


	Judul Prosedur	:	Pengendalian Dokumen
	Nomor	:	SOP-03-04
	Revisi	:	03
	Halaman	:	1 dari 9
	Tanggal	:	20 Agustus 2025

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
PENGENDALIAN DOKUMEN
SISTEM MANAJEMEN MUTU
ISO 9001 : 2015

MULAI BERLAKU TANGGAL : 20 Agustus 2025

Penanggung Jawab		
Ditetapkan Oleh Rektor	Diperiksa Oleh Ketua LPM	Dibuat Oleh LPMI
 Prof. Dr. Hj. Evi Hasnita, S.Pd, Ns, M.Kes	 Dr. Febriyeni, S.Sit, M.Biomed	 Dr. Febriyeni, S.Sit, M.Biomed

Prosedur ini Milik Universitas Fort De Kock dan dilarang menggandakan selain atas ijin Mutu Internal

	Judul Prosedur	:	Pengendalian Dokumen
	Nomor	:	SOP-03-04
	Revisi	:	03
	Halaman		2 dari 9
	Tanggal	:	20 Agustus 2025

1. Tujuan

Prosedur ini disusun sebagai pedoman dalam pengendalian semua dokumen internal dan eksternal di Universitas Fort de Kock Bukittinggi.

2. Definisi

- 2.1 Pengendalian dokumen ini adalah kegiatan yang berisi memonitor semua jenis dokumen mutu yang adadi Universitas Fort de Kock Bukittinggi.
- 2.2 Dokumen Induk Eksternal berisi peraturan perundangan yang berlaku dan diterbitkan oleh pihak/instansi di luar organisasi
- 2.3 Dokumen Induk Internal berisi ketentuan/prosedur yang diterbitkan oleh pihak internal organisasi

3. Ruang Lingkup

Prosedure ini meliputi penyusunan, pengesahan, pendistribusian hingga penarikan kembali semua dokumen kadaluwarsa yang ada di Universitas Fort de Kock Bukittinggi.


4. Referensi

- 4.1 Persyaratan SMM ISO 9001:2015 Klausul 7.5
- 4.2 Standar Mutu
- 4.3 Kebijakan Mutu

5. PERSYARATAN

5.1 Penggunaan Stempel

1. Seluruh dokumen yang dibutuhkan untuk melakukan verifikasi mutu terhadap kegiatan-kegiatan yang saling berhubungan harus dikendalikan dan diperlakukan sebagai bukti bahwa telah dilakukan sistem mutu yang efisien dan efektif.
2. Dokumen-dokumen seperti Manual Mutu, Prosedur Mutu, dan Instruksi Kerja serta dokumen yang berasal dari luar dirasa perlu dikendalikan dengan menggunakan cap/stempel.
 - a. **"MASTER / ASLI"** dengan tulisan berhuruf warna BIRU untuk dokumen mutu yang asli / original
 - b. **"COPY TERKENDALI"** dengan tulisan berhuruf warna BIRU untuk dokumen mutu yang dikendalikan;
 - c. **"COPY TIDAK TERKENDALI"** dengan tulisan warna MERAH untuk dokumen mutu yang tidak dikendalikan;
 - d. **"KADALUWARSA "** dengan tulisan warna BIRU untuk dokumen mutu yang tidak berlaku lagi/dokumen usang;
 - e. **"SALINAN NO."** dengan tulisan warna BIRU untuk dokumen mutu yang terkendali dan didistribusikan ke unit terkait.
3. Ketua UPMI harus membuat dan memelihara Daftar Induk Dokumen pada Formulir Dokumen Internal maupun Formulir Daftar Induk Dokumen Eksternal untuk

	Judul Prosedur	:	Pengendalian Dokumen
	Nomor	:	SOP-03-04
	Revisi	:	03
	Halaman		3 dari 9
	Tanggal	:	20 Agustus 2025

menghindarkan penggunaan dokumen yang tidak sah atau dokumen tidak berlaku lagi (dokumen usang).

4. Jenis dokumen dalam Sistem Manajemen Mutu yang dikendalikan dikategorikan dalam struktur dokumen:

- LEVEL I / BUKU I : Pedoman Mutu
- LEVEL II / BUKU II : Standar Operasional Prosedur dan Dokumen Acuan Eksternal
- LEVEL III / BUKU III : Instruksi Kerja dan dokumen sejenisnya
- LEVEL IV / BUKU IV : Formulir / Rekaman


Struktur dokumen ini semata-mata untuk kepentingan internal perusahaan untuk penentuan tanggung jawab dan kewenangan approval dokumen dan skala pemakaian serta pengendaliannya.

5.2 Identifikasi Dokumen :

- 5.2.1 Pedoman Mutu
 - FDK-PM-ZZ
- 5.2.2 Standar Mutu
 - FDK-STM-ZZ
- 5.2.3 Sasaran Mutu
 - FDK-SM-ZZ
- 5.2.4 Prosedur
 - XX-SOP-ZZ
- 5.2.5 Instruksi Kerja
 - XX-YY/IK-ZZ
- 5.2.6 Form
 - XX-YY/FR-ZZ

Keterangan :

- FDK : Fort De Kock
- PM : Pedoman Mutu
- STM : Standar Mutu
- SM : Sasaran Mutu
- SOP : Standar Operasional Prosedur
- IK : Instruksi Kerja
- FR : Formulir / Rekaman
- YY : SOP atau IK terkaitnya
- ZZ : Nomor Urut Dokumen
- XX : Kode Bagian / Unit

	Judul Prosedur	:	Pengendalian Dokumen
	Nomor	:	SOP-03-04
	Revisi	:	03
	Halaman		4 dari 9
	Tanggal	:	20 Agustus 2025


Nama Bagian	Kode Bagian / Unit
Penjamin Mutu Internal	SPM
Akademik	AKD
Kemahasiswaan	MHS
Tata Usaha	TU
Keuangan	KEU
Kepegawaian	Kepeg
Carrier Center	CC
Teknologi Informasi	IT
Klinik	Klinik
Manajemen	MM
Laboratorium Bahasa	LAB BHS
Laboratorium	LAB
Penelitian & Pengembangan	Litbang
Perpustakaan	Pustaka
Praktek Lapangan	PL
Riset	RISET
Sarana Prasarana	SARPRAS
Senat	SENAT
Komite Etik	KE
Inovasi	Inovasi

- 5.2.7 Status revisi dokumen dikenali melalui nomor revisi dan atau tanggal pengesahan / berlaku dokumen.
- 5.2.8 Daftar Induk Dokumen merincikan identitas dokumen dan status revisi dokumen.
- 5.2.9 Dokumen baru yang diterbitkan harus dicatat dalam Daftar Induk Dokumen setelah mendapat pengesahan dari pihak yang berwenang.
- 5.2.10 Setiap perubahan (revisi) dokumen juga berarti memperbaharui (update) status revisi pada Daftar Induk Dokumen.
- 5.2.11 Salinan dokumen dikendalikan dengan memberikan kodefikasi Salinan melalui Stempel "**SALINAN NO.**", dan di nomori dengan pembagian sebagai berikut :



Judul Prosedur	:	Pengendalian Dokumen
Nomor	:	SOP-03-04
Revisi	:	03
Halaman		5 dari 9
Tanggal	:	20 Agustus 2025

No.	Bagian / Unit	Nomor Salinan
1	Ketua Yayasan	01
2	Ketua STIKes Fort De Kock	02
3	Senat	03
4	Akademik	04
5	Kemahasiswaan	05
6	Tata Usaha	06
7	Keuangan	07
8	Kepegawaian	08
9	Carrier Center	09
10	Teknologi Informasi	10
11	Klinik	11
12	Laboratorium Bahasa	12
13	Laboratorium	13
14	Penelitian & Pengembangan	14
15	Perpustakaan	15
16	Praktek Lapangan	16
17	Riset	17
18	Sarana Prasarana	18
19	Prodi Sarjana Kesehatan Masyarakat	19
20	Prodi Sarjana Keperawatan	20
21	Profesi NERS	21
22	Prodi DIII Kebidanan	22
23	Prodi DIV Kebidanan	23
24	Prodi DIII Fisioterapi	24
25	Magister Kesehatan Masyarakat	25


	Judul Prosedur	:	Pengendalian Dokumen
	Nomor	:	SOP-03-04
	Revisi	:	03
	Halaman		6 dari 9
	Tanggal	:	20 Agustus 2025

5.3 Pengendalian Dokumen Internal

- 5.3.1 Dokumen Internal yang harus dikendalikan dengan menggunakan cap "TERKENDALI" untuk yang salinan, dan menggunakan cap "MASTER/ASLI" untuk dokumen yang asli, meliputi:
- Pedoman Mutu
 - Standar Operasional Prosedur
 - Instruksi Kerja
 - Formulir
- 5.3.2 Ketua UPMI harus memeriksa Manual Mutu, Prosedur Mutu, Instruksi Kerja, dan Formulir untuk memastikan bahwa keseluruhannya masih berlaku.
- 5.3.3 Setiap perubahan atau penambahan terhadap dokumen merupakan tanggung jawab Ketua UPMI.
- 5.3.4 Master dokumen yang tidak berlaku (kadaluarsa) disimpan oleh Ketua UPMI, sedangkan semua salinannya dimusnahkan untuk menghindari penggunaannya.
- 5.3.5 Dokumen Internal dalam bentuk soft file (elektronik), disimpan di masing-masing bagian dan di back-up minimal 1 kali dalam setahun di bagian IT.
- 5.3.6 Dokumen hard file dan dokumen soft file dikendalikan dalam daftar dokumen internal.
- 5.3.7 Penomoran revisi dimulai dari 00, jika ada revisi terhadap dokumen mutu, maka mengikuti nomor urut 01 untuk revisi yang pertama, revisi 02 untuk revisi yang kedua dan seterusnya
- 5.3.8 Penandatanganan dokumen dilakukan oleh penyusun yaitu Koord. Bagian atau Kepala Bagian, pemeriksa UPMI dan disahkan oleh Ketua STIKES Fort de Kock Bukittinggi

5.4 Pengendalian Dokumen Eksternal

- 5.4.1 Dokumen eksternal yang harus dikendalikan dengan menggunakan cap "TERKENDALI" meliputi:
- Undang-Undang terkait penyelenggaraan Pendidikan Tinggi
 - Peraturan-Peraturan terkait dengan Koordinasi Perguruan Tinggi Swasta (KOPERTIS)
 - Undang-Undang Terkait Perpajakan
 - Buku-Buku Acuan Pelaksanaan Perguruan Tinggi Lainnya
- 5.4.2 Dokumen eksternal yang digunakan dicatat dalam Daftar Induk Dokumen Eksternal dan ditandatangani oleh Ketua UPMI
- 5.4.3 Dokumen eksternal dalam bentuk soft file (elektronik) disimpan di masing-masing bagian dan di back-up minimal 1 kali dalam setahun di bagian IT.
- 5.4.4 Dokumen hard file dan dokumen soft file dikendalikan dalam daftar dokumen eksternal.


	Judul Prosedur	:	Pengendalian Dokumen
	Nomor	:	SOP-03-04
	Revisi	:	03
	Halaman		7 dari 9
	Tanggal	:	20 Agustus 2025

5.5 Pengendalian Dokumen Kadaluausa

- 5.5.1 Dokumen yang telah mengalami revisi, dokumen lamanya disebut dokumen kadaluarsa
- 5.5.2 Dokumen yang dihapus atau dikurangi dari system / tidak terpakai juga disebut dokumen kadaluarsa.
- 5.5.3 Dokumen kadaluarsa dikendalikan dengan menggunakan cap/stempel “Kadaluarsa” pada bagian depan dokumen.
- 5.5.4 Dokumen kadaluarsa disimpan didalam sebuah file box dan diberi tanda “Dokumen Kadaluarsa”, serta diberikan kode bagian yang terkait.
- 5.5.5 Dokumen kadaluarsa disimpan sampai dengan adanya kembali revisi dokumen selanjutnya. Sebagai ilustrasi yaitu; jika ada dokumen revisi 01, maka dokumen rev.00 disebut sebagai dokumen kadaluarsa dan disimpan sampai dengan dokumen yang sama mengalami revisi 02. Ketika sudah ada dokumen yang sama revisi 02, maka dokumen revisi 00 dapat dimusnahkan dan dokumen revisi 01 dapat disimpan sampai seperti itu seterusnya.
- 5.5.6 Dokumen kadaluarsa yang dimusnahkan dikendalikan dengan menggunakan “Berita Acara Pemusnahan Dokumen”.

6 Rincian Prosedur

No	Aktivitas	Pelaksana	Penanggung jawab	Rekaman Mutu
A	Penyusunan Dokumen			
1.	Mengidentifikasi kebutuhan dokumen internal dan eksternal yang digunakan sebagai acuan.	Rektor, Ka.SPMI	Ka.LPMI	Daftar identifikasi
2.	Menyusun draf dokumen internal (SOP/IK/Form)	Ka.LPMI	Ka.LPMI	Buku dokumen Internal
3.	Memeriksa draf dokumen	Ka.LPMI	Ka.LPMI	Form Dokumen
4.	Apabila tidak disetujui kembali ke proses no. 1	Rektor, Ketua SPMI	Ka.LPMI	LKS (lembar ketidaksesuaian)
4.	Mengesahkan dokumen internal	Rektor	Ka.LPMI	Halaman pengesahan
5.	Menetapkan Daftar Induk Dokumen Eksternal dan Daftar Induk Dokumen Internal	Ka.LPMI	Ka.LPMI	Daftar Induk Dokumen Eksternal dan Daftar Induk Dokumen Internal
6.	Menggandakan dokumen internal	TU	Ka.LPMI	Dokumen Internal
7.	Memberikan stempel pada dokumen internal dan memberikan nomor sesuai	Ka.LPMI	Ka.LPMI	Status Dokumen (Master/Copy)

	Judul Prosedur	:	Pengendalian Dokumen
	Nomor	:	SOP-03-04
	Revisi	:	03
	Halaman		8 dari 9
	Tanggal	:	20 Agustus 2025

	dengan nomor distribusi			
8	Mendistribusikan kepada unit terkait	Ka.LPMI	Ka.LPMI	Daftar distribusi dokumen
B	Revisi/Penambahan Dokumen			-
9.	Menerima usulan revisi/penambahan dokumen dari unit terkait	Ka.LPMI	Ka.LPMI	Surat pengajuan usulan revisi
10.	Melakukan analisis dokumen sesuai kebijakan yang ada	REKTOR, WAREK 1, SPMI	Ka.LPMI	Catatan ajian analisis
11.	Merevisi dokumen	Ka.LPMI	Ka.LPMI	Dokumen baru
12.	Menulis kolom Nomor revisi dokumen pada kotak identitas	Ka.LPMI	Ka.LPMI	Daftar nomor dokumen
13.	Mengesahkan dokumen internal	Rektor	Ka.LPMI	Halaman pengesahan
14.	Menggandakan dokumen internal	TU	Ka.LPMI	Dokumen revisi/penambahan
15.	Memberikan stempel pada dokumen internal dan memberikan nomor sesuai dengan nomor distribusi	Ka.LPMI	Ka.LPMI	Status dokumen
16.	Menarik dokumen lama dan memberi stempel kadaluarsa dokumen	Ka.LPMI	Ka.LPMI	Dokumen lama
17.	Membuat berita acara revisi, dan penarikan	Ka.LPMI	Ka.LPMI	Berita acara penarikan

7 REKAMAN MUTU

- 7.1 Daftar identifikasi kebutuhan
- 7.2 Daftar induk dokumen internal
- 7.3 Daftar nomor dokumen eksternal
- 7.4 Daftar distribusi dokumen
- 7.5 SK Pengesahan Pembuatan dokumen/Halaman pengesahan
- 7.6 Lembar revisi/penambahan dokumen
- 7.7 Surat pengajuan usulan revisi
- 7.8 Catatan kajian analisis
- 7.9 SK Pengesahan Revisi Dokumen/Halaman pengesahan
- 7.10 Berita acara penarikan
- 7.11 Berita Acara Pemusnahan Dokumen



Judul Prosedur	:	Pengendalian Dokumen
Nomor	:	SOP-03-04
Revisi	:	03
Halaman	:	9 dari 9
Tanggal	:	20 Agustus 2025

8 ALUR PROSEDUR

