
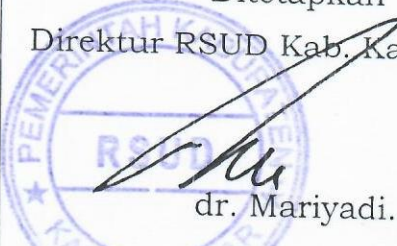


<p>RSUD KABUPATEN KARANGANYAR</p>  <p>Jl.Laksda Yos Sudarso Karanganyar 57716</p>	<p>PROSEDUR PENOMORAN DOKUMEN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (S P O)</p>																																																											
	<p>Nomor Dokumen TU/004/0</p>	<p>Nomor Revisi 0</p>	<p>Halaman 1/2</p>																																																									
<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (S P O)</p>	<p>Tanggal terbit 2 Januari 2015</p>	<p>Ditetapkan Direktur RSUD Kab. Karanganyar</p>  <p>dr. Mariyadi.</p>																																																										
<p>Pengertian</p>	<p>Yang dimaksud Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.</p>																																																											
<p>Tujuan</p>	<p>Sebagai acuan penerapan langkah-langkah registrasi/penomoran Dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO);</p>																																																											
<p>Kebijakan</p>	<p>Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Nomor 445/14.31 Tahun 2015 tentang Kebijakan Penyusunan Naskah Dinas Dan Dokumen Akreditasi.</p>																																																											
<p>Prosedur</p>	<p>1. Penomoran dokumen SPO dengan urutan penomoran dimulai dari Nama Unit yang menyusun SPO kemudian diikuti Nomor Urut SPO di RSUD dan penulisannya dipisahkan dengan garis miring; 2. Nama unit yang menyusun SPO terdiri dari :</p> <table border="1" data-bbox="603 1476 1445 2232"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Unit Penyusun</th> <th>Kode</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>Bagian Tata Usaha</td><td>TU</td></tr> <tr><td>2</td><td>Bidang Keuangan</td><td>KU</td></tr> <tr><td>3</td><td>Bidang Yanmed & Keperawatan</td><td>YKP</td></tr> <tr><td>4</td><td>Bidang Penunjang</td><td>PNJ</td></tr> <tr><td>5</td><td>Dewan Pengawas</td><td>DP</td></tr> <tr><td>6</td><td>Satuan Pengawasan Intern</td><td>SPI</td></tr> <tr><td>7</td><td>Komite Medis</td><td>KM</td></tr> <tr><td>8</td><td>Komite Keperawatan</td><td>KK</td></tr> <tr><td>9</td><td>Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit</td><td>A</td></tr> <tr><td>10</td><td>Instalasi Bedah sentral</td><td>B</td></tr> <tr><td>11</td><td>Intensive Care Unit</td><td>C</td></tr> <tr><td>12</td><td>Instalasi Gawat Darurat</td><td>D</td></tr> <tr><td>13</td><td>Instalasi Rehab Medik</td><td>E</td></tr> <tr><td>14</td><td>Instalasi Farmasi</td><td>F</td></tr> <tr><td>15</td><td>Instalasi Gizi</td><td>G</td></tr> <tr><td>16</td><td>Instalasi Kesehatan Lingkungan</td><td>H</td></tr> <tr><td>17</td><td>Instalasi Rawat Inap</td><td>I</td></tr> <tr><td>18</td><td>Instalasi Rawat Jalan</td><td>J</td></tr> </tbody> </table>			No	Unit Penyusun	Kode	1	Bagian Tata Usaha	TU	2	Bidang Keuangan	KU	3	Bidang Yanmed & Keperawatan	YKP	4	Bidang Penunjang	PNJ	5	Dewan Pengawas	DP	6	Satuan Pengawasan Intern	SPI	7	Komite Medis	KM	8	Komite Keperawatan	KK	9	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	A	10	Instalasi Bedah sentral	B	11	Intensive Care Unit	C	12	Instalasi Gawat Darurat	D	13	Instalasi Rehab Medik	E	14	Instalasi Farmasi	F	15	Instalasi Gizi	G	16	Instalasi Kesehatan Lingkungan	H	17	Instalasi Rawat Inap	I	18	Instalasi Rawat Jalan	J
No	Unit Penyusun	Kode																																																										
1	Bagian Tata Usaha	TU																																																										
2	Bidang Keuangan	KU																																																										
3	Bidang Yanmed & Keperawatan	YKP																																																										
4	Bidang Penunjang	PNJ																																																										
5	Dewan Pengawas	DP																																																										
6	Satuan Pengawasan Intern	SPI																																																										
7	Komite Medis	KM																																																										
8	Komite Keperawatan	KK																																																										
9	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	A																																																										
10	Instalasi Bedah sentral	B																																																										
11	Intensive Care Unit	C																																																										
12	Instalasi Gawat Darurat	D																																																										
13	Instalasi Rehab Medik	E																																																										
14	Instalasi Farmasi	F																																																										
15	Instalasi Gizi	G																																																										
16	Instalasi Kesehatan Lingkungan	H																																																										
17	Instalasi Rawat Inap	I																																																										
18	Instalasi Rawat Jalan	J																																																										

RSUD KABUPATEN
KARANGANYAR



Jl.Laksda Yos
Sudarso
Karanganyar 57716

PROSEDUR PENOMORAN DOKUMEN
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
(S P O)

Nomor Dokumen
TU/004/0

Nomor Revisi
0

Halaman
2/2

Prosedur

No	Unit Penyusun	Kode
19	Instalasi Rekam Medik	K
20	Instalasi Laboratorium	L
22	Instalasi Pemulasaran Jenazah	M
23	Tim Keselamatan Pasien	N
24	Tim PFT	O
25	Tim PPRA	P
26	Tim PKMRS	Q
27	Instalasi Radiologi	R
28	Tim PPI	S
29	Tim K3	T
30	Tim Mutu	U
31	.....	V
32	.....	W
33	.....	X
34	.....	Y
35	.....	Z
36	.....	AA
37	.....	BA
38	.....	CA
39	.....	DA
40	.....	EA

3. Contoh Penomoran : TU/04/0 (artinya SPO diterbitkan oleh Kepala Bagian Tata Usaha, dengan nomer urut empat, nomor urut revisi 0)
4. Apabila SPO dibuat bersama-sama dengan unit lain maka Kode semua ditulis dan dipisahkan dengan tanda baca titik (.), contoh : TU.KU/04/0.
5. Sebagai petugas penomoran, pengelolaan dan penyimpanan adalah Tim Akreditasi Rumah Sakit.

Unit terkait

Semua Pejabat Struktural, Semua Tim, Semua Pokja Akreditasi & Tim Akreditasi, semua Instalasi, semua unit.



PEMERINTAH KABUPATEN KARANGANYAR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Alamat : Jl. Laksda Yos Sudarso Karanganyar Telepon (0271) 495025, 495118
Fax : (0271) 495673 Website : www.rsukaranganyar.go.id,
E-mail : RsudKabKaranganyar@gmail.com Kode Pos 57716

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN KARANGANYAR

NOMOR 445/14.31 TAHUN 2015

TENTANG

KEBIJAKAN PENYUSUNAN NASKAH DINAS DAN DOKUMEN AKREDITASI

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH,

- Menimbang : a. bahwa guna keseragaman dan kepastian hukum maka Tata Naskah Dinas dan Dokumen Akreditasi harus diatur dengan format yang sama;
- b. bahwa untuk maksud tersebut, perlu ditetapkan Keputusan Direktur tentang Kebijakan Penyusunan Naskah Dinas Dan Dokumen Akreditasi;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 24, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5567);
4. Peraturan Daerah Kabupaten Karanganyar Nomor 3 Tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Badan Pelayanan Perizinan Terpadu Dan Satuan Polisi Pamong Praja Kabupaten Karanganyar;
5. Peraturan Bupati Karanganyar Nomor 37 Tahun 2009 tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar (Berita Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2009 Nomor 37);

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :
- KESATU : Kebijakan Penyusunan Naskah Dinas Dan Dokumen Akreditasi;
- KEDUA : Naskah Dinas sebagaimana dimaksud Diktum KESATU Keputusan ini adalah :
1. Produk Hukum.
 - a. Peraturan Daerah;
 - b. Peraturan Bupati;
 - c. Peraturan Direktur;
 - d. Keputusan Bupati;
 - e. Keputusan Direktur.
 2. Surat.
 - a. Kesepakatan Bersama;
 - b. Perjanjian Kerjasama;
 - c. Perjanjian Sewa; dan
 - d. Berbagai macam surat yang menjadi kewenangan Kepala SKPD.
- KETIGA : Penyusunan dan Penomoran Naskah Dinas sebagaimana dimaksud Diktum KESATU Keputusan ini mengikuti ketentuan yang diatur oleh Bupati;
- KEEMPAT : Dokumen akreditasi sebagaimana dimaksud Diktum KESATU Keputusan ini adalah :
1. Kebijakan Direktur;
 2. Pedoman/Panduan;
 3. Standar Prosedur Operasional (SPC); dan
 4. Program (Renstra, Renstra Bisnis, Renja dan lain-lain).
- KELIMA : Penyusunan Dokumen akreditasi sebagaimana dimaksud Diktum KESATU Keputusan ini diatur sbb.:
1. Kebijakan Direktur adalah Produk Hukum, disusun menggunakan format naskah dinas Keputusan Direktur, diberikan penomoran sesuai tata cara penomoran naskah dinas yang berlaku di Pemerintah Kabupaten Karanganyar;
 2. Pedoman/Panduan disusun sebagai berikut.:
 - a. disusun menggunakan sistematika yang telah dibakukan;
 - b. apabila tidak ada sistematika yang baku, Pedoman/Panduan disusun sesuai kebutuhan materi Pedoman/Panduan atau sesuai panduan penyusunan dokumen akreditasi dari komisi akreditasi rumah sakit.
 3. Standar Prosedur Operasional (SPO):
 - a. disusun oleh pegawai yang secara nyata melakukan pekerjaan/kegiatan dimaksud dan atau oleh unit kerja yang bersangkutan;
 - b. disusun menggunakan format sesuai buku panduan penyusunan dokumen akreditasi dari komisi akreditasi rumah sakit / sesuai dengan Lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik Nomor YM.00.02.2.2.837 tanggal 1 Januari 2001, perihal bentuk SPO;
 - c. penomoran dokumen SPO dengan urutan penomoran dimulai dari Nama Unit yang menyusun SPO kemudian diikuti Nomor Urut SPO di RSUD dan penulisannya dipisahkan dengan garis miring;

4. Penyusunan Program (Rencana strategis, Rencana strategis Bisnis, Rencana kerja dll) sebagai berikut.:
 - a. menggunakan sistematika yang telah dibakukan;
 - b. apabila tidak ada sistematika yang baku maka disusun sesuai ketentuan yang umum atau sesuai panduan penyusunan dokumen akreditasi dari komisi akreditasi rumah sakit.

KEENAM : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan;

Ditetapkan di Karanganyar
pada tanggal 2 Januari 2015

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN KARANGANYAR,



dr. MARIYADI



PEMERINTAH KABUPATEN KARANGANYAR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Alamat : Jl. Laksda Yos Sudarso Karanganyar Telepon (0271) 495025, 495118
Fax (0271) 495673 Web : www.karanganyar.go.id
Email : RsudKabKaranganyar@gmail.com Kode Pos 57716

LAPORAN
TENTANG

.....

- I. Pendahuluan.
 - A. Umum/Latar belakang.
 - B. Landasan Hukum
 - C. Maksud dan Tujuan
- II. Kegiatan yang dilaksanakan.
- III. Hasil yang dicapai
- IV. Kesimpulan dan saran
- V. Penutup

Dibuat di

pada tanggal ,

NAMA JABATAN,

NAMA PEJABAT.

Pangkat
NIP.



PEMERINTAH KABUPATEN KARANGANYAR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Alamat : Jl. Laksda Yos Sudarso Karanganyar Telepon (0271) 495025, 495118
Fax (0271) 495673 Web : www.karanganyar.go.id
Email : RsudKabKaranganyar@gmail.com Kode Pos 57716

TELAAHAN STAF

Kepada :
Dari :
Tanggal :
Nomor :
Lampiran :
Hal :

I. Persoalan :

II. Praanggapan :

III. Fakta-fakta yang mempengaruhi :

IV. Analisis :


V. Kesimpulan :


VI. Saran :



NAMA JABATAN,


NAMA PEJABAT.



Pangkat
NIP.

<p>RSUD KAB.KARANGANYAR</p>  <p>Jl.Laksda Yos Sudarso Karanganyar 57716</p>	<p>PROSEDUR PENYUSUNAN PEDOMAN DAN PANDUAN</p>		
<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)</p>	<p>Nomor Dokumen TU/003</p>	<p>Nomor Revisi 0</p>	<p>Halaman 1/2</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Tanggal terbit 2 Januari 2015</p> <p>Ditetapkan /Direktur RSUD Kab. Karanganyar,</p>  <p>dr. Mariyadi</p>		
<p>Tujuan</p>	<p>Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menyusun Naskah Pedoman Dan Panduan.</p>		
<p>Kebijakan</p>	<p>Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Nomor 445/14.31 Tahun 2015 tentang Kebijakan Penyusunan Naskah Dinas Dan Dokumen Akreditasi.</p>		
<p>Prosedur</p>	<p>Prosedur penyusunan pedoman/panduan harus melalui tahapan dengan urutan sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit yang bersangkutan menyusun draf pedoman/panduan yang dibutuhkan untuk kelancaran pelaksanaan tugas dan kegiatan yang dikerjakan. 2. Mengingat sangat bervariasinya bentuk dan isi pedoman/panduan maka pembuatan pedoman/panduan dibuat dengan sistematika sesuai kebutuhan materi pedoman/panduan. 3. Draft pedoman/panduan dimaksud diusulkan secara hierarkhi kepada Direktur RSUD oleh Kepala Bagian/Bidang yang bersangkutan melalui Kepala Bagian TU. 4. Pedoman/panduan ditandatangani Direktur. 5. Pedoman/panduan ditetapkan dengan Keputusan Direktur. 6. Pedoman/panduan dilaksanakan dan di sosialisasikan. 		

<p>RSUD KAB.KARANGANYAR</p>  <p>Jl.Laksda Yos Sudarso Karanganyar 57716</p>	<p>PROSEDUR PENYUSUNAN PEDOMAN DAN PANDUAN</p>		
<p>Unit terkait</p>	<p>Nomor Dokumen TU/003</p>	<p>Nomor Revisi 0</p>	<p>Halaman 2/2</p>
	<p>Pejabat yang bersangkutan dan atau pelaksana kegiatan dan atau Pembuat draf, Kepala Bidang Keuangan, Kepala Bidang Yanmed & Keperawaatan, Kepala Bidang Penunjang Medik & Non Medik, , Direktur RSUD, dan Tim Akreditasi.</p>		

<p>RSUD KAB.KARANGANYAR</p>  <p>Jl.Laksda Yos Sudarso Karanganyar 57716</p>	<p>PROSEDUR PENYUSUNAN PRODUK HUKUM (PERATURAN, KEPUTUSAN, KEBIJAKAN)</p>		
<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (S P O)</p>	<p>Nomor Dokumen TU/001</p>	<p>Nomor Revisi 0</p>	<p>Halaman 1/2</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Tanggal terbit 2 Januari 2015</p> <p>Ditetapkan Direktur RSUD Kab. Karanganyar,</p>  <p>dr. Mariyadi</p>		
<p>Tujuan</p>	<p>1. Yang dimaksud Produk Hukum adalah Naskah Dinas sbb. : a. Peraturan Daerah; b. Peraturan Bupati; c. Peraturan Direktur; d. Keputusan Bupati; e. Keputusan Direktur.</p> <p>2. Yang dimaksud Kebijakan adalah penetapan yang bersifat strategis atau garis besar yang mengikat yang ditetapkan Direktur dengan Keputusan Direktur.</p>		
<p>Kebijakan</p>	<p>Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menyusun Produk Hukum dan Dokumen Akreditasi Rumah Sakit.</p> <p>Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Nomor 445/14.31 Tahun 2015 tentang Kebijakan Penyusunan Naskah Dinas Dan Dokumen Akreditasi.</p>		
<p>Prosedur</p>	<p>Prosedur penyusunan Produk Hukum melalui tahapan dengan urutan sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pejabat yang bersangkutan dan atau pelaksana kegiatan yang bersangkutan merencanakan kebutuhan produk hukum dan menyusun draf Produk Hukum yang dibutuhkan untuk kelancaran pelaksanaan tugas dan kegiatan yang dikerjakan; 2. Draf diusulkan kepada Direktur oleh Kepala Bagian/Bidang yang bersangkutan melalui Kepala Bagian TU; 3. Kepala Bagian TU melakukan penanganan KISS dan tindak lanjut sbb.: <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk Keputusan Direktur dan Peraturan Direktur, legal drafting dan pengesahan diurus oleh Kasubag Hukum Informasi dan Penanganan Pengaduan/Anggota JP2HD; b. Untuk Peraturan Daerah, Peraturan Bupati dan Keputusan Bupati, legal drafting dan Pengesahan di Bagian Hukum Setda. 		

<p>RSUD KAB.KARANGANYAR</p>  <p>Jl.Laksda Yos Sudarso Karanganyar 57716</p>	<p>PROSEDUR PENYUSUNAN PRODUK HUKUM (PERATURAN, KEPUTUSAN, KEBIJAKAN)</p>		
	<p>Nomor Dokumen TU/001</p>	<p>Nomor Revisi 0</p>	<p>Halaman 2/2</p>
<p>Prosedur</p>	<p>4. Produk Hukum yang telah disyahkan satu exemplar di serahkan kepada Pejabat atau pelaksana kegiatan yang bersangkutan dan atau pengusul draf Produk Hukum;</p> <p>5. Pejabat yang bersangkutan dan atau pelaksana kegiatan yang bersangkutan dan atau pengusul draf Produk Hukum yang bersangkutan menyimpan dan mengirim Produk Hukum kepada yang terkait untuk dilaksanakan.</p>		
<p>Unit terkait</p>	<p>Pejabat yang bersangkutan dan atau pelaksana kegiatan dan atau Pembuat draf, Kepala Bidang Keuangan, Kepala Bidang Yanmed & Keperawatan, Kepala Bidang Penunjang, Kepala Bagian TU, Sub.Bag.Hukum Informasi dan Penanganan Pengaduan, Anggota Jaringan Penyusun Produk Hukum, Kepala Bagian Hukum Kabupaten.</p>		

<p>RSUD KAB.KARANGANYAR</p>  <p>Jl.Laksda Yos Sudarso Karanganyar 57716</p>	<p>PROSEDUR PENYUSUNAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (S P O)</p>		
<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (S P O)</p>	<p>Nomor Dokumen TU/002</p>	<p>Nomor Revisi 0</p>	<p>Halaman 1/3</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Tanggal terbit 2 Januari 2015</p> <p>Ditetapkan Direktur RSUD Kab Karanganyar,</p>  <p>dr. Mariyadi</p>		
<p>Tujuan</p>	<p>Yang dimaksud Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO); 2. Agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/ seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku. 		
<p>Kebijakan</p>	<p>Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Nomor 445/14.31 Tahun 2015 tentang Kebijakan Penyusunan Naskah Dinas Dan Dokumen Akreditasi.</p>		
<p>Prosedur</p>	<p>TATA CARA PENYUSUNAN SPO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hal-hal yang perlu diperhatikan : <ol style="list-style-type: none"> a. Siapa yang harus menulis atau menyusun SPO. b. Bagaimana merencanakan dan mengembangkan SPO. c. Bagaimana SPO dapat dikenali. d. Bagaimana memperkenalkan SPO kepada pelaksana dan unit terkait. e. Bagaimana pengendalian SPO nya (nomor, revisi dan distribusi). 2. Syarat penyusunan SPO : <ol style="list-style-type: none"> a. dimulai dengan identifikasi kebutuhan SPO apakah kegiatan yang dilakukan saat ini sudah ada SPO atau belum dan bila sudah ada diidentifikasi, apakah SPO masih efektif. b. SPO harus ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan tersebut atau oleh unit kerja tersebut, karena komitmen terhadap pelaksanaan SPO hanya diperoleh dengan adanya keterlibatan pesonel/unit kerja dalam penyusunan SPO. c. Tim atau panitia yang ditunjuk oleh Direktur/ Pimpinan RS hanya bertugas menanggapi dan mengkoreksi SPO tersebut. 		

RSUD
KAB.KARANGANYAR



Jl.Laksda Yos
Sudarso
Karanganyar 57716


PROSEDUR PENYUSUNAN
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
(S P O)

Nomor Dokumen
TU/002

Nomor Revisi
0

Halaman
2/3

- d. SPO harus merupakan *flow charting* dari suatu kegiatan, maka pelaksana atau unit kerja agar mencatat proses kegiatan dan membuat alurnya kemudian Tim/Panitia diminta memberikan tanggapan.
 - e. Didalam SPO harus dapat dikenali dengan jelas siapa melakukan apa, dimana, kapan dan mengapa.
 - f. SPO tidak boleh menggunakan kalimat majemuk dan Subyek, predikat dan obyek harus jelas.
 - g. SPO harus menggunakan kalimat perintah/ instruksi dengan bahasa yang dikenal oleh pengguna SPO.
 - h. SPO harus jelas ringkas dan mudah dilaksanakan.
 - i. Untuk SPO pelayanan pasien harus memperhatikan aspek keselamatan, keamanan dan kenyamanan pasien.
 - j. Untuk SPO profesi harus mengacu kepada standar profesi, standar pelayanan, mengikuti perkembangan IPTEK dan memperhatikan aspek keselamatan pasien.
3. Proses penyusunan SPO
- a. SPO disusun dengan menggunakan format SPO sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik nomor YM.00.02.2.2.837 tanggal 1 Juni 2001, perihal bentuk SPO.
 - b. Penyusunan SPO dikelola oleh Tim/Panitia dengan mekanisme sebagai berikut :
 - 1) Pelaksana atau unit kerja mengidentifikasi kebutuhan SPO.
 - a) Untuk SPO pelayanan dan SPO administrasi, identifikasi kebutuhan SPO dilakukan dengan menggambarkan proses bisnis di unit kerja tersebut atau alur kegiatan dari kerja yang dilakukan di unit tersebut.
 - b) untuk SPO Profesi identifikasi kebutuhan dilakukan dengan mengetahui pola penyakit yang sering ditangani di unit kerja tersebut.

<p>RSUD KAB.KARANGANYAR</p>  <p>Jl.Laksda Yos Sudarso Karanganyar 57716</p>	<p>PROSEDUR PENYUSUNAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (S P O)</p>		
	<p>Nomor Dokumen TU/002</p>	<p>Nomor Revisi 0</p>	<p>Halaman 3/3</p>
<p>Unit terkait</p>	<p>c) Untuk melakukan identifikasi kebutuhan SPO dapat pula dilakukan dengan memperhatikan elemen penilaian pada standar akreditasi rumah sakit. SPO yang dipersyaratkan di elemen penilaian adalah SPO minimal yang harus ada di rumah sakit.</p> <p>2) Pelaksana atau unit kerja menyusun SPO dengan melibatkan unit terkait.</p> <p>3) SPO yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja disampaikan ke Tim/Panitia SPO yang berfungsi sbb:</p> <p>a) Memberikan tanggapan, mengkoreksi dan memperbaiki terhadap SPO yang telah disusun oleh pelaksana/unit kerja baik dari segi bahasa maupun penulisan.</p> <p>b) Sebagai koordinator dari SPO yang sudah dibuat oleh masing-masing unit kerja sehingga tidak terjadi duplikasi SPO/ tumpang tindih SPO antar unit.</p> <p>c) Melakukan cek ulang terhadap SPO-SPO yang akan di tanda tangani Direktur RS.</p> <p>4) SPO ditandatangani Direktur/Pimpinan RS.</p> <p>5) Penomoran dokumen SPO di Bagian Tata Usaha.</p> <p>6) Uji coba SPO untuk SPO pelayanan dan SPO administrasi yang memerlukan uji coba.</p> <p>7) Sosialisasi kepada pelaksana SPO.</p> <p>8) Pelatihan pelaksanaan kepada pelaksana SPO untuk SPO yang pelaksanaanya rumit.</p> <p>Unit kerja pengusul/Penyusun SPO, Tim/Panitia SPO Kepala Bagian TU, Kepala Bidang Keuangan, Kepala Bidang Yanmed & Keperawaatan, Kepala Bidang Perunjang Medik & Non Medik, Sub.Bag.Hukum Informasi dan Penanganan Pengaduan.</p>		