

**PERATURAN DIREKTUR**  
**RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**  
**NOMOR : 3704/A000/XI/2021**

**TENTANG**  
**PEDOMAN PELAYANAN**  
**UNIT KESEKRETARIATAN**

**LEMBAR VALIDASI**  
**PEDOMAN PELAYANAN UNIT KESEKRETARIATAN**  
**NOMOR: 3704/A000/XI/2021**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Rani Setia Utami, A.Md Keb	Kepala Unit Kesekretariatan		7-11-2021
Verifikator	:	Maya Anggraini, S.Pd	Manajer Umum & SDM		7-11-2021
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		7-11-2021

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**  
**NOMOR : 3704/A000/XI/2021**  
**TENTANG**  
**PEDOMAN PELAYANAN UNIT KESEKRETARIATAN**  
**DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

Menimbang :

- a. bahwa dalam rangka peningkatan mutu dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, Rumah Sakit Intan Husada telah memenuhi syarat dan kemampuan pelayanan sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C;
- b. bahwa dalam rangka penerapan tata kelola rumah sakit yang baik dan pelayanan rumah sakit yang efektif, efisien dan akuntabel di Unit Kesekretariatan perlu dibuat ketentuan dasar untuk melakukan/melaksanakan kegiatan pelaksanaan di Unit Kesekretariatan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam butir a dan b maka Direktur Rumah Sakit Intan Husada perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan Unit Kesekretariatan.

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
4. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
5. Surat Keputusan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 034/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;
6. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;

## MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN PELAYANAN UNIT KESEKRETARIATAN**
- Kesatu : Pedoman Pelayanan Unit Kesekretariatan di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pengorganisasian pelayanan Unit Kesekretariatan Rumah Sakit Intan Husada.
- Kedua : Pedoman Pelayanan Unit Kesekretariatan sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Ketiga : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut  
Pada Tanggal : 10 November 2021  
Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP. 21110183633**

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR VALIDASI</b>	
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>i</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Pedoman	1
C. Ruang Lingkup Pelayanan	2
D. Batasan Operasional	2
<b>BAB II STANDAR KETENAGAAN</b>	
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia	3
B. Kualifikasi Personil	7
C. Pengaturan Jaga	8
<b>BAB III STANDAR FASILITAS</b>	
A. Denah Ruangan	9
B. Standar Fasilitas	9
<b>BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN</b>	
A. Tata laksana Pelayanan Sub Unit Legal/Dokumen Mutu Rumah Sakit	10
B. Tata laksana Pelayanan Sub Unit Format dan Sekretariat Rumah Sakit	11
<b>BAB V LOGISTIK</b>	
A. Permintaan Barang Rutin	12
B. Permintaan Barang Non Rutin	12
C. Alur Logistik	13
D. Proses Pengeloaan	15
<b>BAB VI KESELAMATAN PASIEN</b>	
A. Identifikasi Risiko Keselamatan Pasien	16
B. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien	16
C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien	16
<b>BAB VII KESELAMATAN KERJA</b>	
A. Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja	17
B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja	17
C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja	17
<b>BAB VIII PENGENDALIAN MUTU</b>	
A. Indikator Mutu	18
B. Monitoring	19
C. Evaluasi	19
D. Pelaporan	20
E. <i>Continuos Improvement</i>	20
<b>BAB IX PENUTUP</b>	<b>21</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>22</b>

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Rumah Sakit Intan Husada memiliki visi menjadi rumah sakit terbaik di Priangan Timur, sedangkan salah satu misi yang diemban adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan bersikap mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pasien. Seiring dengan visi dan misi tersebut dan dalam rangka mewujudkan pelayanan yang prima maka perlu pengorganisasian yang menggambarkan uraian tugas, fungsi dan tanggung jawab serta hubungan koordinasi antar unsur organisasi di rumah sakit.

Unit Kesekretariatan sebagai salah satu unit umum penunjang pelayanan juga menjadi salah satu ujung tombak pelayanan yang diharapkan mampu menjalankan visi, misi serta tujuan yang ada. Fungsi Unit Kesekretariatan sebagai pengelola dokumen mutu yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit, pengelola format dan formulir serta pengelola administrasi perkantoran di Rumah Sakit Intan Husada (RSIH). Dalam operasionalnya banyak hal yang terkait baik dalam hal sumber daya manusia, sarana prasarana, alur serta manajemen yang terkait dalam pengelolaan produk hukum, pengelolaan formulir dan format serta pengelolaan perkantoran yang harus dikelola dengan baik dan sesuai dengan standar yang berlaku. Karena itulah Rumah Sakit Intan Husada perlu membuat suatu pedoman pelayanan di Unit Kesekretariatan untuk menjadi suatu acuan dalam kegiatan pelaksanaan operasional di dalam rumah sakit.

### **B. Tujuan Pedoman**

#### **1. Tujuan Umum**

Sebagai acuan penyelenggaran pengelolaan dokumen mutu yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit, pengelolaan format dan formulir serta pengelolaan administrasi perkantoran di Rumah Sakit Intan Husada sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Sebagai acuan dalam pengelolaan dokumen mutu yang meliputi :
  - 1) Pengelolaan Standar Prosedur Operasional (SPO)
  - 2) Pengelolaan Peraturan Direktur
  - 3) Pengelolaan Keputusan Direktur
  - 4) Pengelolaan Program Kerja Tahunan
  - 5) Manajemen Kontrak
- b. Sebagai acuan dalam pengelolaan formulir serta pengelolaan administrasi perkantoran, yang meliputi :
  - 1) Pengelolaan formulir rekam medis dan non rekam medis.
  - 2) Pengelolaan kesekretariatan
  - 3) Pengelolaan pelayanan Unit Kesekretariatan sebagai tim ahli dalam permintaan barang tidak rutin yang terdiri dari stempel, kartu nama, dan penggunaan logo yang berkaitan dengan rumah sakit.

### **C. Ruang Lingkup Pelayanan**

Ruang Lingkup Pelayanan Unit Kesekretariatan Rumah Sakit Intan Husada meliputi:

1. Sub Unit Legal/Dokumen Mutu Rumah Sakit yang mencakup pengelolaan produk hukum yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit berupa pengelolaan SPO, Peraturan Direktur, Keputusan Direktur, Program Kerja Tahunan, dan Manajemen Kontrak.
2. Sub Unit Format dan Sekretariat Rumah Sakit yang mencakup pengelolaan formulir administrasi perkantoran, kesekretariatan, dan sebagai tim ahli dalam permintaan barang rutin terdiri dari stempel, kartu nama dan penggunaan logo di Rumah Sakit Intan Husada.

### **D. Batasan Operasional**

#### **1. Sub Unit Legal/Dokumen Mutu Rumah Sakit**

Pelayanan yang diberikan di Sub Unit Legal/Dokumen Mutu Rumah Sakit hanya melayani pengelolaan produk hukum yang dikeluarkan oleh rumah sakit yang isinya telah dikonsepsi terlebih dahulu oleh unit/divisi/komite terkait.

#### **2. Sub Unit Format dan Sekretariat Rumah Sakit**

Pelayanan yang diberikan di Sub Unit Format dan Sekretariat Rumah Sakit melayani pengelolaan formulir rekam medis dan non rekam medis yang diajukan kepada Sub Unit Format dan Sekretariat Rumah Sakit, pengelolaan administrasi perkantoran dan pengelolaan kegiatan sebagai tim ahli dalam permintaan barang tidak rutin seperti stempel, kartu nama, dan penggunaan logo yang berkaitan dengan rumah sakit serta retensi dan pemusnahan dokumen di Rumah Sakit Intan Husada.

## BAB II STANDAR KETENAGAAN

### A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

#### 1. Kepala Unit Kesekretariatan

- a. Posisi dalam Struktur Organisasi  
Bertanggung jawab kepada : Manajer Umum dan SDM  
Yang bertanggung jawab kepadanya :
  - a) Staf Administrasi
  - b) Staf Legal
- b. Tugas Pokok  
Bertanggungjawab untuk menjamin terlaksananya penyelenggaraan pelayanan di Unit Kesekretariatan.
- c. Uraian Tugas dan Wewenang  
Tugas:
  - a) Fungsi Perencanaan
    - 1) Mengusulkan rencana kerja dan anggaran tahunan di Unit Kesekretariatan;
    - 2) Mengusulkan rencana penerimaan, pengembangan, pembinaan dan peningkatan karir staf di Unit Kesekretariatan;
    - 3) Menjabarkan Rencana Kerja dan Anggaran tahunan ke dalam program kegiatan bulanan, mingguan dan harian di Unit Kesekretariatan;
    - 4) Merencanakan perubahan sistem dan prosedur kerja di Unit Kesekretariatan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan;
    - 5) Menyusun rencana pengendalian dan peningkatan mutu pelayanan di Unit Kesekretariatan;
  - b) Fungsi Pengorganisasian
    - 1) Melaksanakan program kerja di Unit Kesekretariatan secara efektif dan efisien;
    - 2) Melaksanakan koordinasi dengan staf di Unit Kesekretariatan;
    - 3) Mengatur dan mengarahkan pelaksanaan kegiatan operasional di Unit Kesekretariatan sehingga tujuan dapat tercapai secara efektif dan efisien;
    - 4) Mengkoordinasikan seluruh kegiatan pada di Unit Kesekretariatan;
    - 5) Bertanggung jawab atas kontinuitas serta pengembangan kerja dan kinerja operasional di Unit Kesekretariatan;
    - 6) Bertanggung jawab atas fasilitas dan sarana pendukung di Unit masing - masing;
    - 7) Bertanggung jawab atas sarana pendukung pengembangan operasional di Unit Kesekretariatan untuk mendukung kelancaran operasional rumah sakit;
    - 8) Bertanggung jawab atas kesiapan sumber daya manusia di Unit Kesekretariatan;
    - 9) Membina terlaksananya kegiatan operasional di Unit Kesekretariatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;



- c) Fungsi Penggerak
  - 1) Menciptakan hubungan yang harmonis dan profesional di Unit Kesekretariatan baik internal maupun eksternal;
  - 2) Melaksanakan dan memimpin pertemuan berkala maupun insidental di Unit Kesekretariatan;
  - 3) Melaksanakan kerjasama yang baik di lingkungan di Unit Kesekretariatan;
  - 4) Mengarahkan seluruh karyawan di Unit Kesekretariatan agar mematuhi peraturan, kebijakan, dan prosedur yang telah ditetapkan;
  - 5) Menggerakkan seluruh staf untuk mewujudkan falsafah dan mendukung tercapainya tujuan;
  - 6) Membawa seluruh staf di Unit Kesekretariatan untuk peka, terbuka, mempunyai rasa memiliki yang tinggi, dan berkomitmen terhadap kemajuan rumah sakit;
  - 7) Menanamkan nilai - nilai moral, spiritual kepada seluruh karyawan di Unit Kesekretariatan untuk mewujudkan rumah sakit sesuai motto Rumah Sakit Intan Husada yaitu *"Kami Berikan Yang Terbaik"*.
- d) Fungsi Pengendalian
  - 1) Mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan kebijakan, peraturan dan prosedur di Unit Kesekretariatan yang telah ditetapkan oleh Direktur;
  - 2) Mengawasi dan mengendalikan setiap pemakaian fasilitas dan perlengkapan di Unit Kesekretariatan;
  - 3) Mengawasi dan mengendalikan setiap pemakaian barang - barang rutin di Unit Kesekretariatan;
  - 4) Mengawasi dan mengendalikan mutu pelayanan di Unit Kesekretariatan;
- e) Fungsi Evaluasi
  - 1) Mengevaluasi kinerja staf di Unit Kesekretariatan;
  - 2) Membuat kajian berdasarkan hasil evaluasi untuk melaksanakan *rolling*, mutasi, promosi dan/atau demosi staf Unit Kesekretariatan;
  - 3) Memberi saran, nasehat dan memberikan penilaian terhadap kinerja bawahannya;
  - 4) Memberikan sanksi terhadap kesalahan dan pelanggaran bawahan;
  - 5) Meminta nasehat, petunjuk dan bimbingan dari atasannya;
  - 6) Mengevaluasi pelaksanaan barang dan fasilitas di Unit Kesekretariatan;
  - 7) Mengevaluasi pelaksanaan kebijakan dan standar operasional Unit Kesekretariatan;
  - 8) Mengevaluasi dan menganalisa laporan realisasi Rencana Kerja dan Anggaran setiap bulan, triwulan, semester, dan tahunan di Unit Kesekretariatan;
  - 9) Mengevaluasi pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Unit Kesekretariatan;

Wewenang:

- a) Memberikan masukan tentang pelaksanaan Unit Kesekretariatan kepada Direksi;
  - b) Merekomendasi, menandatangani surat serta dokumen dinas yang berkaitan dengan Unit Kesekretariatan;
  - c) Mengarahkan dan membimbing masing-masing kepala unit beserta pelaksanaannya;
  - d) Menentukan skala prioritas pekerjaan;
  - e) Meminta kelengkapan data dan informasi kepada unit kerja terkait.
- d. Hubungan Kerja/Organisasi
- Internal
- a) Direksi
  - b) Komite - Komite
  - c) Divisi Pelayanan Medik
  - d) Divisi Keperawatan
  - e) Divisi *Marketing* dan Keuangan
  - f) Divisi Umum dan SDM
  - g) Unit – Unit
- Eksternal
- a) Dinas terkait
  - b) Vendor
  - c) Instansi

## 2. Staf Administrasi

- a. Posisi dalam Struktur Organisasi  
Bertanggung jawab kepada : Kepala Unit Kesekretariatan  
Yang bertanggung jawab kepadanya : -
- b. Tugas Pokok  
Bertanggung jawab atas pengaturan tata kelola administrasi RS Intan Husada.
- c. Uraian Tugas dan Wewenang  
Tugas:
  - a) Membuat rencana kebutuhan pemakaian rutin urusan Unit Kesekretariatan (Alat Tulis Kantor);
  - b) Mengatur agenda pemakaian Ruang Rapat;
  - c) Mengingatkan agenda rapat;
  - d) Mengatur konsumsi rapat;
  - e) Menjadi notulis *resume* rapat untuk kemudian dibagikan pada peserta rapat;
  - f) Mengarsipkan laporan kegiatan internal rumah sakit;
  - g) Membuat disposisi surat masuk dan keluar serta menindaklanjuti disposisi Direktur kepada unit terkait;
  - h) Mengarsipkan surat masuk yang telah selesai diproses;
  - i) Membuat surat keluar internal seperti edaran, memorandum dan surat keluar internal lainnya terkait kebijakan manajemen;
  - j) Mendistribusikan surat kepada bagian terkait sesuai dengan prosedur;

- k) Membuat surat keluar eksternal seperti pemberitahuan, himbauan dan surat keluar eksternal lainnya terkait rumah sakit;
- l) Melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam distribusi surat eksternal rumah sakit;
- m) Membuat laporan yang berkaitan dengan pihak luar;
- n) Mengarsipkan surat-surat yang berkaitan dengan pihak luar;
- o) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan sesuai bidang tugasnya;
- p) Berpartisipasi dalam kegiatan non-operasional RS Intan Husada.

**Wewenang:**

Mengakses terhadap semua dokumen, pencatatan, personal dan fisik, informasi untuk mendapatkan data dan informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan tugas.

**d. Hubungan Kerja/Organisasi**

**Internal**

- a) Semua Unit
- b) Komite PPI
- c) Komite Keperawatan
- d) Satuan Pemeriksa Internal

**Eksternal**

-

**3. Staf Legal**

**a. Posisi dalam Struktur Organisasi**

Bertanggung jawab kepada : Kepala Unit Kesekretariatan

Yang bertanggung jawab kepadanya : -

**b. Tugas Pokok**

Bertanggung jawab terhadap semua tata kelola regulasi RS Intan Husada

**c. Uraian Tugas dan Wewenang**

**Tugas:**

- a) Mengumpulkan berkas standar prosedur operasional dari seluruh unit;
- b) Melakukan revisi berkas standar prosedur operasional RS Intan Husada;
- c) Mengarsipkan standar prosedur operasional RS Intan Husada;
- d) Membuat agenda pertemuan untuk koordinasi standar prosedur operasional antar bagian;
- e) Mengelola Surat Perjanjian Kerjasama dengan pihak luar;
- f) Mengarsipkan berkas Perjanjian Kerjasama dengan pihak luar;
- g) Mengurus berkas perizinan rumah sakit;
- h) Mengarsipkan berkas perizinan rumah sakit;
- i) Membuat Surat Keputusan;
- j) Mengarsipkan Surat Keputusan;
- k) Membuat Peraturan Direktur;
- l) Mengarsipkan Peraturan Direktur;
- m) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan sesuai bidang tugasnya;
- n) Berpartisipasi dalam kegiatan non-operasional RS Intan Husada.

Wewenang:

Mengakses terhadap semua dokumen, pencatatan, personal dan fisik, informasi untuk mendapatkan data dan informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan tugas.

d. Hubungan Kerja/Organisasi

Internal

- a) Unit-unit
- b) Komite
- c) SPI

Eksternal

- a) Pihak Asuransi
- b) Vendor
- c) Dinas terkait

**B. Kualifikasi Personil**

No	Nama Jabatan	Pendidikan	Kualifikasi
1.	Kepala Unit Kesekretariatan	Minimal DIII Semua Jurusan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehat jasmani dan rohani, mencintai profesi dan tugasnya, memiliki jiwa dan kepemimpinan, berwibawa, jujur, disiplin, loyal, tegas, bertanggung jawab, bijaksana, dan berwawasan luas.</li> <li>- Memiliki kemampuan konseptual, teknis dan hubungan antar manusia yang baik.</li> <li>- Bersedia melakukan tugas diluar jam kerjanya.</li> <li>- Minimal pengalaman 3 tahun di bidang administrasi.</li> <li>- Mampu mengoperasikan Ms. Word, Ms. Excel, Ms. Outlook dll</li> </ul>
2.	Staf Administrasi	Minimal DIII Semua Jurusan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehat jasmani dan rohani, mencintai profesi dan tugasnya, memiliki jiwa dan kepemimpinan, berwibawa, jujur, disiplin, loyal, tegas, bertanggung jawab, bijaksana, dan berwawasan luas.</li> <li>- Memiliki kemampuan konseptual, teknis dan hubungan antar manusia yang baik.</li> <li>- Bersedia melakukan tugas diluar jam kerjanya.</li> <li>- Minimal pengalaman 1 tahun di bidang administrasi</li> <li>- Mampu mengoperasikan Ms. Word, Ms. Excel, Ms. Outlook dll</li> </ul>

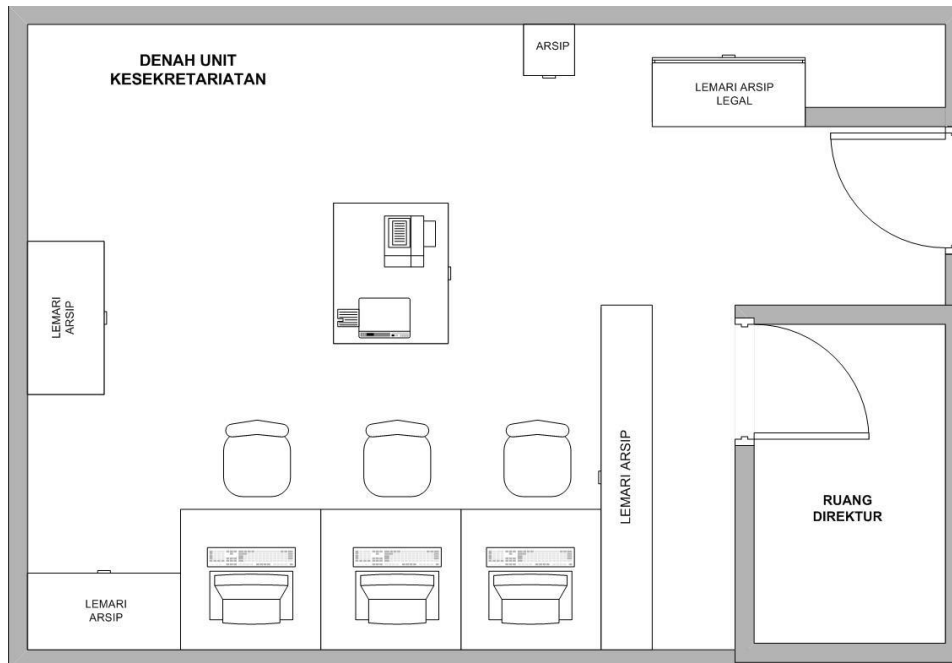
3.	Staf Legal	S1 Hukum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sehat jasmani dan rohani, mencintai profesi dan tugasnya, memiliki jiwa dan kepemimpinan, berwibawa, jujur, disiplin, loyal, tegas, bertanggung jawab, bijaksana, dan berwawasan luas.</li> <li>- Memiliki kemampuan konseptual, teknis dan hubungan antar manusia yang baik.</li> <li>- Bersedia melakukan tugas diluar jam kerjanya.</li> <li>- Mampu mengoperasikan Ms. Word, Ms. Excel, Ms. Outlook dll</li> </ul>
----	------------	----------	---

### C. Pengaturan Kerja

No	Nama Jabatan	Waktu Kerja	Jam Kerja
1.	Kepala Unit Kesekretariatan	Purna Waktu	OH ( <i>Office Hour</i> ) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
2.	Staf Administrasi	Purna Waktu	OH ( <i>Office Hour</i> ) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
3.	Staf Legal	Purna Waktu	OH ( <i>Office Hour</i> ) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.

## BAB III STANDAR FASILITAS

### A. Denah Ruangan



### B. Standar Fasilitas

Fasilitas yang dimiliki oleh Unit Kesekretariatan meliputi:

No.	Nama Barang	Jumlah	Keterangan
1	Meja Kerja	3 buah	½ Biro
2	Kursi Kerja	3 buah	Chitose Duo
3	Printer	2 buah	Epson L 5190 Brother
4	Laptop	1 buah	Lenovo
5	PC	3 set	1 set di Ruang Rapat 2 set di Ruang Unit Kesekretariatan
6	Proyektor	1 pcs	Epson
7	Lemari Kabinet	1 buah	Penyimpanan Arsip Surat
8	Lemari Arsip	3 buah	Penyimpanan arsip SPO, Perdir, dan Surat
9	Lemari Sedang	1 buah	Penyimpanan ATK
10	Switch HDMI	1 buah	Dipakai di Ruang Rapat
11	Dispenser	1 buah	Miyako
12	Telepon	1 buah	

## BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

### A. Tatalaksana Pelayanan Sub Unit Legal/Dokumen Mutu Rumah Sakit

1. Pengelolaan Peraturan Presiden Direktur, Peraturan Direktur, Keputusan Direktur, Program Kerja Tahunan, dan Standar Operasional Prosedur (SPO):
  - a. Peraturan Direktur Utama PT, Peraturan Direktur, Keputusan Direktur, dan Program Kerja Tahunan serta SPO disusun dan dikonsep oleh unit/divisi/komite terkait.
  - b. Alur pengesahan dokumen dimulai dari diterimanya konsep dokumen, pengecekan kesesuaian antara dokumen dengan template yang berlaku, penomoran dokumen dan pengiriman kembali konsep dokumen yang telah dinomori kepada unit/divisi/komite terkait untuk dilakukan pencetakan dokumen dan penandatanganan lembar validasi serta lembar pengesahan.
  - c. Pengarsipan dokumen terbagi menjadi arsip dokumen *hard copy* serta dokumen *soft copy* yang diunggah ke Portal RSIH sehingga unit/ divisi/komite terkait dapat mengakses dokumen pada portal tersebut.
  - d. Mengingatkan unit/divisi/komite terkait apabila dokumen akan kadaluarsa untuk di-review/diperbaharui isinya.
2. Pengelolaan Manajemen Kontrak
  - a. Jenis manajemen kontrak yang dikelola oleh Unit Kesekretariatan terdiri dari:
    - 1) Kontrak Klinis Pelayanan  
Adalah kerjasama antara RSIH dengan badan hukum berupa perjanjian kerjasama penyediaan pelayanan klinis yaitu rujukan laboratorium dan rujukan radiologi.
    - 2) Kontrak Manajemen  
Adalah kerjasama antara RSIH dengan badan hukum berupa kerjasama penyediaan barang atau jasa untuk menunjang pelayanan seperti : kontrak pengadaan alat dan obat, kontrak *service* dalam pemeliharaan alat, kontrak kalibrasi alat kesehatan, kontrak penyediaan jasa kebersihan, kontrak jasa parkir, kontrak jasa penyediaan keamanan, dan kontrak pengelolaan limbah.
  - b. Proses pengelolaan manajemen kontrak di Unit Kesekretariatan terdiri dari:
    - 1) Penomoran kontrak manajemen sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
    - 2) Pendokumentasian kontrak manajemen berupa *hard copy* dan *soft copy*.
    - 3) Dokumen kontrak yang asli disimpan di Unit Kesekretariatan yang terdiri dari dokumen *review*, dokumen kontrak dan dokumen evaluasi tahunan kontrak.
    - 4) Mengingatkan unit/divisi/komite terkait apabila kontrak akan kadaluarsa untuk dilakukan *review*/diperbaharui isinya, diingatkan 3 bulan sebelum kontrak habis.
  - c. Pengelolaan dokumentasi laporan
    - 1) Pendokumentasian laporan di Unit Kesekretariatan berupa *hard copy* dan *soft copy* yang di-*upload* pada portal RSIH.
    - 2) Pengelolaan dokumentasi laporan terdiri dari laporan tahunan unit-unit di RSIH dan laporan triwulan serta laporan 6 bulanan Komite PMKP.

## **B. Tatalaksana pelayanan Sub Unit Format dan Sekretariat Rumah Sakit**

1. Format dan Formulir
  - a) Penyusunan format dan formulir berkoordinasi dengan Unit Rekam Medis dan unit/divisi/komite terkait.
  - b) Melakukan *review* format dan formulir bersama-sama dengan Unit Rekam Medis, unit/divisi/komite terkait.
  - c) Pengurusan pengesahan format formulir.
  - d) Pengarsipan formulir yang telah disahkan.
  - e) Pengawasan pengadaan/pencetakan formulir.
  - f) Pengawasan penggunaan formulir di unit kerja yang menggunakan formulir tersebut.
  - g) Menginformasikan kepada unit untuk dilakukan penarikan formulir yang telah kadaluarsa atau tidak digunakan dari unit kerja terkait.
  - h) Pengajuan pemusnahan *file* pengesahan formulir yang telah kadaluarsa.
  - i) Melakukan pemusnahan *file* pengesahan formulir yang telah disetujui pemusnahannya.
2. Kesekretariatan Rumah Sakit
  - a) Melakukan dan memonitor tata naskah surat di RSIH.
  - b) Melakukan dan memonitor pengarsipan/administrasi perkantoran di RSIH.
3. Kegiatan pengelolaan kegiatan Unit Kesekretariatan sebagai tim ahli dalam hal permintaan barang tidak rutin seperti stempel, kartu nama dan penggunaan logo rumah sakit.



## BAB V LOGISTIK

Unit Kesekretariatan setiap bulan mempunyai permintaan rutin yang terbagi dua yaitu ATK (Alat Tulis Kantor) dan ART (Alat Rumah Tangga). Baik ATK maupun ART jadwal permintaannya disesuaikan dengan sisa stok yang ada. Selain permintaan barang rutin, Unit Kesekretariatan melakukan permintaan barang tidak rutin yang jadwal permintaannya tidak pasti, atau sesuai kebutuhan pada periode tertentu. Permintaan Barang Tidak Rutin yang diajukan oleh Kepala Unit dan diketahui oleh Manajer Umum dan SDM serta disetujui oleh Satuan Pemeriksa Internal menggunakan Form Permintaan Barang Tidak Rutin (FPBTR) meliputi kebutuhan barang-barang yang tidak termasuk perbekalan di Gudang Logistik Umum.

### A. Permintaan Barang

No	Nama Barang	Standar Stok Minimal	Rutin	Tidak Rutin
1	Kertas A4	4 Rim	√	
2	Refill tinta printer	1 buah perwarna	√	
3	Map mika	10 buah	√	
4	Clip trigonal no 3 & no 5	1 box	√	
5	Binder Clips no 155	1 box	√	
6	Ballpoint Gel Ink Biru	2 buah	√	
7	Ballpoint	3 buah	√	
8	Pensil	3 buah	√	
9	Penghapus	3 buah	√	
10	Penggaris	2 buah		√
11	Lem kertas	2 buah	√	
12	Stabilo	3 buah	√	
13	Gunting	3 buah		√
14	Staples	3 buah		√
15	Isi Staples	1 box	√	
16	Cuter	2 buah		√
17	Isi Cuter	1 box	√	
18	Odner Ukuran F4	3 pcs	√	
19	Odner Ukuran ½ F4	1 buah		
20	Box File	5 pcs	√	
21	Page Marker	2 pack	√	
22	Post It	3 buah	√	
23	Pembolong Kertas	2 buah		√
24	Plastik Laminasi Manual	1 pack	√	
25	Mika Bening	1 pack	√	
26	Display Book isi 20 sheet, 40 sheet, 60 sheet	1 buah/jenis (tergantung kebutuhan)	√	
27	Amplop Coklat Besar	20 buah	√	
28	Amplop Panjang RSIH	1 box	√	

29	Refil tinta stampel (hitam, biru, hijau, merah)	1 buah/warna	√	
30	Materai	40 pcs	√	

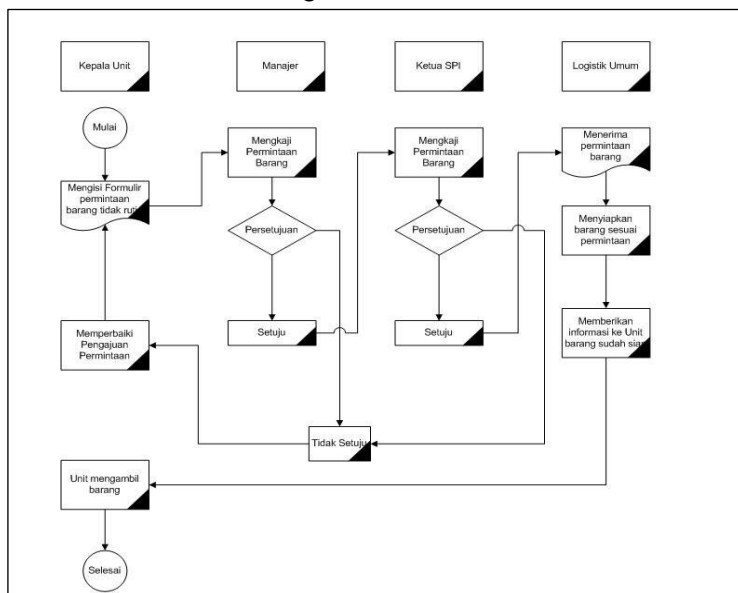
## B. Permintaan Barang Non Rutin

Permintaan Barang Non Rutin yang diajukan oleh Satuan Pemeriksa Internal menggunakan Form Permintaan Barang Tidak Rutin (FPBTR) meliputi kebutuhan barang – barang yang tidak distok di Logistik Umum, diantaranya:

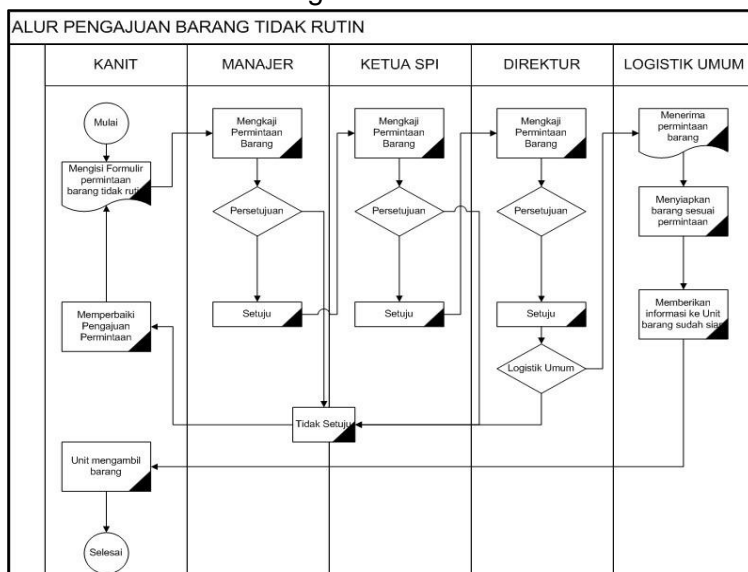
- Komputer Set
- *Hardisk* Eksternal
- Kursi Kantor
- dll

## C. Alur Logistik

### 1. Alur Permintaan Barang Rutin



### 2. Alur Permintaan Barang Non Rutin



Formulir yang digunakan untuk mengajukan permintaan barang rutin dan barang tidak rutin adalah :

1. Form Permintaan Barang Rutin



**FORMULIR PERMINTAAN BARANG RUTIN**

Unit/Divisi : \_\_\_\_\_ No. BPG : \_\_\_\_\_  
 No. Extension : \_\_\_\_\_

No	Kode Barang	Nama Barang	Jumlah yang diminta		Jumlah Sisa Stok Berdasarkan Kartu Stok di Unit		Keterangan
			Qty	Satuan	Qty	Satuan	

Garut, .....  
 Pemohon, \_\_\_\_\_ Mengetahui dan Menyetujui, \_\_\_\_\_ Penerima Pesanan, \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_  
 Kanit/Koord/Ketua  
 Lembar Putih: Logistik

\_\_\_\_\_  
 Manajer  
 Lembar Merah: Pemesan

\_\_\_\_\_  
 Ketua SPI

\_\_\_\_\_  
 Logistik  
 01/LOG/RSIH/XI/2021

2. Form Permintaan Barang Tidak Rutin



**FORMULIR PERMINTAAN BARANG TIDAK RUTIN**

Divisi/Unit : \_\_\_\_\_  
 Nomor : \_\_\_\_\_

No	Nama Barang	Jumlah	Spesifikasi Tim Ahli (Lengkap dengan type & merk)
		(Kanit Tim Ahli)	(Manajer Tim Ahli)

Analisis Kebutuhan Barang	
Keterangan Barang Yang Dipakai Selama Ini	Alasan/Kegunaan Barang Yang Diminta

\*1) Spesifikasi barang harus lengkap diisi, kesalahan/kekurangan dalam menentukan spesifikasi barang diluar tanggung jawab Logistik dan Purchasing Garut, .....

Pemohon, \_\_\_\_\_ Mengetahui dan Menyetujui, \_\_\_\_\_ Penerima Pesanan, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Kanit/Koord/Komite  
 Putih (Keuangan) Merah (Purchasing) Hijau (Pemesan) Biru (Logistik Umum)

\_\_\_\_\_  
 Manajer

\_\_\_\_\_  
 Ketua SPI

\_\_\_\_\_  
 Direktur

\_\_\_\_\_  
 Direktur PT.RSIH

\_\_\_\_\_  
 Logistik  
 02/LOG/RSIH/XI/2021

#### **D. Proses Pengelolaan Logistik**

##### **1. Proses Perencanaan Logistik**

Setiap awal tahun dibuatkan rencana kebutuhan logistik selama setahun yang dituangkan dalam Rencana Anggaran Biaya (RAB). Perencanaan berdasarkan riwayat permintaan dan analisa kebutuhan sesuai program pemeriksaan tahunan.

##### **2. Proses Pengadaan Logistik**

Proses pengadaan logistik di Unit Kesekretariatan dilakukan dengan membuat pengajuan kepada Bagian Logistik Umum menggunakan Form Permintaan Barang Rutin dan Form Permintaan Barang Tidak Rutin. Untuk Permintaan Barang Rutin harus disetujui sampai tingkat Manajer Umum dan SDM serta Kepala SPI dan untuk Permintaan Barang Tidak Rutin harus disetujui sampai tingkat Direktur. Untuk pengajuannya sendiri berdasarkan kebutuhan harian tidak langsung kebutuhan selama setahun.

##### **3. Proses Pendistribusian Logistik**

Proses pendistribusian logistik di Unit Kesekretariatan dengan diambil sendiri oleh staf kesekretariatan atau melalui *runner* logistik/staf gudang logistik.

##### **4. Proses Penyimpanan Logistik**

Setiap barang yang telah didistribusikan dari Logistik Umum akan disimpan di Ruang Unit Kesekretariatan dan setiap Staf Kesekretariatan bertanggung jawab terhadap penyimpanan barang tersebut. Dikarenakan barangnya tidak distok (langsung digunakan), dimana pengajuan berdasarkan kebutuhan harian maka pengelolaannya tidak menggunakan kartu stok.

## **BAB VI KESELAMATAN PASIEN**

### **A. Identifikasi Risiko Keselamatan Pasien**

Identifikasi Risiko yang dapat diderita oleh pasien, pengunjung dan karyawan atas tindakan/pelayanan yang didapat di rumah sakit meliputi :

1. Identifikasi ketidaksesuaian dokumen yang dikirim unit dengan template dan kaidah tata naskah yang berlaku.
2. Identifikasi kesalahan pemberian nomor dokumen.
3. Identifikasi terhadap kehilangan dokumen pada saat penandatanganan lembar validasi dan lembar pengesahan.
4. Identifikasi terhadap keselamatan dan keamanan dokumen di ruang penyimpanan dari kebakaran atau bencana alam lainnya.
5. Identifikasi terhadap dokumen yang tidak dilanjutkan proses pengesahan oleh unit sehingga menimbulkan kekosongan pada *list* nomor.
6. Identifikasi terhadap perbedaan antara *soft copy* dan *hard copy* dokumen yang dikirimkan unit.

### **B. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien**

1. Memeriksa kembali dokumen yang dikirim oleh unit dan disesuaikan dengan template dan kaidah tata naskah yang berlaku.
2. Mengecek kembali *list* penomoran dokumen yang telah dibuat sebelumnya sehingga tidak menimbulkan nomor ganda.
3. Melakukan konfirmasi kepada unit mengenai proses penandatanganan dokumen telah sampai mana.
4. Mengecek dan mencabut kabel listrik yang tidak digunakan pada saat jam pulang kerja.
5. Melakukan konfirmasi kepada unit mengenai dokumen yang belum dilakukan proses pengesahan.
6. Mengecek kesesuaian setiap *hard copy* dan *soft copy* dokumen yang telah diproses pengesahan dan yang akan di-*upload* kedalam portal.

### **C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien**

1. Selalu memeriksa kembali kesesuaian dokumen yang dikirimkan oleh unit dengan template dan tata naskah yang berlaku.
2. Mengikuti pelatihan penanggulangan kebakaran dan bencana lainnya.
3. Penyusunan panduan penomoran dokumen.
4. Penyusunan SPO mengenai proses pengesahan SK, PERDIR, SPO.
5. Penyusunan SPO mengenai proses pengesahan Formulir.

## **BAB VII KESELAMATAN KERJA**

### **A. Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja**

Identifikasi risiko keselamatan kerja staf pegawai di Unit Kesekretariatan adalah pengenalan/identifikasi risiko-risiko keselamatan kerja staf pegawai yang mungkin timbul dalam kegiatan/pekerjaan yang dilakukan oleh Unit Kesekretariatan diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Risiko kebakaran dan bencana alam lainnya.
2. Risiko terjatuh terpeleset.
3. Risiko pernapasan dari debu yang ditimbulkan.
4. Risiko dan penularan penyakit.
5. Risiko tertimpa map dokumen yang diarsipkan.
6. Risiko Bahaya Fisika (bising, cahaya, listrik, panas, getaran)

### **B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja**

Dalam hal ini Unit Kesekretariatan bekerjasama dengan Komite K3RS Rumah Sakit Intan Husada di bidang risiko keselamatan petugas terkait keselamatan petugas pada saat melaksanakan pekerjaan.

Secara garis besar manajemen risiko Unit Kesekretariatan meliputi beberapa aspek antara lain:

1. Pemakaian alat pelindung diri sesuai dengan pekerjaan masing-masing antara lain masker untuk melindungi dari debu pada rak maupun berkas dokumen serta pencegahan terhadap penularan penyakit dan penyebaran terhadap orang lain.
2. Pelatihan penggunaan APAR apabila terjadi kebakaran.
3. Pengarahan terhadap alur evakuasi apabila terjadi bencana, baik bencana alam maupun kebakaran.
4. Pemeliharaan terhadap fasilitas penyimpanan maupun fasilitas lain yang mendukung pelayanan.
5. Pemusnahan dokumen yang telah kadaluarsa, yang bertujuan dokumen yang diarsipkan tidak terlalu menumpuk.

### **C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja**

1. Memberikan edukasi mengenai *hand hygiene*.
2. Memberikan edukasi mengenai etika batuk dan bersin.
3. Memberikan edukasi mengenai APD (Alat Pelindung Diri).
4. Memberikan edukasi mengenai penanggulangan risiko kebakaran.
5. Bekerjasama dengan *Cleaning Service* dalam hal pembersihan sampah dan vakum terhadap debu di ruang Unit Kesekretariatan.

## BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

### A. Indikator Mutu

Monitoring dilakukan untuk memantau performa dan mutu pelayanan Unit Kesekretariatan. Untuk itu, maka ditetapkan beberapa indikator sebagai berikut :

NO	PROFIL INDIKATOR	DESKRIPSI
1	Nama Indikator	Proses Pengesahan Dokumen
2	Program	Peningkatan Mutu Pelayanan
3	Dimensi Mutu	Dimensi mutu yang sesuai dengan indikator mutu yang akan diukur berdasarkan 6 <i>dimension of quality</i> (pilih saja)
		1. <i>Safe</i>
		2. <i>Timely</i>
		3. <i>Effective</i>
		4. <i>Efficient</i>
		5. <i>Equitable</i>
		6. <i>Patient Centered</i>
4	Tujuan	Meningkatkan cakupan terhadap pelayanan proses pengesahan dokumen.
5	Dasar Pemikiran/Literatur	Standar Akreditasi Rumah Sakit 1.1
6	Definisi	1. Dokumen adalah kebijakan dan ketentuan yang dikeluarkan dan ditetapkan oleh rumah sakit, yang terdiri dari SPO, Perdir, SK, Proker, Formulir, dll.
		2. Proses pengesahan dokumen adalah proses diberlakukannya suatu ketentuan yang dimulai dari penerimaan konsep dokumen dari unit, penyesuaian template dokumen, penomoran dokumen hingga penandatanganan serta mengunggah dokumen pada portal sehingga dapat diakses oleh semua unit di RSIH.
7	Kriteria	Dasar/Acuan dari Indikator dapat dibagi 2 (Dua) yaitu Inklusi dan Eksklusi
a.	Inklusi	Seluruh dokumen yang telah dilakukan proses pengesahan.
b.	Eksklusi	Seluruh dokumen yang telah dilakukan penomoran namun tidak dilanjutkan proses pengesahan oleh unit.
8	Type Indikator	Yang diukur dalam indikator
		1. Proses = Prosesnya dilakukan/tidak dan prosesnya sudah benar/belum

		2. Hasil = Hasilnya sudah sesuai dengan standar atau belum
		3. Proses dan Hasil merupakan gabungan dari keduanya
9	Jenis Indikator	Sebutkan apakah indikator yang akan diukur itu merupakan:
		1. <i>Rated Based</i> /Frekuensi : satu bulan
		2. Presentase (Jumlah kejadian yang tidak memerlukan hitungan dalam kurun waktu) contohnya berapa banyak dokumen yang gagal proses pengesahan
		3. Sentinel Event (Adanya sesuatu yang tidak diharapkan)
10	Numerator	Jumlah kumulatif dokumen yang telah diproses pengesahan pada kurun waktu yang diamati
11	Denominator	Jumlah kumulatif dokumen yang gagal proses pengesahan pada kurun waktu yang diamati
12	Cara Pengukuran/Formula	Membandingkan numerator dengan denominator dikali dengan 100%
13	Nilai Ambang/standar	Seluruh dokumen telah diproses pengesahan
14	Sumber data	Daftar dokumen yang masuk untuk dilakukan proses pengesahan
15	Wilayah Pengamatan	Unit yang mengirimkan dokumen
16	Metode Pengumpulan Data	Apakah data diambil berdasarkan:
		1. Bersamaan dengan kegiatan ( <i>Concurrent</i> )
		2. Setelah Kejadian ( <i>Retrospective</i> )
17	Pengumpul data	Staf Administration
18	Frekuensi pengumpulan data	Bulan
19	Periode waktu laporan	3 bulan
20	Rencana Analisis	Diagram garis
21	Data akan disebarluaskan pada staf	Kepada unit yang mengirimkan dokumen untuk proses pengesahan
22	Nama Alat atau sistem	Alat Tulis Kantor berupa dokumen

## B. Monitoring

Monitoring dilakukan dengan mengintegrasikan pengumpulan data dalam aktivitas sehari-hari, kemudian rekapitulasi dilakukan setiap bulan.

## C. Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan cara analisis terhadap data yang dikumpulkan dari hasil monitoring yang dilakukan terhadap indikator mutu tersebut. Evaluasi yang dilakukan dengan cara membandingkan data hasil observasi dengan standar, kebijakan maupun prosedur yang terkait dengan indikator yang dimaksud. Dari hasil



evaluasi dilakukan analisa terhadap penyebabnya. Sehingga dapat diambil langkah cepat untuk memperbaiki terhadap masalah indikator mutu tersebut.

**D. Pelaporan**

1. Laporan Proses Pengesahan PERDIR.
2. Laporan Proses Pengesahan SPO.
3. Laporan Proses Pengesahan SK.
4. Laporan Proses Pengesahan Program Kerja.
5. Laporan Kontrak Manajemen.
6. Laporan Pengesahan Formulir.

**E. *Continuous Improvement***

Merupakan perumusan upaya-upaya perbaikan dari hasil analisis. Tujuannya adalah menyusun rencana atau program kerja dengan tujuan untuk memperbaiki *performance*/mutu yang diperoleh dari proses monitoring.

*Continuous improvement* dapat berupa :

1. Penyusunan program atau rencana kerja baru.
2. Revisi prosedur dan kebijakan, maupun penyusunan prosedur/kebijakan baru.
3. Pelatihan/sosialisasi kepada baik ke staf, dokter, jajaran manajerial, maupun pengunjung RSIH.
4. Penambahan/penggantian sarana dan prasarana yang mendukung terlaksananya pelayanan dengan efektif dan efisien.

## **BAB IX PENUTUP**

Pedoman Pelayanan Unit Kesekretariatan disusun sebagai acuan dan gambaran mengenai pelayanan yang dilakukan di Unit Kesekretariatan. Sehingga setiap petugas yang melakukan pekerjaannya mengacu kepada Pedoman Pelayanan Unit Kesekretariatan yang ada dan telah disahkan oleh Direktur rumah sakit. Adapun penjelasan mengenai langkah-langkah pelayanan di Unit Kesekretariatan, akan dijelaskan lebih rinci di SPO tiap-tiap prosedur pelayanan yang terkait dan panduan pelayanan lainnya.

## DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan RI Peraturan Menteri Kesehatan No. 1538 Tahun 2011 tentang Pedoman Tata Naskah Dinas Kementrian Kesehatan  
Dewi, Cirra Chrisyanti. 2005. Manajemen Kesekretariatan. Jakarta: Bumi Aksara  
Yatimah, Dorotul. 2009. Kesekretariatan Modern dan Administrasi Perkantoran. Bandung: Pustaka Setia