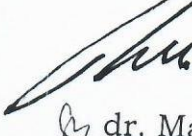


RSUD KAB.KARANGANYAR  Jl.Laksda Yos Sudarso Karanganyar 57716	PROSEDUR PENYUSUNAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (S P O)		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (S P O)	Nomor Dokumen TU/002	Nomor Revisi 0	Halaman 1/3
Pengertian	Tanggal terbit 2 Januari 2015		
Tujuan	Ditetapkan Direktur RSUD Kab. Karanganyar,  dr. Mariyadi		
Kebijakan	Yang dimaksud Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.		
Kebijakan	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.		
Prosedur	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Nomor 445/14.31 Tahun 2015 tentang Kebijakan Penyusunan Naskah Dinas Dan Dokumen Akreditasi.		
Prosedur	TATA CARA PENYUSUNAN SPO - Hal-hal yang perlu diperhatikan : - Siapa yang harus menulis atau menyusun SPO. - Bagaimana merencanakan dan mengembangkan SPO. - Bagaimana SPO dapat dikenali. - Bagaimana memperkenalkan SPO kepada pelaksana dan unit terkait. - Bagaimana pengendalian SPO nya (nomor, revisi dan distribusi). - Syarat penyusunan SPO : - 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. - 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. - Tim atau panitia yang ditunjuk oleh Direktur/ Pimpinan RS hanya bertugas menanggapi dan mengkoreksi SPO tersebut.		



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.

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
3/3

- 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.
- 2) Pelaksana atau unit kerja menyusun SPO dengan melibatkan unit terkait.
- 3) SPO yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja disampaikan ke Tim/Panitia SPO yang berfungsi sbb:
- 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/ tumpang tindih SPO antar unit.
- c) Melakukan cek ulang terhadap SPO-SPO yang akan di tanda tangani Direktur RS.
- 4) SPO ditandatangani Direktur/Pimpinan RS.
- 5) Penomoran dokumen SPO di Bagian Tata Usaha.
- 6) Uji coba SPO untuk SPO pelayanan dan SPO administrasi yang memerlukan uji coba.
- 7) Sosialisasi kepada pelaksana SPO.
- 8) Pelatihan pelaksanaan kepada pelaksana SPO untuk SPO yang pelaksanaanya rumit.

Unit terkait

Unit kerja pengusul/Penyusun SPO, Tim/Panitia SPO Kepala Bagian TU, Kepala Bidang Keuangan, Kepala Bidang Yanmed & Keperawaatan, Kepala Bidang Penunjang Medik & Non Medik, Sub.Bag.Hukum Informasi dan Penanganan Pengaduan.