


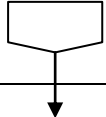
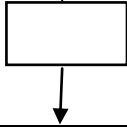
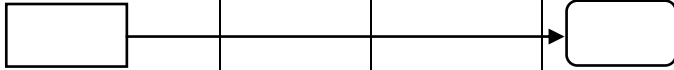
**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

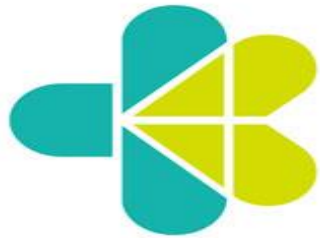
**POLTEKKES KEMENKES PONTIANAK
PUSAT PENJAMINAN MUTU**

<p>Nomor SOP</p> <p>Tanggal Pembuatan</p> <p>Tanggal Revisi</p> <p>Tanggal Efektif</p> <p>Disahkan Oleh</p> <p>Nama SOP</p>	SOP AP/PM/01/2019 - V I
	23 Agustus 2019
	20 Mei 2020
	27 Mei 2020 SOP AP/PM/01/2020– V 2
	<p>Direktur</p>  <p>Didik Nurhidayat, S.Gz, M.Si NIP.197112311992031010</p>
Audit Internal	
Dasar Hukum	Kualifikasi Pelaksanaan
<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : Undang-undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Nomor 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional pendidikan Tinggi Manual Mutu Poltekkes Kemenkes Pontianak Permenkes No. 38 Tahun 2018 tentang Organisasi dan Tata Kerja Politeknik Kesehatan di Lingkungan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Keputusan Direktur Poltekkes Kemenkes Pontianak No. HK.04.03/I.2/16325/2019 Tentang Rencana Strategis Bisnis Poltekkes Kemenkes Pontianak Tahun 2020-2024 	<ol style="list-style-type: none"> Program pelaksanaan Audit Internal
Keterkaitan dengan SOP lain :	Peralatan yang digunakan
SOP Pengendalian Catatan Mutu	<ol style="list-style-type: none"> Formulir Proram Audit Internal

SOP Pengendalian Pelayanan Tidak sesuai	<ul style="list-style-type: none"> 2. Formulir Borang Audit 3. Formulir Laporan Audit Internal 4. Formulir Umpan Balik Audit
Peringatan :	Pencatatan dan Pendaftaran :
<ul style="list-style-type: none"> 1. Apabila SOP ini tidak dijalankan maka proses pendokumentasian tidak terlaksana dengan baik 2. Bias terjadi kehilangan Dokumen 	Formulir-formulir dan Daftar yang telah disiapkan Management Representative

No	AKTIVITAS	PELAKSANAAN				MUTU BAKU			KET
		UNIT PENJAMINAN MUTU	TIM AUDITOR	AUDITOR	DIREKTUR	KELENGKAPAN	WAKTU	OUTPUT	
1.	Menyiapkan program pelaksanaan Audit internal dengan menggunakan formulir Program Audit Internal					Formulir Audit	10 Menit	Berita Acara Pelaksanaan Audit	
2.	Membuat pemberitahuan kepada team auditor internal paling lama satu minggu sebelum audit dilaksanakan dengan mengirimkan copy program audit internal					Surat Pemberitahuan	10 Menit	Pengumpulan Copy Dokumen Audit	
3.	Melaksanakan audit internal berdasarkan boring audit yang telah disiapkan					Surat Pemberitahuan	2 hari	Berita Acara Pelaksanaan Audit	
4.	<p>a. Menentukan langkah-langkah perbaikan dan pencegahan yang diperlukan terhadap setiap ketidaksesuaian yang terjadi di bagiannya.</p> <p>b. Melaksanakan tindakan perbaikan dan pencegahan terhadap setiap ketidaksesuaian yang ditemukan oleh auditor dengan batas waktu perbaikan yang disepakati</p> <p>c. Mencatat dan mendokumentasikan data-data hasilpelaksanaantindakanpencegahandanperbaikan</p>								
5.	Melengkapi formulir CAR dan mengembalikan ke Unit Penjaminan Mutu					Formulir Audit	10 Menit	Pengumpulan Copy Dokumen Audit	

									
6.	Melakukan tinjauan terhadap pelaksanaan dan hasil audit internal dan meminta perbaikan-perbaikan yang di perlukan oleh auditor dengan menggunakan formulir umpan Balik Unit					Formulir Audit	60 Menit	Pengumpulan Copy Dokumen Audit	
7.	Penutupan CAR					Selesai			

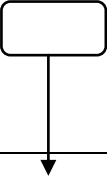
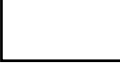
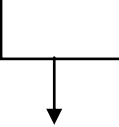

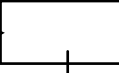
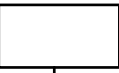

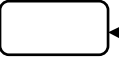



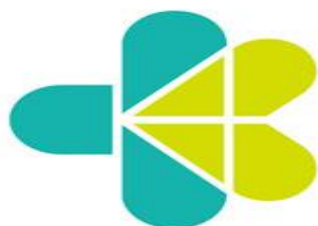
**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

**POLTEKKES KEMENKES PONTIANAK
PUSAT PENJAMINAN MUTU**

 <p>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</p> <p>POLTEKKES KEMENKES PONTIANAK PUSAT PENJAMINAN MUTU</p>	Nomor SOP	SOP AP/PM/02/2019 - V I
	Tanggal Pembuatan	23 Agustus 2019
	Tanggal Revisi	20 Mei 2020
	Tanggal Efektif	27 Mei 2020 SOP AP/PM/02/2020– V 2
	Disahkan Oleh	<p>Direktur</p>  <p>Didik Hariyadi, S.Gz, M.Si NIP.197112311992031010</p>
	Nama SOP	Pengendalian Catatan Mutu
Dasar Hukum	Kualifikasi Pelaksanaan	
<ol style="list-style-type: none">1. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : Undang-undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi3. Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Nomor 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi4. Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional pendidikan Tinggi5. Manual Mutu Poltekkes Kemenkes Pontianak6. Permenkes No. 38 Tahun 2018 tentang Organisasi dan Tata Kerja Politeknik Kesehatan di Lingkungan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan7. Keputusan Direktur Poltekkes Kemenkes Pontianak No. HK.04.03/I.2/16325/2019 Tentang Rencana Strategis Bisnis Poltekkes Kemenkes Pontianak Tahun 2020-2024	<ol style="list-style-type: none">1. Pengendalian catatan mutu2. Validitas catatan mutu	


Keterkaitan dengan SOP lain :	Peralatan yang digunakan
SOP Audit Internal SOP Pengendalian Pelayanan tidak sesuai	1. Tabel Catatan Mutu dan Batas Retensi
Peringatan :	Pencatatan dan Pendaftaran :
1. Apabila SOP ini tidak dijalankan maka proses pendokumentasian tidak terlaksana dengan baik	Disimpan pada masing-masing Unit Kerja/Bagian terkait

No	AKTIVITAS	PELAKSANAAN				MUTU BAKU			KET.
		Setiap Unit Kerja	Kepala Bagian	Unit Penjamian Mutu dan Dokumen Kontrol (Arsiparis)	DIREKTUR	KELENGKAPAN	WAKTU	OUTPUT	
1.	Menyerahkan catatan-catatan mutu hasil penerapan system manajemen mutu (Prosedur Mutu, IK dan Rencana Mutu) ke Management Represetatuv untuk pemberian kode					Catatan mutu yang diajukan	1 hari	Pemberian Kode Dokumen	
2.	Mengelompokkan catatan mutu, memberikan batas retensi dan kode penyimpanan pada setiap kelompok, sehingga memudahkan dalam penggunaan dan penanganannya					Catatan mutu yang diajukan	1 hari	Mengelompokkan Dokumen	
3.	Pusat pengendali dokumen menyerahkan dokumen ke Direktur untuk meminta batas Retensi					Dokumen yang diajukan	15 Menit	Direktur menerima dokumen	
4.	Direktur menyerahkan dokumen ke Pusat Pengendali Dokumen untuk diidentifikasi, didistribusi dan didokumentasikan					Catatan mutu yang diajukan	15 Menit	Pendokumentasian Dokumen	
5.	Pusat Pengendali Dokumen mengembalikan dokumen ke Unit Kerja					Catatan mutu yang Diajukan	1 Hari	Pendistribusi an dan arsip dokumen	

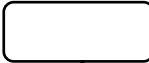


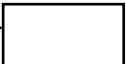
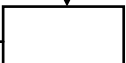
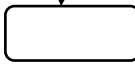


**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

**POLTEKES KEMENKES PONTIANAK
PUSAT PENJAMINAN MUTU**

Nomor SOP	SOP AP/PM/03/2019 - V I
Tanggal Pembuatan	23 Agustus 2019
Tanggal Revisi	20 Mei 2020
Tanggal Efektif	27 Mei 2020 SOP AP/PM/03/2020- V 2
Disahkan Oleh	<p>Direktur</p>  <p>Didik Hariyanto, S.tsz, M.Si NIP.197112311992031010</p>
Nama SOP	Pengendalian Pelayanan Tidak Sesuai
Dasar Hukum	Kualifikasi Pelaksanaan
<ol style="list-style-type: none">1. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan2. KePutusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : Undang-undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi3. Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Nomor 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi4. Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2015 tentang Stnadar Nasional pendidikan Tinggi5. Manual Mutu Poltekkes Kemenkes Pontianak6. Permenkes No. 38 Tahun 2018 tentang Organisasi dan Tata Kerja Politeknik Kesehatan di Lingkungan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan7. Keputusan Direktur Poltekkes Kemenkes Pontianak No. HK.04.03/I.2/16325/2019 Tentang Rencana Strategis Bisnis Poltekkes Kemenkes Pontianak Tahun 2020-2024	Memberikan panduan dalam pengendalian pelayanan dan Produk yang tidak sesuai
Keterkaitan dengan SOP lain :	Peralatan yang digunakan

SOP Audit Internal SOP Pengendalian Catatan Mutu	1. Dokumen atau Arsip yang diajukan
Peringatan :	Pencatatan dan Pendaftaran :
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apabila SOP ini tidak dijalankan maka pelayanan yang diberikan atau produk/lulusan yang dihasilkan akan tidak sesuai, maka akan merugikan berbagai pihak terutama terhadap pelanggan 2. Bias terjadi kehilangan dokumen 	Disimpan pada masing-masing Unit Kerja/Bagian terkait

No	AKTIVITAS	PELAKSANAAN			MUTU BAKU			KET.
		Pimpinan Departemen /KetiaJurusan/ Ketua Prodi	ADUM/ ADAK/Ka. Unit/ Ka. Ur	Bagian Terk ait	KELENGKAPAN	WAKTU	OUTPUT	
1.	Mengidentifikasi pelayanan yang tidak sesuai berdasarkan hasil pengukuran dan pemantauan pelayan dan mencatat ketidaksesuain pelayanan dalam formulir Non Conformance Report				Dokumen Atau Arsip yang Diajukan	30 Menit	Laporan Identifikasi	
2.	Meneruskan formulir ketidaksesuaian pelayanan kepada ADUM/ADAK/Ka. Unit/ Ka. Ur terkait untuk ditindaklanjuti				Dokumen atau Arsip yang diajukan	30 Menit	Form Laporan	
3.	Melakukan tinjauan terhadap setiap ketidaksesuaian pelayanan. Bila ketidak sesuaian pelayanan. Bila ketidaksesuaian di luar kewenangan, ADUM/ADAK/Ka. Unit/ KA. Ur Mengadakan meeting dengan pihak-pihak terkait yang relevan				Dokumen atau arsip yang diajukan	30 menit	Form Laporan Identifikasi	
4.	Mastikan pemeriksaan ulang oleh ADUM/ADAK/Ka. Unit/ KA. Ur terkait telah dilakukan terhadap ketidaksesuaian-ketidaksesuaian yang mengalami perbaikan				Dokumen atau Arsip yang diajukan	2 Jam	Identifikasi hasil tujuan	
5.	Menganalisis sebab-sebab masalah timbulnya ketidaksesuaian pelayanan dan menuangkan dalam formulir dan melakukan penanganan terhadap masalah yang menimbulkan ketidaksesuaian pelayanan				Dokumen atau arsip yang diajukan	1 Jam	Laporan Hasil Identifikasi	
6.	Melaporkan Hasil Identifikasi ke Pimpinan unit dilakukan tindakan lanjut.				Hasil Form Identifikasi	1 Jam	Tindak Lanjut dan Pendokumentasian	

