



PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Jendral Sudirman No. 181 Telp. (0283) 671431 Fax. 671095
Brebes 52212, E-mail : rsud.brebes@yahoo.co.id

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES

NOMOR: 445 / 0099 / 2022

TENTANG

**PENENTUAN FORMAT / TATA NASKAH DAN PENOMORAN (KEBIJAKAN, PEDOMAN,
PANDUAN, DAN SPO) AKREDITASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES**
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES,

- Menimbang : a. bahwa untuk mendukung terwujudnya pendokumentasian dokumen yang tertata dan sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit maka perlu ditetapkan kebijakan penentuan format / tata naskah (kebijakan, pedoman, panduan, dan spo) akreditasi.
- b. bahwa untuk melaksanakan kegiatan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu ditetapkan Keputusan Direktur tentang penentuan format / tata naskah (kebijakan, pedoman, panduan, dan spo) akreditasi di Rumah Sakit Umum Daerah Brebes.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42) ;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) ;
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) ;
4. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494) ;

5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang – Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang – Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679) ;
6. Peraturan Daerah Kabupaten Brebes Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Brebes (Lembaran Daerah Kabupaten Brebes Tahun 2016 Nomor 5) ;
7. Peraturan Bupati Brebes Nomor 019 Tahun 2014 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Uraian Tugas Jabatan Struktural Rumah Sakit Umum Daerah Brebes ;
8. Peraturan Bupati Brebes Nomor 002 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Tugas Pejabat Struktural di Lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah, Badan Penanggulangan Bencana Daerah, Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik, Badan Narkotika Kabupaten Brebes, Unit Pelaksana Teknis dan Sekretariat KORPRI Kabupaten Brebes ;

M E M U T U S K A N

- Menetapkan :
- Kesatu : Keputusan Direktur tentang penentuan format / tata naskah (kebijakan, pedoman, panduan, dan spo) akreditasi di Rumah Sakit Umum Daerah Brebes.
- Kedua : Keputusan penentuan format / tata naskah (kebijakan, pedoman, panduan, dan spo) akreditasi di Rumah Sakit Umum Daerah Brebes sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.

Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Brebes
Pada tanggal : 15 Januari 2022

DIREKTUR RSUD BREBES



Dr. dr. RASIPIN, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP 19681125 200212 1 002

Lampiran : Peraturan Direktur RSUD Brebes
Nomor : 445 / 0099 / 2022
Tanggal : 15 Januari 2022

PENENTUAN FORMAT / TATA NASKAH DAN PENOMORAN (KEBIJAKAN, PEDOMAN, PANDUAN, DAN SPO) AKREDITASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES

1. Ketentuan Umum

- a. Dokumen Arsip adalah naskah – naskah yang dibuat dan diterima oleh lembaga-lembaga dan atau badan – badan pemerintah, Satuan Kerja Perangkat Daerah, Bagian / Bidang / Unit / Instalasi dalam bentuk dan corak apapun dalam keadaan tunggal maupun berkelompok dalam rangka pelaksanaan kegiatan pemerintah.
- b. Kebijakan Rumah Sakit adalah Penetapan Direktur / Pimpinan Rumah Sakit pada tataran strategis atau bersifat garis besar yang mengikat.
- c. Pedoman / Panduan adalah ketentuan dasar yang memberi arah dalam menentukan atau melaksanakan kegiatan.
- d. Pola klasifikasi penomoran dokumen adalah merupakan klasifikasi penomoran dokumen berdasarkan substansi dan mencerminkan tugas pokok dan fungsi dan kegiatan dari semua Bidang, Bagian, Unit dan instalasi di Rumah Sakit Umum Daerah Brebes.
- e. Kode adalah alat untuk mengenal isi dan substansi masalah yang terkandung dalam dokumen dan sebagai penentu letak arsip / dokumen disimpan.

2. Klasifikasi Dokumen Regulasi

Dokumen regulasi di Rumah Sakit, dapat dibedakan menjadi:

1). Regulasi pelayanan Rumah Sakit, yang terdiri dari:

- Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit
- Pedoman / Panduan Pelayanan Rumah Sakit
- Standar Prosedur Operasional (SPO)
- Rencana jangka panjang (Renstra, Rencana strategi bisnis, bisnis plan, dan lain-lain)
- Rencana kerja tahunan (RKA, RBA atau lainnya)

2). Regulasi di unit kerja Rumah Sakit yang terdiri dari:

- Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit
- Pedoman / Panduan Pelayanan Rumah Sakit
- Standar Prosedur Operasional (SPO)
- Program (Rencana kerja tahunan unit kerja)

Kebijakan dan pedoman dapat ditetapkan berdasarkan keputusan atau peraturan Direktur sesuai dengan panduan tata naskah di masing – masing Rumah Sakit.

Dokumen sebagai bukti pelaksanaan, terdiri dari:

- Bukti tertulis kegiatan / rekam kegiatan
- Dokumen pendukung lainnya : misalnya Ijazah, sertifikat pelatihan, sertifikat perijinan, kaliberasi, dan lain-lain.

Kebijakan, pedoman / panduan, dan prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan, dimana kebijakan merupakan regulasi yang tertinggi di Rumah Sakit, kemudian diikuti dengan pedoman / panduan dan kemudian prosedur (Standar Prosedur Operasional). Karena itu untuk menyusun pedoman / panduan harus mengacu pada kebijakan - kebijakan yang sudah dikeluarkan oleh Rumah Sakit, sedangkan untuk menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) harus berdasarkan kebijakan dan pedoman / panduan.

Program kerja Rumah Sakit dimulai dengan rencana strategi (renstra) untuk selama 5 tahun, yang dijabarkan dalam rencana kerja tahunan (misalnya RKA, RBA atau lainnya). Program kerja termasuk dalam regulasi karena memiliki sifat pengaturan dalam rencana kegiatan beserta anggarannya. Oleh karena itu program kerja selalu dijadikan acuan pada saat dilakukan evaluasi kinerja.

2.1. Kebijakan

Kebijakan Rumah Sakit adalah penetapan Direktur / Pimpinan Rumah Sakit pada tataran strategis atau bersifat garis besar yang mengikat.

Karena kebijakan bersifat garis besar maka untuk penerapan kebijakan tersebut perlu disusun pedoman / panduan dan prosedur sehingga ada kejelasan langkah - langkah untuk melaksanakan kebijakan tersebut.

Kebijakan ditetapkan dengan peraturan atau keputusan Direktur / Pimpinan Rumah Sakit. Kebijakan dapat dituangkan dalam pasal - pasal di dalam peraturan / keputusan tersebut, atau merupakan lampiran dari peraturan / keputusan.

Ketentuan Format / Tata Naskah Untuk Kebijakan :

1. Page Layout :

- Kertas F4
- Costum size kertas legal (width 21.59 cm dan height 33 cm)
- Margin (Top = 1.5 cm, Bottom = 1.5 cm, Left = 1.5 cm, Right = 1.5 cm)
- Jenis tulisan bookman old style
- Ukuran tulisan 12
- Spasi 1.5

2. Kop / Kepala surat logo Pemerintah Daerah di sebelah kiri atas, identitas rumah sakit paling atas ukuran 16 pada penulisan PEMERINTAH KABUPATEN BREBES, di bagian tengah (tulisan di **bold**) ukuran 18 pada penulisan RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES, untuk penulisan alamat ukuran tulisan 12 dengan menggunakan Bookman old Style.

3. Dokumen pengesahan untuk kebijakan terdapat Kota penetapan dokumen (Brebes) dan tanggal diterbitkan dokumen, kemudian mengetahui (Direktur RSUD Brebes), Nama Direktur (huruf besar dan ditebalkan), Pangkat / Golongan (huruf kecil tanpa ditebalkan) dan NIP Direktur (huruf kecil tanpa ditebalkan).

4. Lampiran dokumen :

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Brebes

Nomor :

Tentang : (spasi 1)



PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES

Jl. Jendral Sudirman No. 181 Telp. (0283) 671431 Fax. 671095
Brebes 52212, E-mail : rsud.brebes@yahoo.co.id

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES

Nomor : 445 / / 2022

TENTANG

KEBIJAKAN

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES,

Menimbang : a.....
b.....
c.....

Mengingat : 1.Undang-Undang;
2. Peraturan Pemerintah.....;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia;
4;
5. dan seterusnya;

M E M U T U S K A N

Menetapkan :

Kesatu : Keputusan Direktur Tentang Kebijakan
.....

Kedua : Kebijakan di Rumah Sakit Umum Daerah Brebes
sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.

Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Brebes

Pada tanggal : 2022

DIREKTUR RSUD BREBES

Dr. dr. RASIPIN, M.Kes

Pembina Tingkat I

NIP 19681125 200212 1 002

2.2. Pedoman / Panduan

Pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan. Sedangkan panduan adalah merupakan petunjuk dalam melakukan kegiatan. Dengan demikian, dapat diartikan bahwa pedoman mengatur beberapa hal, sedangkan panduan hanya meliputi 1 (satu) kegiatan. Agar pedoman / panduan dapat diimplementasikan dengan baik dan benar, diperlukan pengaturan melalui Standar Prosedur Operasional (SPO).

Mengingat sangat bervariasinya bentuk dan isi pedoman / panduan maka sulit untuk dibuat standar sistematikanya atau format bakunya. Oleh karena itu Rumah Sakit dapat menyusun / membuat sistematika buku pedoman / panduan sesuai kebutuhan. Namun, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk dokumen pedoman / panduan ini yaitu :

- Setiap pedoman / panduan harus dilengkapi dengan peraturan / keputusan Direktur / Pimpinan Rumah Sakit untuk pemberlakuan pedoman / panduan tersebut. Bila Direktur / Pimpinan Rumah Sakit diganti, peraturan / keputusan Direktur / Pimpinan Rumah Sakit untuk pemberlakuan pedoman / panduan tidak perlu diganti. Peraturan / Keputusan Direktur / pimpinan Rumah Sakit diganti bila memang ada perubahan dalam pedoman / panduan tersebut.
- Setiap pedoman / panduan sebaiknya dilakukan evaluasi minimal setiap 2-3 tahun sekali.
- Bila Kementerian Kesehatan sudah menerbitkan pedoman / panduan untuk suatu kegiatan / pelayanan tertentu maka Rumah Sakit dalam membuat pedoman / panduan wajib mengacu pada pedoman / panduan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan tersebut.
- Walaupun format baku sistematika pedoman / panduan tidak ditetapkan, namun ada sistematika yang lazim digunakan sebagai berikut :

Ketentuan Format / Tata Naskah Untuk Pedoman / Panduan :

1. Page Layout :

- Kertas F4
- Costum size kertas legal (width 21.59 cm dan height 33 cm)
- Margin (Top = 1.5 cm, Bottom = 1.5 cm, Left = 4 cm, Right = 1.5 cm)
- Jenis tulisan Bookman old style
- Ukuran tulisan 12
- Spasi 1.5

2. Judul dokumen di tengah (center), tulisan menggunakan huruf besar (*uppercase*) dan ditebal (*bold*).

3. Isi dokumen, tulisan menggunakan kecil sesuai EYD (Sentence case)

a. Format Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja :

BAB I Pendahuluan

BAB II Gambaran Umum Rumah Sakit

BAB III Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan Rumah Sakit

BAB IV Struktur Organisasi Rumah Sakit

BAB V Struktur Organisasi Unit Kerja

BAB VI Uraian Jabatan

BAB VII Tata Hubungan Kerja

BAB VIII Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil

BAB IX Kegiatan Orientasi

BAB X Pertemuan / rapat

BAB XI Pelaporan

1. Laporan Harian

2. Laporan Bulanan

3. Laporan Tahunan

b. Format Pedoman Pelayanan Unit Kerja

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

B. Tujuan Pedoman

C. Ruang Lingkup Pelayanan

D. Batasan Operasional

E. Landasan Hukum

BAB II STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

B. Distribusi Ketenagaan

C. Pengaturan Jaga

BAB III STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang

B. Standar Fasilitas

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

c. Format Panduan Pelayanan Rumah Sakit

BAB I DEFINISI

BAB II RUANG LINGKUP

BAB III TATA LAKSANA

BAB IV DOKUMENTASI

Sistematika panduan pelayanan Rumah Sakit tersebut diatas bukanlah baku tergantung dari materi / isi panduan. Pedoman / panduan yang harus dibuat adalah pedoman / panduan minimal yang harus ada di Rumah Sakit yang di persyaratkan sebagai regulasi yang diminta dalam elemen penilaian.

Lampiran : Keputusan Direktur RSUD Brebes
Nomor : 445 / / 2022
Tanggal : 2022



*Mitra Untuk Sehat
Melayani Dengan Sepenuh Hati*

**PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

PEDOMAN

.....
(Tulisan Judul Pedoman atau Panduannya)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala berkat dan anugerah yang telah diberikan kepada penyusun, sehingga Buku Panduan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit Umum Daerah Brebes ini dapat selesai disusun.

Buku Pedoman ini merupakan Panduan kerja bagi seluruh staf Rumah Sakit dalam menjalankan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit Umum Daerah Brebes.

Dalam pedoman ini diuraikan tentang Petunjuk pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit Umum Daerah Brebes.

Tidak lupa penyusun menyampaikan terima kasih yang sedalam – dalamnya atas bantuan semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit Umum Daerah Brebes.

Tim Penyusun



PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES

Jl. Jendral Sudirman No. 181 Telp. (0283) 671431 Fax. 671095
Brebes 52212, E-mail : rsud.brebes@yahoo.co.id

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES

Nomor : 445 / / 2022

TENTANG

PEDOMAN / PANDUAN

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES,

Menimbang : a.
b.
c.

Mengingat : 1. Undang Undang;
2. Peraturan Pemerintah;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia;
4.;
5. dan seterusnya;

M E M U T U S K A N

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD BREBES TENTANG PEDOMAN /
PANDUAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BREBES.

Kesatu : Memberlakukan Pedoman / Panduan Rumah Sakit
Umum Daerah Brebes sebagaimana dimaksud dalam Ketetapan ini untuk
dijadikan Acuan Dalam Menyelenggarakan di Rumah
Sakit Umum Daerah Brebes.

Kedua : Pedoman / panduan di Rumah Sakit Umum Daerah
Brebes sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.

Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Brebes

Pada tanggal : 2022

DIREKTUR RSUD BREBES

Dr. dr. RASIPIN, M.Kes

Pembina Tingkat I

NIP 19681125 200212 1 002

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR..... i

KEPUTUSAN DIREKTUR NOMOR 800 / / 2022 RSUD TENTANG PEDOMAN ii

DAFTAR ISI iii

BAB I PENDAHULUAN

 A. Latar Belakang 1

 B. Tujuan..... 2

 C. Ruang Lingkup 3

BAB II PRINSIP DASAR PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

 A. Kewaspadaan Standar 4

 B. Kewaspadaan Berbasis Penularan / Transmisi..... 8

 C. Perawatan Pasien Dalam Isolasi 16

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....

B. Tujuan Pedoman.....

C. Ruang Lingkup Pelayanan.....

D. Batasan Operasional.....

E. Landasan Hukum.....

BAB II
STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia.....

B. Distribusi Ketenagaan.....

C. Pengaturan Jaga.....

BAB III
STANDAR DAN FASILITAS

A. Denah Ruangan.....

B. Standar Fasilitas.....

BAB IV
TATA LAKSANA PELAYANAN

BAB V
LOGISTIK

BAB VI
KESELAMATAN PASIEN

BAB VII
KESELAMATAN KERJA

BAB VIII
PENGENDALIAN MUTU

BAB IX
PENUTUP

BAB I Definisi

BAB II Ruang Lingkup

BAB III Tata Laksana

BAB IV Dokumentasi

2.3. Standar Prosedur Operasional

Yang dimaksud dengan Standar Prosedur Operasional adalah :

Suatu perangkat instruksi / langkah - langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.

Tujuan penyusunan Standar Prosedur Operasional agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten / seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

Ketentuan Format / Tata Naskah Untuk Standar Prosedure Operasional :

1. Page Layout :

- Kertas F4
- Costum size kertas legal (width 21.59 cm dan height 33 cm)
- Margin (Top = 1.5 cm, Bottom = 1.5 cm, Left = 1.5 cm, Right = 1.5 cm)
- Jenis tulisan Bookmand old style
- Ukuran tulisan 12
- Spasi 1.5

2. Judul dokumen di tengah (center), tulisan menggunakan huruf besar (*uppercase*) dan ditebal (*bold*) ukuran tulisan 18.

3. Isi dokumen, tulisan menggunakan kecil sesuai EYD (Sentence case)

Manfaat Standar Prosedur Operasional antara lain :

- Memenuhi persyaratan standar pelayanan Rumah Sakit / Akreditasi Rumah Sakit.
- Mendokumentasi langkah - langkah kegiatan.
- Memastikan staf Rumah Sakit memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannnya.

Format Standar Prosedur Operasional (SPO)

- 1) Format mulai diberlakukan 17 Januari 2022.
- 2) Format merupakan format minimal, format ini dapat diberi tambahan materi misalnya nama penyusun Standar Prosedur Operasional, unit yang memeriksa Standar Prosedur Operasional, dan lain-lain, namun tidak boleh mengurangi elemen- elemen yang ada di Standar Prosedur Operasional.
- 3) Format Standar Prosedur Operasional sebagai berikut :

 <i>Mitra Untuk Sehat Melayani Dengan Sepenuh Hati</i>	JUDUL SPO		
	No. Dokumen	No. Revisi 00	Halaman 1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit	Ditetapkan oleh : DIREKTUR RSUD BREBES Dr. dr. RASIPIN, M.Kes Pembina Tingkat I NIP. 19681125 200212 1 002	
PENGERTIAN			
TUJUAN			
KEBIJAKAN			
PROSEDUR			
UNIT TERKAIT			

2.4. Program

Program berisi rencana kegiatan yang akan dilaksanakan yang disusun secara rinci yang dipergunakan untuk mencapai tujuan lembaga / unit kerja. Tujuan program secara umum adalah sebagai panduan dalam melaksanakan kegiatan unit kerja sehingga tujuan program dapat tercapai. Sedangkan tujuan program secara khusus adalah :

- 1) Adanya kejelasan langkah - langkah dalam melaksanakan kegiatan.
- 2) Adanya kejelasan siapa yang melaksanakan kegiatan dan bagaimana melaksanakan kegiatan tersebut sehingga tujuan dapat tercapai.
- 3) Adanya kejelasan sasaran, tujuan dan waktu pelaksanaan kegiatan.

Sistematika atau format program sebagai berikut :

- a. Pendahuluan
- b. Latar belakang
- c. Tujuan umum dan tujuan khusus
- d. Kegiatan pokok dan rincian kegiatan

- e. Cara melaksanakan kegiatan
- f. Sasaran
- g. Jadwal pelaksanaan kegiatan
- h. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan
- i. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan

Sistematika / format tersebut diatas adalah minimal, Rumah Sakit dapat menambah sesuai kebutuhan, tetapi tidak diperbolehkan mengurangi.

3. Penomoran Dokumen

3.1. Kebijakan

Penomoran dokumen regulasi kebijakan ditulis simetris ditengah halaman (center). Kode penomoran ditulis : kode rumah sakit / nomor urut / tahun terbit.
 Contoh : 445 / 05 / 2022
 445 (kode rumah sakit) / 05 nomor urut kebijakan sesuai buku register / 2022 (tahun penerbitan)

3.2. Pedoman/Panduan

Penomoran dokumen regulasi pedoman / panduan ditulis simetris ditengah halaman (center). Kode penomoran ditulis : kode rumah sakit / nomor urut / tahun terbit.
 Contoh : 445 / 05 / 2022
 445 (kode rumah sakit) / 05 nomor urut pedoman / panduan sesuai buku register / 2022 (tahun penerbitan)

3.4. Standar Prosedur Operasional (SPO)

Penomoran dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) untuk penomorannya ditulis :

Untuk penomoran SPO menggunakan Nomor urut Unit Kerja / Bagian / Bidang / Pokja . Kode SPO . Nomor Urut SPO di tiap – tiap Unit Kerja / Bagian / Bidang / Pokja

Contoh : 05.03.01 adalah SPO nomor 1 di Pokja MRMIK.

- 1). Nomer urut SPO adalah urutan nomor SPO di dalam unit kerja.
- 2). Kode - kode yang dipergunakan untuk pemberian nomor :

No	Nama Unit Kerja/Bagian/Bidang/ Pokja	Penulisan Kode SPO
1	Tata Kelola Rumah Sakit	TKRS
2	Kualifikasi dan Pendidikan Staf	KPS
3	Manajemen Fasilitas Kesehatan	MFK
4	Peningkatan Mutu Keselamatan Pasien	PMKP
5	Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan	MRMIK

6	Pencegahan Pengendalian Infeksi	PPI
7	Pendidikan Dalam pelayanan Kesehatan	PPK
8	Akses dan Kesiambungan Pelayanan	AKP
9	Hak Pasien dan Keterlibatan Pasien	HPK
10	Pengkajian Pasien	PP
11	Pelayanan dan Asuhan Pasien	PAP
12	Pelayanan Anastesi dan Bedah	PAB
13	Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat	PKPO
14	Komunikasi Edukasi	KE
15	Sasaran Keselamatan Pasien	SKP
16	Program Nasional (Peningkatan Kesehatan Ibu dan bayi)	PROGNAS 1
17	Program Nasional (Penurunan Angka Kesakitan Tuberkulosis/TBC	PROGNAS 2
18	Program Nasional (Penurunan angka Kesakitan HIV/AIDS	PROGNAS 3
19	Program Nasional (Penurunan Prevalensi Stunting dan Wasting	PROGNAS 4
20	Program Nasional (Pelayanan Keluarga Berencana Rumah Sakit)	PROGNAS 5
21	Bidang Medis	BM
22	Bidang Keperawatan	KEP
23	Bidang Penunjang	PJ
24	Bagian Keuangan	KEU
25	Bagian Tata Usaha	TU
26	Bagian Umum	BU
27	Satuan Pengawas Internal	SPI
28	Komite Medik	KOMED
29	Komite Keperawatan	KOMWAT
30	Komite Tenaga Kesehatan Lain	KTKL
31	Komite Mutu dan Keselamatan Pasien	KMKP
32	Komite Program Pengendalian Resistensi Antimikroba	KPPRA
33	Komite Etik dan Hukum	KEH
34	Komite Farmasi dan Terapi	KFT
35	Komite Pencegahan Pengendalian Infeksi	KPPI
36	Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit	K3RS

37	Instalasi Gawat Darurat	IGD
38	Instalasi Diklat dan Litbang	IDL
39	Instalasi Rekam Medik	RM
40	Instalasi PSRS	IPSRS
41	Instalasi Laundry	LOUND
42	Instalasi Kesehatan Lingkungan	KESLING
43	Instalasi Pemulasaraan Jenazah	PJZ
44	Instalasi CSSD	CSSD
45	Instalasi PICU	PICU
46	Instalasi IT	IT
47	Instalasi Humas dan Informasi	HMS
48	Instalasi Haemodialisa	HD
49	Instalasi Laboratorium	LAB
50	Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi	LAB PA
51	Instalasi Radiologi	RAD
52	Instalasi Bank darah	BD
53	Instalasi Farmasi	FAR
54	Instalasi Rehabilitasi Medik	RHM
55	Instalasi Bedah Sentral	IBS
56	Instalasi Intensif Care Unit	ICU
57	Instalasi Gizi	GZ
58	Instalasi Bioelektromedis	BIO
59	Instalasi Sanitasi	SAN
60	Instalasi Rawat Jalan	IRJA
61	Instalasi Rawat Inap	IRNA
62	Ruang Cempaka	CMPK
63	Ruang Teratai	TER
64	Ruang Flamboyan	FLAMB
65	Ruang Mawar	MWR
66	Ruang Sakura	SKR
67	Ruang Anggrek	AGGR
68	Ruang Bougenvile	BGNVL
69	Ruang Seruni	SER
70	Ruang Alamanda	ALMD
71	Ruang Wijaya Kusuma	WK
72	Ruang Dahlia	DAHLIA
73	Ruang JKN	JKN
74	Ruang Loker Rawat Jalan	LOKET RAJAL
75	Ruang Loker Rawat Inap	LOKET RANAP

76	Ruang Pengadaan Barang dan Jasa	PBJ
77	Ruang Unit Ambulance	AMB

5. Penutup

Demikian pedoman ini disusun untuk dijadikan acuan dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Brebes
Pada tanggal : 15 Januari 2022

DIREKTUR RSUD BREBES



Dr. dr. RASIPIN, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP 19681125 200212 1 002