**Standar Operasional Prosedur**

**PENGENDALIAN DOKUMEN**

SOP 001.002/KN 09 06/SBM



**PUSAT SAINS DAN TEKNOLOGI BAHAN MAJU**

**BADAN TENAGA NUKLIR NASIONAL**

**TAHUN 2015**

**LEMBAR PENGESAHAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uraian** | **Nama** | **Jabatan** | **Tanda tangan** | **Tanggal** |
| Disiapkan | Irfan Hafid, A.Md. | Kepala UJM | IMG-20161201-WA0003_edit.png | 22/06/2017 |
| Diperiksa | Aswan Edysyah Putra, S. Sip | Kepala BTU | IMG-20161201-WA0004_edit.png | 23/06/2017 |
| Disahkan | Drs. Gunawan, M.Sc | Kepala PSTBM |  |  |

**FORMULIR AMANDEMEN**

1. Jika terjadi ketidaklengkapan, kekeliruan, kesalahan atau ketidakjelasan yang terdapat pada dokumen prosedur ini, maka dilakukan amandemen terhadap dokumen ini setelah dikaji ulang oleh Unit Jaminan Mutu PSTBM.
2. Amandemen dilakukan dengan mencantumkan tanggal, menuliskan bagian halaman yang dikeluarkan, menuliskan bagian halaman yang dimasukkan atau bagian halaman yang ditambahkan serta memberikan alasan perbaikan pada kolom keterangan yang direkam pada tabel berikut :

Tabel Rekaman Amandemen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Tanggal | Bagian - Halaman | | Keterangan | Paraf |
| Dikeluarkan | Dimasukkan |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**DAFTAR DISTRIBUSI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **DISTRIBUSI** | |
| **Jabatan** | **Salinan** |
| 1. | Kepala PSTBM | Copy 1 |
| 2. | Kepala Bagian Tata Usaha | Copy 2 |
| 3. | Kepala Sub Bag. PKDI | Copy 3 |
| 4. | Kepala Sub Bag. Keuangan | Copy 4 |
| 5. | Kepala Sub Bag. Perlengkapan | Copy 5 |
| 6. | Kepala Bidang Sains Bahan Maju | Copy 6 |
| 7. | Kepala BidangTeknologi Berkas Neutron | Copy 7 |
| 8. | Kepala Bidang Keselamatan Kerja Dan Keteknikan | Copy 8 |
| 9. | Kepala Sub Bidang Keselamatan Kerja Dan Proteksi Radiasi | Copy 9 |
| 10. | Kepala Sub Bidang Keteknikan | Copy 10 |
| 11. | Kepala Unit Jaminan Mutu | **MASTER** |

**DAFTAR ISI**

**Halaman Judul ............................................................................................................1**

**Lembar Pengesahan ...................................................................................................2**

**Formulir Amandemen................................................................................................. 3**

**Daftar Distribusi ........................................................................................................ 4**

**Daftar Isi ......................................................................................................................5**

1. Tujuan .........................................................................................................6
2. Ruang Lingkup ............................................................................................6
3. Tanggung Jawab .........................................................................................6
4. Definisi .........................................................................................................6
5. Referensi......................................................................................................8
6. SOP .. ………….. .......................................................................................8
   1. Tahapan Prosedur …………. ......................................................8

6.1.1. Prinsip Penyusunan Dokumen Internal ……… .....................8

6.1.2. Format Dokumen Internal …………………………….. ……..8

6.1.3. Identifikasi Kebutuhan SOP …………………………………..13

6.1.4. Herarki Penyusunan Dan Pengesahan Dokumen ……….. 13

6.1.5. Identifikasi Dan Penomoran Dokumen ……………………. 13

6.1.6. Penerbitan Dokumen ………………………………………. 15

6.1.7. Pemeliharaan ……………………………………………….. 15

6.1.8. Pengubahan ……………………………………………..…. 16

6.1.9. Pemusnahan Dokumen …………………………………… 16

* 1. Diagram Alir SOP ....................................................................... 17

1. Lampiran ...................................................................................................17
2. Rekaman ...................................................................................................40
3. **TUJUAN**

Prosedur ini dibuat untuk mengatur tata cara pengendalian dokumen sistem manajemen PSTBM baik yang dibuat secara *internal* maupun *eksternal* agar sesuai dengan persyaratan Sistem Manajemen Mutu, Sistem Manajemen K3, Sistem Manajemen Laboratorium Uji, KNAPPP dan sesuai pula dengan aturan penyusunan dokumen di BATAN.

1. **RUANG LINGKUP**

Prosedur ini berlaku dan digunakan di lingkungan Pusat Sains dan Teknologi Bahan Maju (PSTBM), dalam hal :

* 1. Pengendalian dokumen *internal* yang meliputi kegiatan penyusunan, pengesahan, pengidentifikasian, penggandaan, penerbitan, pendistribusian, pemeliharaan, penarikan, perubahan atau revisi, dan pemusnahan dokumen.
  2. Pengendalian dokumen *eksternal* yang meliputi pengidentifikasian, pemeliharaan dan pendistribusian dokumen.

1. **TANGGUNG JAWAB**
   1. Kepala PSTBM bertanggungjawab atas pengesahan dan pemusnahan dokumen : Kebijakan dan Sasaran Mutu, Pedoman Mutu Terintegrasi, SOP Administratif Eselon II.
   2. Para Kepala Bidang (Kabid) dan Kepala Bagian (Kabag) bertanggungjawab :
2. Memeriksa kesesuaian dan kebenaran isi serta penetapan pengajuan perubahan dokumen SOP Administratif Eselon II
3. Melakukan pengesahan dan pemusnahan dokumen : SOP Administratif Eselon III dan SOP Teknis Eselon III,
   1. Para Kepala Subbidang/Subbagian (Kasubbid/Kasubbag)/Kepala Kelompok bertanggung jawab :
4. Menyiapkan materi untuk pembuatan SOP Eselon II
5. Memeriksa kesesuaian dan kebenaran isi serta penetapan pengajuan perubahan dokumen SOP Administratif Eselon III dan SOP Teknis Eselon III.
6. Melakukan pengesahan dan pemusnahan dokumen : SOP Administratif Eselon IV dan SOP Teknis Eselon IV.
   1. Kepala Subbagian PKDI bertanggungjawab atas pelaksanaan pemusnahan dokumen;
   2. Kepala Unit Jaminan Mutu bertanggungjawab atas penilaian dokumen, pengidentifikasian, pemeriksaan, pendistribusian, pemeliharaan, pemutakhiran semua dokumen yang akan diterbitkan, penarikan dan penyimpanan dokumen.
7. **DEFINISI**
   1. **Dokumen** adalah informasi (data) yang ada artinya dalam bentuk tulisan, grafik atau lainnya yang berupa cetakan, elektronik atau bentuk lainnya yang digunakan dalam pengelolaan sistem manajemen di PSTBM.
   2. **Distribusi** dokumen adalah penyebaran/pengiriman dokumen kepada orang/pihak tertentu yang berkepentingan dengan dokumen tersebut.
   3. **Dokumen Internal** adalah dokumen yang dimiliki oleh PSTBM untuk mendokumentasikan kegiatan PSTBM dalam rangka penerapan sistem manajemen terpadu. Dokumen internal berupa :

* Pernyataan Kebijakan Mutu dan Sasaran Mutu;
* Pedoman Mutu;
* SOP Administratif;
* SOP Teknis;
* Formulir dan Rekaman.
  1. **Dokumen Eksternal**  merupakan dokumen yang berasal dari luar PSTBM sebagai referensi penerapan SMT, yang berupa standar, pedoman, dan peraturan;
  2. **Standar Operasional Prosedur (SOP)** adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilaksanakan , dimana dan oleh siapa dilakukan.
  3. **SOP Administratif** adalah prosedur standar yang bersifat umum dan tidak rinci dari kegiatan yang dilakukan oleh lebih dari satu orang aparatur atau pelaksana dengan lebih dari satu peran atau jabatan.
  4. **SOP Teknis** adalah prosedur standar yang sangat rinci dari kegiatan yang dilakukan oleh satu orang aparatur atau pelaksana dengan satu peran atau jabatan
  5. **Dokumen Terkendali** adalah dokumen yang didistribusikan kepada personil atau pihak tertentu yang sudah ditentukan dan apabila terjadi perubahan/revisi terhadap dokumen tersebut, maka organisasi berkewajiban memberikan revisi dokumen yang baru dan menarik dokumen yang lama.
  6. **Dokumen Tidak Terkendali** adalah dokumen yang didistribusikan kepada personil atau pihak tertentu yang tidak/belum ditentukan dan apabila terjadi perubahan/revisi terhadap dokumen tersebut maka organisasi tidak berkewajiban memberikan revisi dokumen yang baru dan juga tidak menarik yang lama.
  7. **Rekaman** adalah suatu dokumen yang menyatakan bahwa sesuatu hasil telah dicapai atau suatu bukti kegiatan telah dilaksanakan.
  8. **Pengubahan dokumen** adalah kegiatan amandemen dan revisi;
  9. **Amandemen adalah** pengubahan minor terhadap suatu dokumen;
  10. **R evisi** adalah pengubahan signifikan terhadap suatu dokumen.

1. **REFERENSI**
   1. Peraturan Kepala BATAN Nomor: 16 Tahun 2015 tentang Pedoman Tata Kearsipan Kode Klasifikasi Badan Tenaga Nuklir Nasional (BATAN),
   2. Peraturan Kepala Badan Tenaga Nuklir Nasional Nomor 231/KA/XII/2012 tentang Pedoman Tata Naskah Dinas
   3. Peraturan Kepala BATAN Nomor 132 Tahun 2009 tentang Jadwal Retensi Arsip BATAN.
   4. Peraturan Kepala BATAN Nomor 12 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyusunan dan

Pengendalian Standar Operasional Prosedur

* 1. Peraturan Kepala BATAN Nomor 3 Tahun 2014 tentang Logo dan Penggunaannya
  2. Peraturan Kepala BATAN Nomor 4 Tahun 2014 tentang Cap Dinas BATAN dan penggunaannya
  3. Pedoman Sistem Manajemen Terintegrasi, Nomor PMT 01/KN 09 06/SBM
  4. Peraturan Kepala BATAN No.13 Tahun 2013 tentang tentang Organisasi dan Tata

Kerja Badan Tenaga Nuklir Nasional.

1. **SOP**
   1. **TAHAPAN PROSEDUR**
      1. **Prinsip Penyusunan Dokumen Internal**

Dalam penyusunan dokumen, perlu diperhatikan beberapa hal sebagai berikut :

1. Mudah dimengerti dan dibaca oleh personel yang akan menggunakan dokumen tersebut,
2. Menggunakan kata-kata yang sederhana dan mudah dimengerti oleh penggunanya,
3. Menghindari penggunaan kalimat yang panjang dan kompleks,
4. Menghindari penggunaan kata-kata “baru” yang artinya belum tentu dimengerti
   * 1. Format Dokumen Internal
        1. Format Utama SOP

Format dari suatu SOP berisi antara lain:

1. Tujuan,
2. Ruang Lingkup,
3. Tanggung Jawab,
4. Referensi,
5. Definisi,
6. SOP
7. Lampiran
8. Rekaman,

**Keterangan**

1. **Tujuan,** Isi dari “Tujuan” adalah menjelaskan atau menggambarkan sasaran kerja secara singkat dan jelas dari obyek yang akan dibuat prosedurnya dan pertanyaan yang diperlukan untuk menjawab tujuan dari prosedur dan instruksi kerja adalah “mengapa” dokumen ini diperlukan.
2. **Ruang Lingkup,** Isi dari “Ruang Lingkup” adalah menjelaskan cakupan yang akan dilaksanakan, dan pertanyaan yang diperlukan untuk menjawab isi pada Ruang Lingkup ini adalah:
   * + - 1. Dimanakah prosedur dan instruksi kerja ini diberlakukan,
         2. Siapakah yang akan menggunakan,
         3. Sejauh mana batasan objek dilakukan,
         4. Apakah ada keterkaitan dengan bidang lainnya (*interface*).
3. **Tanggung jawab,** Isi dari “Tanggung Jawab” dan “Pelaksana” adalah penjelasan tentang identifikasi personel yang bertanggungjawab termasuk jabatan sesuai dengan tugas dan tanggungjawabnya atas tercapainya sasaran.
4. **Referensi** adalah daftar pustaka dan/atau peraturan perudang-undangan yang berlaku yang digunakan atau berkaitan dengan penyusunan Dokumen tersebut seperti: spesifikasi, standar atau dokumen lainnya yang diacu oleh manajemen.
5. **Definisi,** Isi dari “Definisi” adalah penjelasan istilah atau kalimat didalam Dokumen yang tidak dimengerti atau istilah yang tidak lazim atau mempunyai arti khusus atau istilah bahasa asing yang sulit dimengerti.
6. **SOP**

SOP dinyatakan dalam bentuk :

* 1. **Tahapan Prosedur,** merupakan serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilaksanakan, dimana dan oleh siapa dilakukan
  2. **Diagram alir SOP**, merupakan gambaran secara grafis yang terdiri dari simbol-simbol dalam suatu proses, yang menyatakan arah dari alur proses. Bila terdapat kegiatan yang tidak dapat dinyatakan dalam simbol maka dapat ditambahkan penjelasan pada kolom keterangan. seperti **Lampiran 7.1. Format Diagram Alir SOP.**

Dalam pembuatan diagram alir SOP memuat unsur berikut :

1. **Dasar hukum**, peraturan perundang-undangan yang mendasari prosedur
2. **Keterkaitan**, memberikan penjelasan keterkaitan SOP dengan SOP lain
3. **Peringatan**, memberikan penjelasan dan indikasi mengenai berbagai kemungkinan dan permasalahan yang terjadi diluar kendali ketika prosedur dilaksanakan (atau tidak dilaksanakan), dan berbagai dampak yang ditimbulkan. Dan dijelaskan pula bagaimana cara mengatasinya. Peringatan ini dapat berisi misalnya: identifikasi risiko terhadap keselamatan, kesehatan, keamanan maupun lingkungan beserta upaya yang dilakukan untuk mengatasinya.
4. **Kualifikasi Pelaksana**, memberikan penjelasan mengenai kualifikasi khusus pegawai yang harus dimiliki dalam melaksanakan peran pada SOP.
5. **Peralatan dan Perlengkapan**, memberikan penjelasan mengenai daftar peralatan dan perlengkapan utama yang dibutuhkan.
6. **Uraian SOP**, menjelaskan langkah-langkah kegiatan secara terinci dan sistematis dari SOP. Agar SOP ini terkait dengan kinerja, maka setiap aktivitas mengindikasikan mutu baku tertentu, seperti: waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan, persyaratan/kelengkapan yang diperlukan (standar input), dan output-nya. Mutu baku ini akan menjadi alat kendali mutu sehingga produk akhirnya (*end product*) dari sebuah proses benar-benar memenuhi kualitas yang diharapkan, sebagaimana ditetapkan dalam standar pelayanan.
7. **Pencatatan dan Pendataan** memuat berbagai hal yang perlu didata dan dicatat oleh setiap pegawai yang berperan dalam pelaksanaan SOP, Dalam kaitan ini, perlu dibuat formulir-formulir tertentu yang akan diisi oleh setiap pegawai yang terlibat dalam proses dan memberikan pengesahan bahwa langkah yang ditanganinya dapat dilanjutkan pada langkah selanjutnya. Pendataan dan pencatatan akan menjadi dokumen yang memberikan informasi penting mengenai "apakah prosedur telah dijalankan dengan benar Apabila dalam SOP tidak disertai pendataan dan pencatatan, maka pada kolom Pencatatan dan Pendataan diberikan keterangan “Tidak Ada”.
8. **Simbol Diagram Alir,** Simbol umum yang digunakan dalam penyusunan SOP BATAN adalah sebagai berikut :

|  |  |
| --- | --- |
|  | TUGAS MULAI/AKHIR PROSES |
|  | PROSES |
|  | PENGAMBILAN KEPUTUSAN |
|  | KONEKTOR UNTUK PERPINDAHAN HALAMAN |
|  | GARIS ALUR PROSES |

1. **Lampiran**

Lampiran dari SOP dan Dokumen Terkait bila diperlukan untuk memperkuat prosedur dan instruksi kerja.

Lampiran dapat berupa :

* Keterangan-keterangan yang diperlukan,
* Gambar, diagram alir yang diperlukan untuk menjelaskan SOP.
* Formulir yang diperlukan untuk merekam kegiatan yang disyaratkan oleh SOP tersebut.

1. **Rekaman**

Memuat daftar rekaman dan tempat penyimpanan rekaman. Format daftar rekaman seperti pada **Lampiran 7.2**

* + - 1. **Format Kelengkapan**

Dokumen internal berupa Pedoman Mutu dan SOP harus dilengkapi dengan format kelengkapan yang terdiri dari :

1. **Sampul depan**, merupakan lembar pertama yang berisi: judul dan nomor dokumen, nama PSTBM, nama dan simbol BATAN dan tahun penyusunan. Format Sampul Depan ini seperti pada **Lampiran 7.3.**
2. **Halaman Pengesahan** (**Lampiran 7.4**)
3. **Halaman Amandemen** (**Lampiran 7.5**)
4. **Lembar Distribusi Dokumen** (**Lampiran 7.6**)
5. **Daftar Isi** (**Lampiran 7.7**)
   * + 1. **Format Header**

Dokumen manajemen PSTBM harus dilengkapi dengan header yang memuat antara lain:

1. Logo BATAN dan nama PSTBM
2. Judul Dokumen
3. Nomor Dokumen
4. Status Revisi menunjukkan urutan revisi. Dokumen yang direvisi agar disesuaikan status nomor revisi sesuai dengan urutan pembuatan revisinya dan disesuaikan pula tanggal pembuatan revisinya
5. Terbitan, menunjukkan urutan terbit Dokumen yang diperbarui setelah di lakukan 5 kali revisi.
6. Nomor dan Jumlah Halaman Dokumen

Format header dapat dtunjukkan seperti pada Lampiran 7.8.

* + - 1. **Format Pengetikan**

Dokumen SOP dibuat dengan kertas ukuran A4 (210mm x 297 mm) warna putih. Jenis dan ukuran font adalah Arial 11 pt. Batas (margin) atas-bawah 20 mm, batas kiri 30 mm dan batas kanan 20 mm. Tata letak dokumen adalah *portrait*, kecuali untuk SOP dapat dibuat dengan tata letak *landscape* dengan batas margin atas, bawah, kiri, kanan 1,27 cm

* + 1. **Identifikasi Kebutuhan dan Penentuan Prioritas SOP**

Penyusunan SOP dimulai dengan identifikasi SOP yang dibutuhkan dan penentuan prioritas sesuai dengan karakteristik kegiatan. Dalam melakukan identifikasi kebutuhan dan penentuan prioritas SOP menggunakan Formulir Identifikasi Kebutuhan SOP, Nomor **FM 001/SOP 001.002/KN.09.06/SBM** seperti pada **Lampiran 7.9.** Tahapan ini juga diperlukan untuk mengkaji ulang perubahan SOP yang sudah ada, terutama jika ada perubahan *business process*.

* + 1. **Herarki Penyusunan Dan Pengesahan Dokumen**

Tanggung jawab pembuatan, pemeriksaan dan pengesahan dokumen sesuai tabel berikut :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis Dokumen** | **Disiapkan Oleh** | **Diperiksa Oleh** | **Disahkan Oleh** |
| 1 | Kebijakan dan Sasaran Mutu | Unit Jaminan Mutu | Kepala Unit Jaminan Mutu dan Eselon III | Kepala PSTBM |
| 2 | Pedoman Mutu | Unit Jaminan Mutu | Kepala Unit Jaminan Mutu dan Eselon III | Kepala PSTBM |
| 3 | SOP Administratif  Eselon II | Eselon IV atau  Tim | Kepala Unit Jaminan Mutu dan Eselon III | Kepala PSTBM |
| 4 | SOP Administratif  Eselon III | Staf | Eselon IV/Kepala Kelompok. | Eselon III |
| 5 | SOP Administratif  Eselon IV | Staf | Staf Lain | Ka.Subbidang/Ka. Subbag/Eselon IV /Penanggung Jawab Alat. |
| 6 | SOP Teknis Eselon III | Staf | Ka.Subbidang/Ka. Subbag/Eselon IV /Penanggung Jawab Alat | Ka. Bid/Ka.Bag/ Eselon III |
| 7 | SOP Teknis Eselon IV | Staf | Staf Lain | Ka.Subbidang/Ka. Subbag/Eselon IV /Penanggung Jawab Alat |

* + 1. **Identifikasi Dan Penomoran Dokumen Internal**

Identifikasi dokumen sistem manajemen terpadu PSTBM mengikuti PERKA BATAN Nomor 12 Tahun 2013, sedangkan Penomoran dokumen sesuai dengan Peraturan Kepala BATAN Nomor 16 Tahun 2015 tentang Pedoman Tata Kearsipan dan Kode Klasifikasi, ditambah dengan kode unik SOP.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nama Dokumen** | **Level Dokumen** | **Tata Penomoran** |
| Pedoman Sistem Manajemen Terintegrasi | 1 | **PMT bb/cc cc cc/SBM** |
| SOP Administrasi | 2 | **SOP aaa.bb/cc cc cc/SBM e.f** |
| SOP Teknis (Instruksi Kerja) | 3 | **SOP aaa.bb/cc cc cc/SBM e.f** |
| Formulir | 4 | **FMyyy/SOP aaa.bb/cc cc cc/SBM e.f** |

**Keterangan :**

PMT : Pedoman Mutu Terpadu

SOP : Kode dokumen SOP

FM : Kode dokumen Formulir

aaa : Nomor urut SOP

bb : Tingkat hirarki dokumen

yyy : Nomor urut Formulir

cc cc cc : Klasifikasi fasilitatif atau klasifikasi substantif

e : Kode Bidang/Bagian

f : Kode Subbidang/Subbagian (jika ada)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Nama Bidang/Bagian//Sub Bidang/Sub. Bag.** | **Kode Bidang** |
| 1. | Bagian Tata Usaha | SBM 1 |
| 2. | Sub Bag. PKDI | SBM 1.1 |
| 3. | Sub Bag. Perlengkapan | SBM 1.2 |
| 4. | Seb Bag. Keuangan | SBM 1.3 |
| 5. | Bidang Sains Bahan Maju | SBM 2 |
| 6. | Bidang Teknologi Berkas Neutron | SBM 3 |
| 7. | Bidang Keselamatan Kerja dan Keteknikan | SBM 4 |
| 8. | Sub Bidang KKPR | SBM 4.1 |
| 9. | Sub Bidang Keteknikan | SBM 4.2 |
| 10. | Unit Jaminan Mutu | SBM 5 |

* + 1. **Penerbitan Dokumen**
       1. Bidang/Subbidang/Subbagian menyiapkan draft dokumen yang diperlukan berdasarkan 6.1.5,
       2. Draft dokumen yang telah disiapkan, diperiksa dan disahkan oleh pejabat yang berwenang berdasarkan 6.1.5,
       3. Dokumen yang telah disahkan diberi cap MASTER dan disimpan oleh Kepala Unit Jaminan Mutu,
       4. Kepala Unit Jaminan Mutu membuat *Master List*/Riwayat atas dokumen baru atau perubahan yang diajukan, baik dokumen internal (Lampiran 7.10 : Daftar Induk Dokumen Internal) maupun dokumen eksternal (Lampiran 7.11 : Daftar Induk Dokumen Eksternal),
       5. Dokumen yang telah dicap MASTER, digandakan dan diberi cap COPY No.: ..... dan TERKENDALI, kemudian didistribusikan sesuai dengan Daftar Distribusi penerima dokumen, sedangkan salinan tidak terkendali diberi cap TIDAK TERKENDALI dan dapat didistribusikan ke pihak-pihak yang berkepentingan dengan tanda bukti penerimaan salinan (Lampiran 7.12 : Bukti Penerimaan Salinan Dokumen),
       6. Status dokumen eksternal diperiksa oleh masing-masing bidang/bagian melalui *website* atau cara lain minimal setiap satu tahun sekali dan memutakhirkan Daftar Induk Dokumen Eksternal.
       7. Kepala Unit Jaminan Mutu bertanggungjawab dalam penerbitan dokumen internal dan selalu diperiksa keabsahan, nomor, revisi dan jumlah halamannya.
    2. **Pemeliharaan Dokumen** 
       1. Kepala Unit Jaminan Mutu secara berkala, minimal satu tahun sekali, mengidentifikasi kesesuaian semua dokumen yang digunakan dalam Daftar Induk termasuk dokumen eksternal.
       2. Apabila ditemukan dokumen yang tidak sesuai dan atau sudah tidak berlaku, maka Kepala Unit Jaminan Mutu menarik dokumen tersebut, memasukkan ke dalam folder TIDAK BERLAKU dan diganti dengan dokumen yang sesuai dan mutakhir (Lampiran 7.13 : Bukti Penarikan Dokumen),
       3. Kepala Unit Jaminan Mutu menyerahkan dokumen yang sudah tidak berlaku ke Subbagian PKDI untuk penyimpanan atau pemusnahan sesuai dengan Jadwal Retensi Arsip BATAN.
    3. **Pengubahan Dokumen**
       1. Bidang/Subbidang/Subbagian/Unit Jaminan Mutu dapat mengusulkan pengubahan terhadap suatu dokumen internal yang diperkirakan mengakibatkan penyimpangan/masalah terhadap kinerja kepada pejabat yang berwenang mengesahkan SOP tersebut
       2. Kepala Unit Jaminan Mutu bersama Bidang/Subbidang/Subbagian pengusul dan pejabat yang berwenang mengesahkan dokumen tersebut membahas dan menetapkan pengubahan dokumen,
       3. Proses pengubahan yang bersifat kecil, dibuat dalam lembar amandemen sesuai Formulir Amandemen (Lampiran 7.5 : Formulir Amandemen), Bagian dokumen yang diamandemen, dicatat dalam tabel rekaman amandemen dan disetujui oleh Pejabat yang berwenang mengesahkan SOP tersebut. Ditetapkan maksimal 5 (lima) amandemen, maka dokumen SOP harus direvisi. Ditetapkan 5 kali revisi maka dokumen SOP harus diubah status revisi dan terbitannya.
       4. Kepala Unit Jaminan Mutu menggandakan hasil amandemen, diberi cap COPY NO.: ..... dan TERKENDALI dan mendistribusikannya sesuai daftar distribusi dokumen untuk disisipkan pada dokumen yang diamandemen.
       5. Proses pengubahan yang bersifat revisi dokumen mengikuti Tahapan Pembuatan Dokumen.
    4. **Pemusnahan Dokumen**
       1. Kepala Unit Jaminan Mutu mengidentifikasi dan mengusulkan pemusnahan dokumen yang tidak berlaku dan disampaikan kepada Kepala Bidang masing-masing melalui memo.
       2. Kepala Unit Jaminan Mutu menyampaikan usulan pemusnahan dokumen yang telah disetujui oleh Kepala Bidang masing-masing kepada Kepala PSTBM.
       3. Atas perintah Kepala PSTBM, Kepala Subbagian PKDI melaksanakan pemusnahan dokumen dan membuat Berita Acara Pemusnahan sesuai dengan Lampiran 7.14 : Formulir Berita Acara Pemusnahan Dokumen dengan melampirkan daftar dokumen yang dimusnahkan.
       4. Pemusnahan dokumen dapat dilakukan dengan cara dibakar, dicacah atau dijadikan bubur kertas, atau cara lain sehingga fisik dan informasinya tidak dapat dikenali lagi,
       5. Dokumen yang dimusnahkan direkam sesuai dengan Lampiran 7.15: Daftar Dokumen yang dimusnahkan.
  1. **DIAGRAM ALIR SOP (Lampiran 7.16)**

1. **LAMPIRAN**
   1. **Format Diagram Alir SOP**
   2. **Format Daftar Rekaman**
   3. **Format Sampul Depan**
   4. **Format Lembar Pengesahan**
   5. **Format Lembar Amandemen**
   6. **Format Lembar Daftar Distribusi**
   7. **Format Daftar Isi**
   8. **Format Header**
   9. **Formulir Identifikasi Kebutuhan SOP**

**No.** FM.001/SOP.001.02/KN 09 06/SBM,

* 1. **Formulir Daftar Induk Dokumen Internal**

**No.** FM.002/SOP.001.02/KN 09 06/SBM

* 1. **Formulir Daftar Induk Dokumen Eksternal**

**No.** FM.003/SOP.001.02/KN 09 06/SBM

* 1. **Formulir Bukti Penerimaan Salinan Dokumen**

**No.** FM.004/SOP.001.02/KN 09 06/SBM

* 1. **Formulir Bukti Penarikan Dokumen**

**No.** FM.005/SOP.001.02/KN 09 06/SBM

* 1. **Formulir Berita Acara Pemusnahan Dokumen**

**No.** FM.006/SOP.001.02/KN 09 06/SBM

* 1. **Formulir Daftar Dokumen Yang Dimusnahkan**

**No.** FM.007/SOP.001.02/KN 09 06/SBM

* 1. **DIAGRAM ALIR SOP Pengendalian Dokumen**

Lampiran 7.1 : Format Diagram Alir SOP



Lampiran 7.2 : Rekaman Dokumen

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nama Rekaman** | **Uraian** | **Lokasi Penyimpanan** | **Masa**  **Penyimpanan** |
|  |  |  |  |  |

Lampiran 7.3 : Format Sampul Depan

|  |
| --- |
| **Standar Operasional Prosedur**  **( Judul SOP )**  **(Nomor SOP)**  Logo Batan OK tulisan kecil  **PUSAT SAINS DAN TEKNOLOGI BAHAN MAJU**  **BADAN TENAGA NUKLIR NASIONAL**  ( TAHUN PENYUSUNAN SOP ) |

**Lampiran 7.4 : Lembar Pengesahan**

LEMBAR PENGESAHAN

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uraian** | **Nama** | **Jabatan** | **Tanda tangan** | **Tanggal** |
| Disiapkan |  |  |  |  |
| Diperiksa |  |  |  |  |
| Disahkan |  |  |  |  |

Lampiran 7.5 : Formulir Amandemen

* 1. Jika terjadi ketidaklengkapan, kekeliruan, kesalahan atau ketidakjelasan yang terdapat pada dokumen prosedur ini, maka dilakukan amandemen terhadap dokumen ini setelah dikaji ulang oleh Jaminan Mutu PTSBM.
  2. Amandemen dilakukan dengan mencantumkan tanggal, menuliskan bagian halaman yang dikeluarkan, menuliskan bagian halaman yang dimasukkan atau bagian halaman yang ditambahkan serta memberikan alasan perbaikan pada kolom keterangan yang direkam pada tabel berikut :

**Tabel Rekaman Amandemen**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Tanggal | Bagian - Halaman | | Keterangan | Paraf |
| Dikeluarkan | Dimasukkan |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Lampiran 7.6 : Lembar Distribusi

Daftar Distribusi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **DISTRIBUSI** | |
| **Jabatan** | **Salinan** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Lampiran 7.7 : Lembar Daftar Isi**

Daftar Isi

Lampiran 7.8 : Header

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Batan OK tulisan kecil | **BADAN TENAGA NUKLIR NASIONAL**  **PUSAT SAINS DAN TEKNOLOGI BAHAN MAJU** | No. (Nomor Dokumen) |
| **(Nama SOP)** | No.Revisi/Terbitan :  …/… |
| Tanggal berlaku : |
| Hal …26 dari … |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Batan OK tulisan kecil | **BADAN TENAGA NUKLIR NASIONAL**  **PUSAT SAINS DAN TEKNOLOGI BAHAN MAJU** | No.(Nomor Formulir) |
| **(Nama Formulir)** | No.revisi : |

**Lampiran 7.9.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Batan OK tulisan kecil | **BADAN TENAGA NUKLIR NASIONAL**  **PUSAT SAINS DAN TEKNOLOGI BAHAN MAJU** | No.FM.001/SOP.001.02/KN 09 06/SBM |
| **Formulir Identifikasi Kebutuhan SOP** | No.revisi : 0 |

**Sub Bagian/Sub Bidang :**………………………………………

**Bagian/ Bidang** **:**………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Judul SOP** | **Keterangan Output** | **Tahun Prioritas** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Dibuat oleh :**…………………………….

**Pada Tanggal :**…………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Batan OK tulisan kecil | **BADAN TENAGA NUKLIR NASIONAL**  **PUSAT SAINS DAN TEKNOLOGI BAHAN MAJU** | No.FM.002/SOP.001.02/KN 09 06/SBM |
| **DAFTAR INDUK DOKUMEN INTERNAL** | No.revisi : 1 |

**Lampiran 7.10.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tanggal** | **Nama Dokumen** | **Nomor Dokumen** | **Nomor Revisi** | **Jumlah Salinan** | **Distribusi** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Dibuat oleh :**…………………………….

**Pada Tanggal :**…………………………….

Lampiran 7.11.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **No.Dokumen** | **Judul Dokumen** | **Status Revisi** | **Tanggal Pengesahan** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Batan OK tulisan kecil | **BADAN TENAGA NUKLIR NASIONAL**  **PUSAT SAINS DAN TEKNOLOGI BAHAN MAJU** | No.FM.003/SOP.001.02/KN 09 06/SBM |
| **DAFTAR INDUK DOKUMEN EXTERNAL** | No.revisi : 1 |

**Dibuat oleh :**…………………………….

**Pada Tanggal :**…………………………….

Lampiran 7.12

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Batan OK tulisan kecil | **BADAN TENAGA NUKLIR NASIONAL**  **PUSAT SAINS DAN TEKNOLOGI BAHAN MAJU** | No.FM.004/SOP.001.02/KN 09 06/SBM |
| **FORMULIR BUKTI PENERIMAAN DOKUMEN** | No.revisi : 1 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nomor : | | Tanggal : | | | |
| Pedoman Mutu | Jumlah : | Nama : | | Copy No. | |
| SOP Administratif | Jumlah : | Nama : | | Copy No. | |
| SOP Teknis | Jumlah : | Nama : | | Copy No. | |
| Formulir | Jumlah : | Nama : | | Copy No. | |
| Dokumen Eksternal | Jumlah : | Nama : | | Copy No. | |
| Dari : | | | | | |
| **Uraian** | | | | | |
|  | | | | | |
| Catatan : | | | Yang menerima  ( ) | | Yang menyerahkan  ( ) |

**Lampiran 7.13.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Batan OK tulisan kecil | **BADAN TENAGA NUKLIR NASIONAL**  **PUSAT SAINS DAN TEKNOLOGI BAHAN MAJU** | No.FM.005/SOP.001.02/KN 09 06/SBM |
| **FORMULIR BUKTI PENARIKAN DOKUMEN** | No.revisi : 1 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nomor : | | | Tanggal | |
| Pedoman Mutu Terpadu | Jumlah : | | Nama : | Copy No. |
| SOP Administratif | Jumlah : | | Nama : | Copy No. |
| SOP Teknis | Jumlah : | | Nama : | Copy No. |
| Formulir | Jumlah : | | Nama : | Copy No. |
| Dokumen Eksternal | Jumlah : | | Nama : | Copy No. |
| Dari : | | | | |
| **Uraian** | | | | |
|  | | | | |
| Catatan : | | Yang menyerahkan  ( ) | | Yang menerima  ( ) |

**Lampiran 7.14.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Batan OK tulisan kecil | **BADAN TENAGA NUKLIR NASIONAL**  **PUSAT SAINS DAN TEKNOLOGI BAHAN MAJU** | No.FM.006/SOP.001.02/KN 09 06/SBM |
| **BERITA ACARA PEMUSNAHAN DOKUMEN** | No.revisi : 1 |

Pada hari ini ………………… tanggal ….. bulan ………………………… Tahun ……… yang bertanda tangan di bawah ini, berdasarkan Jadwal Retensi Dokumen dan berdasarkan penilaian kembali dokumen telah melaksanakan pemusnahan dokumen ………………………………, sejumlah ................ tercantum dalam Daftar Dokumen yang Dimusnahkan/Diserahkan (terlampir) …………… lembar, penghancuran secara total dengan cara …………………………

Saksi – saksi : Kepala Subbagian PKDI,

Ka. SubBid/Bag terkait

Ka. Bidang terkait/Kepala Unit Jaminan Mutu

( ........................................)

NIP.

**Lampiran 7.15**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Batan OK tulisan kecil | **BADAN TENAGA NUKLIR NASIONAL**  **PUSAT SAINS DAN TEKNOLOGI BAHAN MAJU** | No.FM.007/SOP.001.02/KN 09 06/SBM |
| DAFTAR DOKUMEN YANG DIMUSNAHKAN | No.revisi : 1 |

**Nama Sub Bid/Bag.** : ..............................................................................................

**Nama Bidang** : ..............................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **DISKRIPSI DOKUMEN** | **TAHUN** | **JUMLAH** | **KETERANGAN** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Tanggal : |
| Kepala Subbagian PKDI, |
|  |
|  |
|  |
|  |
| NIP. |

**Lampiran 7.16 : DIAGRAM ALIR SOP :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dasar Hukum:** |  | **Kualifikasi Khusus:** |
| * 1. Peraturan Kepala BATAN tentang Pedoman Tata Naskah   Dinas, Tata Kearsipan dan Pedoman Kode Klasifikasi Badan  Tenaga Nuklir Nasional (BATAN), Nomor: 081 Tahun 2009   * 1. Peraturan Kepala BATAN tentang JRA BATAN   2. Peraturan Kepala BATAN Nomor 12 Tahun 2013   3. Peraturan Kepala BATAN Nomor 3 Tahun 2014   4. Peraturan Kepala BATAN Nomor 4 Tahun 2014   5. Pedoman Mutu Terpadu PSTBM, Nomor PMT/01/SBM   6. Peraturan Kepala BATAN No. 14 Tahun 2013 |  | Disesuaikan dengan tindakan perbaikan yang dilakukan |
| Keterkaitan: Tidak ada |  | Peralatan/perlengkapan Khusus: |
|  |  | Komputer |
| Peringatan: Tidak ada |  | Rekaman: |
|  |  | * Judul dan Pengesahan   + Halaman Amandemen   + Lembar Distribusi Dokumen   + Rekaman Dokumen   + Daftar Induk Dokumen Internal   + Daftar Induk Dokumen Eksternal   + Bukti Penerimaan Salinan Dokumen   + Bukti Penarikan Dokumen   + Berita Acara Pemusnahan Dokumen   + Daftar Dokumen yang Dimusnahkan/Diserahkan |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Proses**  **(pembuatan dan penerbitan dokumen)** | **Pelaksana** | | | | **Mutu Baku** | | |
| **Ka sub Bid/Bag** | **Kepala Unit Jaminan Mutu** | **Ka.Bid/ Bag.** | **Kepala PSTBM** | **Kelengkapan/Standar** | | **Waktu** |
| **Input** | **Output** |
| 1 | Bidang/ Subbidang/Subbagian menyiapkan draft dokumen yang diperlukan dengan format yang ditetapkan pada SOP pengendalian dokumen |  |  |  |  | Kebutuhan dokumen | Draf dokumen | 1 Minggu |
| 2 | Draft dokumen yang telah disiapkan, diperiksa dan disahkan oleh pejabat yang berwenang berdasarkan SOP pengendalian dokumen |  |  |  |  | Draf dokumen | Dokumen yang telah di sahkan | 2 jam |
| 3 | Dokumen yang telah disahkan diberi cap MASTER dan disimpan oleh Kepala Unit Jaminan Mutu, |  |  |  |  | Dokumen yang telah disahkan | Dokumen terkendali | 1 Jam |
| 4 | Kepala Unit Jaminan Mutu membuat *Master List*/Riwayat atas dokumen baru atau perubahan yang diajukan, baik dokumen internal maupun dokumen eksternal |  |  |  |  | Formulir | Rekaman | 1 hari |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 | Dokumen yang telah dicap MASTER, digandakan dan diberi cap COPY No.: ..... dan TERKENDALI, kemudian didistribusikan sesuai dengan Daftar Distribusi penerima dokumen, sedangkan salinan tidak terkendali diberi cap TIDAK TERKENDALI dan dapatdidistribusikan ke pihak-pihak yang berkepentingan dengan tanda bukti penerimaan salinan |  |  |  |  | Dokumen terkendali | Dokumen tergandakan | 1 Minggu |
| 6 | Kepala Unit Jaminan Mutu bertanggungjawab dalam penerbitan dokumen internal dan selalu diperiksa keabsahan, nomor, revisi dan jumlah halamannya. |  |  |  |  | Dokumen terbit | Dokumen terbit | 1 tahun |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Proses**  **(pemeliharaan dokumen)** | **Pelaksana** | | | | **Mutu Baku** | | |
| **Sub Bag PKDI** | **Kepala Unit Jaminan Mutu** | **Ka.Bid/ Bag.** | **Kepala PSTBM** | **Kelengkapan/Standar** | | **Waktu** |
| **Input** | **Output** |
| 1 | Kepala Unit Jaminan Mutu secara berkala, minimal satu tahun sekali, mengidentifikasi kesesuaian semua dokumen yang digunakan dalam Daftar Induk termasuk dokumen eksternal. |  |  |  |  |  |  | 1 hari |
| 2 | Apabila ditemukan dokumen yang tidak sesuai dan atau sudah tidak berlaku, maka Kepala Unit Jaminan Mutu menarik dokumen tersebut, memasukkan ke dalam folder TIDAK BERLAKU dan diganti dengan dokumen yang sesuai dan mutakhir |  |  |  |  | Temuan dokumen tidak berlaku | Rekaman penarikan dokumen | 1 minggu |
| 3 | Kepala Unit Jaminan Mutu menyerahkan dokumen yang sudah tidak berlaku ke Subbagian PKDI untuk penyimpanan atau pemusnahan sesuai dengan Jadwal Retensi Arsip BATAN. |  |  |  |  | Dokumen tidak berlaku | Daftar dokumen yang tidak berlaku | 1 hari |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Proses**  **(pengubahan dokumen)** | **Pelaksana** | | | | **Mutu Baku** | | |
| **Ka sub Bid/Bag** | **Kepala Unit Jaminan Mutu** | **Ka.Bid/ Bag.** | **Kepala PSTBM** | **Kelengkapan/Standar** | | **Waktu** |
| **Input** | **Output** |
| 1 | Bidang/Subbidang/Subbagian dapat mengusulkan pengubahan terhadap suatu dokumen internal yang diperkirakan mengakibatkan penyimpangan/masalah terhadap kinerja melalui rapat manajemen PSTBM, |  |  |  |  | Ketidaksesuaian | Usulan perubahan dokumen | 1 jam |
| 2 | Kepala Unit Jaminan Mutu bersama Bidang/Subbidang/Subbagian pengusul membahas dan menetapkan pengubahan dokumen, |  |  |  |  | Usulan perubahan | Perubahan atau tidak perubahan dokumen | 2 jam |
| 3 | Proses pengubahan yang bersifat amandemen, dibuat dalam lembar amandemen sesuai Formulir Amandemen |  |  |  |  | Perubahan dokumen | Rekaman amandemen | 2 jam |
| 4 | Kepala Unit Jaminan Mutu menggandakan hasil amandemen, diberi cap COPY NO.: ..... dan TERKENDALI dan mendistribusikannya sesuai daftar distribusi dokumen untuk disisipkan pada dokumen yang di-amandemen |  |  |  |  | Perubahan dokumen | Dokumen terkendali | 2 hari |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Proses**  **(pemusnahan dokumen)** | **Pelaksana** | | | | **Mutu Baku** | | |
| **Sub Bag PKDI** | **Kepala Unit Jaminan Mutu** | **Ka.Bid/ Bag.** | **Kepala PSTBM** | **Kelengkapan/Standar** | | **Waktu** |
| **Input** | **Output** |
| 1 | Kepala Unit Jaminan Mutu mengidentifikasi dan mengusulkan pemusnahan dokumen yang tidak berlaku dan disampaikan kepada Kepala Bidang masing-masing melalui memo. |  |  |  |  | Usulan pemusnahan dokumen | Daftar dokumen yang akan dimusnahkan | 1 jam |
| 2 | Kepala Unit Jaminan Mutu menyampaikan usulan pemusnahan dokumen yang telah disetujui oleh Kepala Bidang masing-masing kepada Kepala PSTBM. |  |  |  |  | Daftar dokumen yang akan dimusnahkan | Persetujuan atau penolakan | 2 jam |
| 3 | Atas perintah Kepala PSTBM, Kepala Subbagian Tata Usaha melaksanakan pemusnahan dokumen dan membuat Berita Acara Pemusnahan sesuai dengan Lampiran 7.14 : Formulir Berita Acara Pemusnahan Dokumen dengan melampirkan daftar dokumen yang dimusnahkan. Pemusnahan dokumen dapat dilakukan dengan cara dibakar, dicacah atau dijadikan bubur kertas, atau cara lain sehingga fisik dan informasinya tidak dapat dikenali lagi, Dokumen yang dimusnahkan direkam sesuai dengan Lampiran 7.15: Daftar Dokumen yang dimusnahkan |  |  |  |  | Persetujuan pemusnahan dokumen | Berita acara pemusnahan dokumen | 1 hari |

1. **REKAMAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Rekaman** | **Uraian** | **Lokasi Penyimpanan** | **Masa Penyimpanan** |
| 1. | Daftar Induk Dokumen Internal | Master List/Riwayat dokumen internal baru atau perubahan | Unit Jaminan Mutu | 10 tahun |
| 2. | Daftar Induk Dokumen Eksternal | Master List/Riwayat dokumen eksternal | Unit Jaminan Mutu | 10 tahun |
| 3. | Bukti Penerimaan Salinan Dokumen | Distribusi dokumen internal dan eksternal | Unit Jaminan Mutu | 10 tahun |
| 4. | Bukti Penarikan Dokumen | Penarikan dokumen yang sudah tidak berlaku | Unit Jaminan Mutu | 10 tahun |
| 5. | Amandemen | Pengubahan dokumen | Unit Jaminan Mutu | 10 tahun |
| 6. | Berita Acara Pemusnahan Dokumen | Pemusnahan dokumen yang tidak diperlukan atau melebihi masa simpan | Subbagian PKDI | 10 tahun |
| 7. | Daftar Dokumen yang Dimusnahkan/ Diserahkan | Daftar Dokumen yang dimusnahkan/ diserahkan | Subbagian PKDI | 10 tahun |