
10	Menyampaikan pemberitahuan kepada <i>auditee</i> untuk mempersiapkan diri menghadapi AMI sesuai dengan ruang lingkup yang ditetapkan dan menginstruksikan untuk mempersiapkan dokumen								Surat pemberitahuan & surat permintaan dokumen AMI	5 hari	Dokumen AMI <i>auditee</i>	
11	Menyampaikan <i>checklist</i> AMI kepada <i>auditee</i> dan auditor internal								<i>Checklist</i> AMI	2 hari	Distribusi <i>checklist</i>	

12	Mendistribusikan dokumen mutu <i>auditee</i> kepada auditor internal								Dokumen mutu <i>auditee</i>	3 hari	Distribusi dokumen mutu	
13	Mengkoordinasikan pelaksanaan AMI di masing-masing unit kerja dengan <i>Management Representatif</i>								Agenda kerja	1 jam	Rencana AMI	
14	Melakukan AMI sesuai ruang lingkup yang sudah ditetapkan melalui pemeriksaan dokumen, pemeriksaan lapangan, wawancara								<i>Checklist</i> AMI, Borang Laporan AMI, Borang Penilaian, Instruksi Kerja Auditor, Instruksi Kerja <i>Auditee</i>	2 minggu	Laporan AMI	
15	Mendiskusikan hasil temuan AMI dengan <i>auditee</i> untuk mendapatkan persetujuan, kemudian menyerahkan hasilnya (<i>softcopy</i> dan <i>hardcopy</i>) dan menyampaikan umpan balik pelaksanaan AMI kepada Pudir I								Hasil temuan AMI	3 hari	Hasil temuan AMI final	
16	<i>Auditee</i> menyampaikan umpan balik pelaksanaan AMI kepada Pudir I								umpan balik	1 hari	Laporan umpan balik	
17	Menyusun laporan hasil AMI kemudian menyampaikan kepada Direktur disertai dengan konsep permintaan tindakan koreksi (PTK)								Hasil temuan AMI final	1 minggu	Laporan AMI	
18	Menerbitkan dan menyampaikan surat permintaan tindakan koreksi (PTK) kepada pimpinan <i>auditee</i>								PTK	1 hari	Surat	

19	Auditee melakukan tindakan koreksi sesuai permintaan direktur dan melaporkannya kepada direktur melalui Pudir I									PTK	Sesuai kesepa-katan	Perbaikan mutu	
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	---------------------	----------------	--