



BUPATI KUTAI KARTANEGARA
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

PERATURAN BUPATI KUTAI KARTANEGARA
NOMOR 27 TAHUN 2025

TENTANG

PEMBENTUKAN, KEDUDUKAN, SUSUNAN ORGANISASI, URAIAN TUGAS,
FUNGSI, TANGGUNG JAWAB DAN WEWENANG SERTA TATA KERJA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PADA DINAS KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

- Menimbang:
- a. bahwa untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang lebih luas, telah dibangun Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Idris sebagai fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah Daerah yang berfungsi memberikan pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat;
 - b. bahwa untuk menyederhanakan regulasi dan mewujudkan tata kelola pemerintahan yang efektif dan efisien, perlu menggabungkan seluruh Peraturan Kepala Daerah tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Tanggung Jawab dan Wewenang Serta Tata kerja Rumah Sakit Umum Daerah ke dalam satu regulasi yang lebih sederhana dan terpadu;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pembentukan,

Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Wewenang Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Pada Dinas Kesehatan;

- Mengingat:
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 2. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat No. 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 No. 9) Sebagai Undang-Undang, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Nomor 1820), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang- Undang Nomor 8 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Tanah Laut, daerah Tingkat II Tapin dan Daerah Tingkat II Tabalong dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat No. 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Tahun 1965 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Nomor 2756);
 3. 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 beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang- Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
 4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia

- Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5888) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
 8. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
 9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
 10. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 7 Tahun 2022 Tentang Sistem Kerja Pada Instansi Pemerintah Untuk Penyederhanaan Birokrasi (Lembaran Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 184);
 11. Peraturan Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara (Lembaran Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2016 Nomor 73) sebagaimana telah beberapa kali diubah

terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Nomor 13 Tahun 2014 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Daerah Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara (Lembaran Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2024 Nomor 177);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: PERATURAN BUPATI TENTANG PEMBENTUKAN, KEDUDUKAN, SUSUNAN ORGANISASI, URAIAN TUGAS, FUNGSI, TANGGUNG JAWAB DAN WEWENANG SERTA TATA KERJA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PADA DINAS KESEHATAN.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Kutai Kartanegara.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Kutai Kartanegara.
3. Bupati adalah Bupati Kutai Kartanegara.
4. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara.
6. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah.
7. Aparat Pengawasan Intern Pemerintah yang selanjutnya disingkat APIP adalah Inspektorat Kabupaten Kutai Kartanegara
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh satuan perangkat kerja perangkat Daerah atau unit satuan kerja perangkat Daerah dalam memberikan pelayanan kepada

masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan Daerah pada umumnya.

9. Direktur adalah Direktur RSUD.
10. Wakil Direktur adalah Wakil Direktur RSUD.
11. Kepala Bagian adalah pejabat yang memimpin bagian pada RSUD.
12. Kepala Bidang adalah pejabat yang memimpin bidang pada RSUD.
14. Kepala Subbagian adalah pejabat yang memimpin subbagian pada RSUD.
15. Kepala Seksi adalah pejabat yang memimpin seksi pada RSUD.
16. Dewan Pengawas BLUD yang selanjut disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
17. Pegawai Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disebut Pegawai ASN adalah pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja yang diangkat oleh pejabat pembina kepegawaian dan diserahi tugas dalam suatu jabatan pemerintahan atau diserahi tugas negara lainnya dan diberikan penghasilan berdasarkan peraturan perundang-undangan.
18. Tenaga Non-ASN adalah pegawai yang diangkat oleh Direktur untuk melaksanakan tugas yang bersifat teknis profesional dan administrasi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan keuangan Daerah.
19. Jabatan Fungsional yang selanjutnya disingkat JF adalah sekelompok Jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan fungsional yang berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.
20. Jabatan Pelaksana adalah Aparatur Sipil Negara yang diberi tanggung jawab untuk melaksanakan pekerjaan yang bersifat rutin dan sederhana sesuai kompetensi yang persyaratan jabatan dalam rangka mendukung kelancaran kedinasan.
21. Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi yang

- selanjutnya disingkat PPID adalah pejabat yang bertanggung jawab pendokumentasian, dalam penyimpanan, pengumpulan, pemeliharaan, penyediaan, distribusi, dan pelayanan informasi dan dokumentasi di Lingkungan Kementerian Dalam Negeri dan Pemerintahan Daerah, yang terdiri dari PPID Utama dan PPID Pembantu;
22. Analisis Jabatan yang selanjutnya disingkat ANJAB adalah proses pengumpulan, pencatatan, pengolahan dan penyusunan data jabatan menjadi informasi jabatan.
 23. Analisis Beban Kerja yang selanjutnya disingkat ABK adalah teknik manajemen yang dilakukan secara sistematis untuk memperoleh informasi mengenai tingkat efektivitas dan efisiensi kerja organisasi berdasarkan volume kerja.
 24. Sistem Kerja adalah serangkaian prosedur dan tata kerja yang membentuk suatu proses aktivitas pelaksanaan tugas dan fungsi organisasi.
 25. Mekanisme Kerja adalah proses dan cara kerja organisasi yang menggambarkan alur pelaksanaan tugas Pegawai Aparatur Sipil Negara yang dilakukan dalam suatu sistem dengan mengedepankan kompetensi, keahlian dan/atau keterampilan.
 26. Rencana Strategis yang selanjutnya disebut Renstra adalah dokumen perencanaan perangkat Daerah untuk periode 5 (lima) tahun.
 27. Rencana Kerja yang selanjutnya disebut Renja adalah dokumen perencanaan perangkat Daerah untuk periode 1 (satu) tahun.
 28. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD.
 29. Perjanjian Kinerja adalah keluaran atau hasil dari program atau kegiatan atau subkegiatan yang hendak dicapai sehubungan dengan penggunaan anggaran dengan kuantitas dan kualitas terukur.
 30. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SPM RS adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib

pemerintah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

31. Sistem Pengendalian Intern Pemerintah yang selanjutnya disingkat SPIP adalah sistem pengendalian intern yang diselenggarakan secara menyeluruh di lingkungan pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

BAB II PEMBENTUKAN

Pasal 2

- (1) Dengan Peraturan Bupati ini dibentuk RSUD.
- (2) RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. RSUD Aji Muhammad Parikesit merupakan rumah sakit umum kelas B;
 - b. RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti merupakan rumah sakit umum kelas C;
 - c. RSUD Dayaku Raja merupakan rumah sakit umum kelas D; dan
 - d. RSUD Aji Muhammad Idris merupakan rumah sakit umum kelas D.

BAB III RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT

Bagian Kesatu Kedudukan

Pasal 3

- (1) RSUD Aji Muhammad Parikesit merupakan unit organisasi bersifat khusus yang memberikan layanan secara profesional.
- (2) Sebagai unit organisasi bersifat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Aji Muhammad Parikesit memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, barang milik Daerah dan bidang kepegawaian dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.

- (3) Otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan dan penatausahaan barang milik Daerah.
- (4) RSUD Aji Muhammad Perikesit merupakan organisasi yang menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD.
- (5) Dalam penerapan pola keuangan BLUD, Direktur sebagai pemimpin bertanggung jawab kepada Bupati selaku pemilik melalui Dewan Pengawas.

Bagian Kedua Susunan Organisasi

Pasal 4

- (1) Susunan Organisasi RSUD Aji Muhammad Parikesit terdiri atas:
 - a. Direktur;
 - b. Wakil Direktur Pelayanan, membawahkan:
 1. Bidang Pelayanan Medik; dan
 2. Bidang Keperawatan.
 - c. Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan, membawahkan:
 1. Bidang Penunjang; dan
 2. Bidang Pengembangan.
 - d. Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahkan:
 1. Bagian Umum;
 2. Bagian Penyusunan Program dan Keuangan; dan
 3. Bagian Aset dan Tata Laksana.
 - e. Kelompok JF dan Jabatan Pelaksana.
- (2) Bagan Susunan Organisasi RSUD Aji Muhammad Parikesit kelas B sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Ketiga

Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, dan Wewenang

Paragraf 1

Umum

Pasal 5

- (1) RSUD Aji Muhammad Parikesit mempunyai tugas membantu Dinas dalam melaksanakan urusan pemerintahan dalam upaya kesehatan lanjutan secara paripurna sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Aji Muhammad Parikesit mempunyai fungsi:
 - a. penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjutan yang mengedepankan pelayanan kuratif, rehabilitatif, dan paliatif tanpa mengabaikan promotif dan preventif sesuai standar;
 - b. penyelenggaraan pelayanan kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialisik dan/atau subspecialistik;
 - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
 - d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Paragraf 2

Direktur

Pasal 6

- (1) RSUD Aji Muhammad Parikesit dipimpin oleh Direktur

yang memiliki tugas membantu Bupati melalui Dinas dalam urusan penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjutan secara paripurna sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan standar akreditasi rumah sakit.

- (2) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf a, mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengoordinasikan serta mengawasi dan pengendalian penyelenggaraan rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur menyelenggarakan fungsi:
 - a. penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjutan yang meliputi pelayanan spesialisik dan/atau pelayanan subspecialistik;
 - b. penyelenggaraan pelayanan penunjang medik dan nonmedik;
 - c. penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan; dan
 - e. penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Direktur mempunyai tanggung jawab:
 - a. penyusunan Renstra rumah sakit;
 - b. pemenuhan sumber daya di rumah sakit sesuai dengan persyaratan perundang-undangan;
 - c. membangun budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit agar terciptanya budaya kerja melayani yang mampu memberikan pelayanan publik berkualitas;
 - d. mewujudkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*good corporate governance* dan *good clinical governance*);
 - e. implementasi konsep BLUD di rumah sakit untuk

- mewujudkan kemandirian keuangan melalui pengelolaan keuangan rumah sakit yang efektif dan efisien;
- f. implementasi rumah sakit yang ramah lingkungan;
 - g. menghimpun dan menyampaikan data/informasi yang akan dikonsolidasikan ke dalam penyusunan Laporan Keuangan Dinas (LKPD), Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (LPPD), Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LkjiP), Profil Kesehatan serta laporan lain yang dibutuhkan kepada Dinas;
 - h. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan rumah sakit kepada Dinas;
 - i. melaporkan capaian kinerja rumah sakit (Laporan Kinerja BLUD), SPM RS, indikator mutu rumah sakit kepada Bupati;
 - j. melaporkan perencanaan dan pelaksanaan program upaya kesehatan perorangan kepada Dinas; dan
 - k. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (5) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (4) Direktur mempunyai wewenang:
- a. memimpin pembangunan zona integritas di rumah sakit untuk menuju wilayah bebas korupsi/wilayah birokrasi bersih melayani;
 - b. memimpin implementasi kendali biaya, kendali mutu, dan pencegahan terhadap potensi *fraud* dan gratifikasi di rumah sakit sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
 - c. memimpin implementasi SPIP dan manajemen risiko di lingkungan rumah sakit;
 - d. memimpin implementasi tata kelola arsip sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - e. memimpin implementasi pengadaan barang dan

- jasa yang senantiasa berpedoman pada prinsip efektif, efisien, dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- f. memimpin pendistribusian dan pendelegasian tugas kepada seluruh jajarannya sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya masing-masing; dan
 - g. memimpin pembinaan pegawai dan penilaian kinerja pegawai.

Paragraf 3

Wakil Direktur Pelayanan

Pasal 7

- (1) Wakil Direktur Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf b, berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Wakil Direktur Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi:
 - a. menyelenggarakan pelayanan medik; dan
 - b. menyelenggarakan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
- (3) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) , Wakil Direktur Pelayanan mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada subdirektorat pelayanan;
 - b. merumuskan kebijakan teknis pada subdirektorat pelayanan;
 - c. merumuskan rencana program kerja pada subdirektorat pelayanan;
 - d. merumuskan kebijakan administrasi pada subdirektorat pelayanan; dan
 - e. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dengan subdirektorat penunjang dan pengembangan serta subdirektorat umum dan keuangan.

- (4) Dalam melaksanakan uraian tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Wakil Direktur Pelayanan mempunyai tanggung jawab:
- a. penyelenggaraan pelayanan kesehatan paripurna yang menjamin standar mutu melalui akreditasi rumah sakit;
 - b. penyelenggaraan pelayanan penunjang medik dan nonmedik;
 - c. penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan;
 - e. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada subdirektorat pelayanan;
 - f. menyusun perencanaan pada subdirektorat pelayanan dengan memperhatikan pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien;
 - g. melaksanakan implementasi rumah sakit ramah lingkungan;
 - h. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan yang dibutuhkan rumah sakit dari subdirektorat pelayanan;
 - i. pencapaian indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan, indikator mutu rumah sakit serta SPM RS;
 - j. menghimpun *risk register* serta mengimplementasikan SPIP pada subdirektorat pelayanan;
 - k. pelaksanaan tata kelola aset dan arsip pada subdirektorat pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - l. terwujudnya penyusunan indikator *dash board* untuk penilaian keberhasilan pada setiap

- unit/instalasi pada sub direktorat pelayanan;
- m. menghimpun bahan laporan kinerja pelayanan dan kinerja program dari upaya kesehatan perorangan yang akan dikonsolidasikan dengan laporan kinerja Dinas;
 - n. melakukan pembinaan terhadap *manager on duty/asst. manager on duty* terkait masalah pada subdirektorat pelayanan.
 - o. melaksanakan tugas lain yang diberikan Direktur; dan
 - p. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada Direktur.
- (5) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Wakil Direktur Pelayanan mempunyai wewenang:
- a. melaksanakan pengambilan keputusan pada subdirektorat pelayanan berdasarkan pendelegasian tugas dan melaporkan hasil keputusan kepada Direktur;
 - b. memimpin penyusunan, implementasi, monitoring dan evaluasi seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada subdirektorat pelayanan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - c. memimpin penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK) pada subdirektorat pelayanan;
 - d. melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap capaian indikator mutu unit pelayanan;
 - e. memfasilitasi komite medik/komite keperawatan dalam penyusunan dan monitoring evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP);
 - f. menghimpun bahan laporan untuk penyusunan

- profil kesehatan serta laporan program terkait upaya kesehatan perorangan yang dibutuhkan oleh Dinas;
- g. memimpin penilaian kinerja staf medis, staf keperawatan serta seluruh staf pada subdirektorat pelayanan; dan
 - h. memimpin pembinaan disiplin kepegawaian pada staf medis, staf keperawatan serta seluruh staf pada subdirektorat pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 8

- (1) Bidang Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf b angka 1, dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Pelayanan Medik yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan.
- (2) Kepala Bidang Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Pelayanan Medik;
 - b. mengoordinasikan pelayanan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Pelayanan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bidang Pelayanan Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Pelayanan Medik mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - b. penyelenggaraan asuhan medis yang

- mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
- c. pengembangan layanan unggulan dan upaya pemenuhan sumber daya medis serta peningkatan pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
 - d. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
 - e. membantu Wakil Direktur Pelayanan terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan yang menjadi tanggung jawabnya;
 - f. penyusunan dan evaluasi *Medical Staff By Laws* (MSBL);
 - g. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan pada seluruh instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Pelayanan Medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - h. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan pada seluruh instalasi yang berada di bawah supervisi Pelayanan Medik secara berkala;
 - i. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Pelayanan Medik;
 - j. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Pelayanan Medik dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi

- dan program kerja rumah sakit;
- k. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite medik serta Kelompok Staf Medis (KSM) dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
 - l. melakukan pembinaan dan pendampingan terhadap Kelompok Staf Medis (KSM) agar terwujud asuhan medik yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien;
 - m. mendampingi/menyusun indikator mutu unit kerja dan mutu unit pelayanan yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - n. mengupayakan pencapaian target indikator mutu yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - o. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
 - p. penyusunan Panduan Praktik Klinik (PPK) dan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan yang menunjang kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit;
 - q. memfasilitasi penyusunan, monitoring dan evaluasi *Clinical Pathway (CP)* bersama komite/bidang/instalasi terkait;
 - r. tersedianya alur dan sistem pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi untuk semua layanan di rumah sakit termasuk pengembangan layanan baru;
 - s. menjaga kontinuitas asuhan medik pada pelayanan gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif serta pelayanan bedah sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
 - t. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan medik dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care (PCC)*;
 - u. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU)

- bagi staf medis serta pegawai di bawah Bidang Pelayanan Medik;
- v. mendorong kepatuhan staf medis terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - w. mendorong kepatuhan staf medis terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - x. mendorong kepatuhan staf medis terhadap SPM RS;
 - y. mendorong kepatuhan staf medis terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan serta *Clinical Pathway (CP)* dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
 - z. penyajian data menjadi informasi dari Bidang Pelayanan Medik;
 - aa. menyusun *risk register* serta melakukan pengolahan manajemen risiko pada Bidang Pelayanan Medik;
 - bb. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Pelayanan Medik;
 - cc. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Pelayanan Medik;
 - dd. melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan; dan
 - ee. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Bidang Pelayanan Medik mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta

- pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway (CP)* serta SPM RS pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada instalasi yang menjadi tanggung jawabnya di bawah supervisi Wakil Direktur Pelayanan;
 - f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - g. melakukan penilaian kinerja staf medis serta pegawai di bawah Bidang Pelayanan Medik melalui *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE* serta Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Wakil Direktur Pelayanan; dan
 - h. memimpin pembinaan pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik atas kepatuhan terhadap *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Wakil Direktur Pelayanan.

Pasal 9

- (1) Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf b angka 2, dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Keperawatan yang berkedudukan di bawah dan

bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan.

- (2) Kepala Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada bidang keperawatan;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Pelayanan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bidang Keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Keperawatan mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Keperawatan;
 - b. terselenggaranya mutu pelayanan keperawatan melalui implementasi Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP);
 - c. kegiatan asuhan keperawatan, peningkatan mutu dan etika pelayanan keperawatan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - d. pengembangan pelayanan dan sumber daya keperawatan, layanan unggulan, pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
 - e. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

(JKN-BPJSK);

- f. membantu Wakil Direktur Pelayanan terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan yang menjadi tanggung jawabnya;
- g. penyusunan dan evaluasi *Nursing Staff By Laws (NSBL)*;
- h. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan keperawatan dan pada seluruh instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- i. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan keperawatan dan pada seluruh instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Keperawatan secara berkala;
- j. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Keperawatan;
- k. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Keperawatan dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- l. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite keperawatan serta seminar keperawatan dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
- m. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Bidang Keperawatan;
- n. pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Bidang Keperawatan;

- o. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- p. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan serta *Clinical Pathway (CP)* dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- q. menjaga kontinuitas asuhan keperawatan dari pelayanan gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif serta pelayanan bedah sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- r. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care (PCC)*;
- s. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan;
- t. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
- u. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
- v. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap SPM RS;
- w. penyajian data menjadi informasi dari Bidang Keperawatan;
- x. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Bidang Keperawatan;
- y. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Keperawatan;
- z. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya keperawatan serta pendidikan dan pelatihan;
- aa. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh

- atasan; dan
- bb. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Bidang Keperawatan mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan keperawatan;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan keperawatan;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan keperawatan;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway (CP)* serta SPM RS;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada pelayanan yang menjadi tanggung jawabnya di bawah supervisi Wakil Direktur Pelayanan;
 - f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf keperawatan serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Keperawatan;
 - g. memimpin penilaian kinerja staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan melalui (*Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Wakil Direktur Pelayanan; dan
 - h. memimpin pembinaan pada staf keperawatan serta

pegawai di bawah Bidang Keperawatan atas kepatuhan terhadap *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Wakil Direktur Pelayanan.

Paragraf 4

Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan

Pasal 10

- (1) Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf c, berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi:
 - a. penyelenggaraan pelayanan penunjang medik dan nonmedik; dan
 - b. penyelenggaraan pengembangan, inovasi, penelitian, kerja sama dan pemasaran;
- (3) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud ayat (2), Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan mempunyai uraian tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada subdirektorat penunjang dan pengembangan;
 - b. merumuskan kebijakan teknis pada sub direktorat penunjang dan pengembangan;
 - c. merumuskan rencana program kerja pada subdirektorat penunjang dan pengembangan;
 - d. merumuskan kebijakan administrasi pada subdirektorat penunjang dan pengembangan; dan
 - e. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dengan subdirektorat pelayanan serta subdirektorat umum dan keuangan.
- (4) Dalam melaksanakan uraian tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Wakil Direktur Penunjang dan

Pengembangan mempunyai tanggung jawab:

- a. menunjang penyelenggaraan pelayanan kesehatan paripurna yang menjamin standar mutu melalui akreditasi rumah sakit;
- b. menunjang penyelenggaraan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
- c. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada subdirektorat penunjang dan pengembangan;
- d. merumuskan rencana pengembangan layanan rumah sakit;
- e. menyusun perencanaan pada subdirektorat penunjang dan pengembangan dengan memperhatikan pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien;
- f. terwujudnya jejaring dan kemitraan strategis yang bermanfaat bagi rumah sakit dan *stakeholders* serta memfasilitasi penelitian dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan;
- g. melaksanakan implementasi rumah sakit ramah lingkungan;
- h. mengupayakan penyelenggaraan sistem informasi manajemen rumah sakit terintegrasi;
- i. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan yang dibutuhkan rumah sakit dari subdirektorat penunjang dan pengembangan;
- j. pencapaian indikator kinerja BLUD, SPM RS serta indikator mutu rumah sakit terkait subdirektorat penunjang dan pengembangan;
- k. menghimpun *risk register* serta mengimplementasikan SPIP pada subdirektorat penunjang dan pengembangan;
- l. pelaksanaan tata kelola aset dan arsip pada

- subdirektorat penunjang dan pengembangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- m. terwujudnya penyusunan indikator *dash board* untuk penilaian keberhasilan pada setiap unit/instalasi pada subdirektorat penunjang dan pengembangan;
 - n. menghimpun bahan laporan kinerja pelayanan dan kinerja program dari upaya kesehatan perorangan yang akan dikonsolidasikan dengan laporan kinerja Dinas;
 - o. pelaksanaan Kerja Sama Operasional (KSO) peralatan bersama Wakil Direktur Pelayanan serta Wakil Direktur Umum dan Keuangan;
 - p. melakukan pembinaan terhadap *Manager on Duty/Asst. Manager on Duty* terkait masalah pada subdirektorat penunjang dan pengembangan;
 - q. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur; dan
 - r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada Direktur.
- (5) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan mempunyai wewenang;
- a. melaksanakan pengambilan keputusan pada subdirektorat penunjang dan pengembangan berdasarkan pendelegasian tugas dan melaporkan hasil keputusan kepada Direktur;
 - b. memimpin penyusunan, implementasi, monitoring dan evaluasi seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada subdirektorat penunjang dan pengembangan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - c. memimpin penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK) pada subdirektorat

- penunjang dan pengembangan;
- d. memimpin upaya pemenuhan/realisasi pengembangan layanan rumah sakit yang telah tercantum dalam dokumen rencana operasional;
 - e. melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap capaian indikator mutu unit di bawah subdirektorat penunjang dan pengembangan;
 - f. menghimpun bahan laporan untuk penyusunan profil kesehatan serta laporan program terkait upaya kesehatan perorangan yang dibutuhkan oleh Dinas;
 - g. memimpin penilaian kinerja JF (staf medis dan tenaga kesehatan lain) serta seluruh pelaksana pada subdirektorat penunjang dan pengembangan; dan
 - h. memimpin pembinaan disiplin kepegawaian pada JF (staf medis dan tenaga kesehatan lain) serta seluruh pelaksana pada subdirektorat penunjang dan pengembangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 11

- (1) Bidang Penunjang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf c angka 1, dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Penunjang yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan.
- (2) Kepala Bidang Penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Penunjang;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bidang Penunjang untuk pencapaian pelayanan

kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.

- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Penunjang mempunyai tanggung jawab:
- a. membangun, budaya organisasi agar terciptanya budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada tenaga kesehatan lain dan pegawai di bawah Bidang Penunjang;
 - b. kegiatan asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
 - d. membantu Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi penunjang;
 - e. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan nonmedik serta dan pada seluruh instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Penunjang berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - f. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan nonmedik serta pada seluruh instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Penunjang secara berkala;
 - g. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Penunjang dan pada seluruh instalasi di bawah supervisi Bidang Penunjang;
 - h. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-tanggung

jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Penunjang dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;

- i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite tenaga kesehatan lain dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
- j. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Bidang Penunjang;
- k. pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Bidang Penunjang;
- l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- m. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan serta *Clinical Pathway (CP)* dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- n. menjaga kontinuitas pelayanan laboratorium, radiologi, rehabilitasi medis, farmasi, rekam medik dan manajemen data, *Central Sterile Supply Department (CSSD)*, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPS-RS), *laundry* serta gizi pada pelayanan gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif serta pelayanan bedah sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- o. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan tenaga kesehatan lain dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care (PCC)*;
- p. menyusun standar penilaian kinerja berupa Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang;
- q. pemeliharaan peralatan kesehatan/penunjang

- secara berkala;
- r. pelaksanaan inventarisasi dan rekonsiliasi peralatan kesehatan/penunjang serta persediaan perbekalan farmasi bersama Bagian Umum dan Bagian Penyusunan Program dan Keuangan secara berkala;
 - s. melakukan perhitungan dan audit utilisasi alat kesehatan bersama instalasi;
 - t. mengoordinasikan penyusunan dan pelaksanaan formularium rumah sakit secara tepat waktu;
 - u. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - v. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - w. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang terhadap SPM RS;
 - x. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Penunjang;
 - y. penyajian data menjadi informasi dari Bidang Penunjang medik dan nonmedik;
 - z. menyusun *risk register* serta melakukan pengolahan manajemen risiko pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - aa. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Penunjang;
 - bb. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Penunjang;
 - cc. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - dd. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Bidang Penunjang mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan serta *Clinical Pathway (CP)* serta SPM RS;
 - e. melakukan monitoring dan evaluasi kerja sama dalam bentuk Kerja Sama Operasional (KSO) peralatan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - f. memfasilitasi penyelesaian masalah pada instalasi penunjang di bawah supervisi Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan;
 - g. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang;
 - h. memimpin penilaian kinerja tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang melalui Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan; dan
 - i. memimpin pembinaan pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang atas kepatuhan terhadap *Hospital By Laws (HBL)*, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan.

Pasal 12

- (1) Bidang Pengembangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf c angka 2, dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Pengembangan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan.
- (2) Kepala Bidang Pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Pengembangan;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bidang Pengembangan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Pengembangan mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun, budaya organisasi agar terciptanya budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh karyawan rumah sakit;
 - b. penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penelitian, pengembangan, dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan urusan penelitian, pengembangan, dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama secara berkala;

- e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada urusan penelitian, pengembangan, dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
- f. penyajian data menjadi informasi pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
- g. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan kinerja BLUD serta memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit di bawah Bidang Pengembangan;
- h. implementasi reformasi birokrasi, *e-government* dan zona integritas;
- i. melaksanakan survei indeks kepuasan masyarakat, survei internal organisasi, survei indeks persepsi korupsi;
- j. mendorong pelaksanaan penelitian dalam rangka pengembangan layanan rumah sakit;
- k. menyusun dokumen rencana pengembangan layanan rumah sakit berkoordinasi dengan bidang yang berada di bawah subdirektorat pelayanan;
- l. mendorong terciptanya berbagai inovasi di rumah sakit secara berkesinambungan dalam rangka mewujudkan pelayanan publik yang berkualitas;
- m. melakukan upaya pemasaran sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk meningkatkan dan mempertahankan citra (*branding*) serta reputasi rumah sakit yang baik;
- n. melakukan analisis pasar, segmentasi pasar, sasaran pasar, penempatan pasar dan perencanaan pemasaran;
- o. penyusunan dokumen *road map* pemasaran sesuai perubahan kondisi internal dan eksternal rumah sakit;
- p. membangun kerja sama yang baik dengan berbagai *stakeholders* agar tercapat sinergitas yang optimal bagi kedua belah pihak;
- q. pengelolaan kearsipan pada urusan penelitian,

- pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
- r. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
 - s. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Pengembangan;
 - t. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - u. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Bidang Pengembangan mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
 - d. memimpin penyusunan laporan urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
 - e. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Bidang Pengembangan;
 - f. memimpin penilaian kinerja staf pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama; dan
 - g. memimpin pembinaan pegawai pada urusan

penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama.

Paragraf 5

Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Pasal 13

- (1) Wakil Direktur Umum dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf d, berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Wakil Direktur dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi:
 - a. menyelenggarakan tata kelola kegiatan umum dan rumah tangga;
 - b. menyelenggarakan pengadaan;
 - c. menyelenggarakan pengembangan sumber daya manusia;
 - d. menyelenggarakan tata kelola kepegawaian dan ketatausahaan;
 - e. menyelenggarakan penyusunan program dan keuangan; dan
 - f. menyelenggarakan tata kelola aset dan tata laksana.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai uraian tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada subdirektorat umum dan keuangan;
 - b. merumuskan kebijakan teknis pada subdirektorat umum dan keuangan;
 - c. merumuskan rencana program kerja pada subdirektorat umum dan keuangan;
 - d. merumuskan kebijakan administrasi pada subdirektorat umum dan keuangan; dan
 - e. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan subdirektorat pelayanan serta subdirektorat penunjang dan

pengembangan.

- (4) Dalam melaksanakan uraian tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tanggung jawab:
- a. menunjang penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit yang menjamin standar mutu dan keselamatan pasien melalui akreditasi rumah sakit;
 - b. membangun budaya organisasi agar terciptanya budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada subdirektorat umum dan keuangan dan pada seluruh pegawai rumah sakit;
 - c. tersedianya sumber daya (sumber daya manusia/sarana-prasarana/peralatan) yang dibutuhkan untuk menunjang pelayanan kesehatan paripurna;
 - d. peningkatan pendapatan rumah sakit sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
 - e. penyusunan dan evaluasi dokumen perencanaan rumah sakit (Renstra, RBA, Renja) sesuai waktu yang ditetapkan;
 - f. penyusunan perencanaan pada subdirektorat umum dan keuangan dengan memperhatikan pemenuhan standar (*input*, proses, dan *output/outcome*) untuk menunjang pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien;
 - g. penyusunan evaluasi *Hospital By Laws (HBL)*, dokumen tata kelola serta dokumen infrastruktur lainnya;
 - h. menunjang implementasi rumah sakit ramah lingkungan;
 - i. melakukan pemutakhiran tugas pokok dan fungsi, tata kelola rumah sakit, *Hospital By Laws (HBL)*, dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya yang sesuai dengan perkembangan rumah sakit;
 - j. pencapaian indikator kinerja BLUD, SPM RS serta

- indikator mutu rumah sakit terkait kinerja umum dan keuangan;
- k. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan seluruh pegawai dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan;
 - l. pengelolaan aset dan persediaan rumah sakit meliputi perencanaan, pengadaan, penatausahaan, pemeliharaan, penertiban dan penghapusan;
 - m. pelaksanaan tata kelola arsip di tingkat rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - n. pelaksanaan rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa, belanja modal dan aset/persediaan rumah sakit per triwulan, semester dan tahunan;
 - o. pengelolaan permintaan informasi dari pihak luar rumah sakit dalam rangka keterbukaan informasi publik dan jika terjadi sengketa informasi;
 - p. menghimpun *risk register* serta mendorong implementasi SPIP pada subdirektorat umum dan keuangan dan di seluruh rumah sakit;
 - q. memastikan kepatuhan seluruh pejabat dan Pegawai ASN rumah sakit atas Laporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara (LHKPN) dan pajak tahunan;
 - r. terwujudnya penyusunan indikator *dash board* untuk penilaian keberhasilan pada setiap bagian pada subdirektorat umum dan keuangan;
 - s. melakukan pembinaan terhadap *Manager on Duty/Asst. Manager on Duty* terkait masalah pada subdirektorat umum dan keuangan;
 - t. tersusunnya dokumen pelaporan kinerja serta keuangan rumah sakit secara tepat waktu;
 - u. tersusunnya dokumen pelaporan kinerja serta keuangan rumah sakit secara tepat waktu;
 - v. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur; dan
 - w. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan

pekerjaan kepada Direktur.

- (5) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai wewenang:
- a. melaksanakan pengambilan keputusan pada sub direktorat Umum dan Keuangan berdasarkan pendelegasian tugas dan melaporkan hasil keputusan kepada Direktur;
 - b. memimpin penyusunan, implementasi, monitoring dan evaluasi seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada sub direktorat umum dan keuangan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - c. menghimpun data/informasi yang akan di konsolidasikan kedalam penyusunan Laporan Keuangan Dinas Kesehatan (LKPD), Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (LPPD), Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP), Profil Kesehatan serta laporan lain yang dibutuhkan oleh Dinas;
 - d. memimpin penyusunan dokumen pelaporan yang menjadi kewajiban rumah sakit (laporan kinerja BLUD, SPM RS, indikator mutu rumah sakit) sesuai waktu yang ditetapkan;
 - e. memimpin upaya pengendalian biaya operasional rumah sakit sesuai target yang telah ditetapkan;
 - f. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan kesehatan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya, dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
 - g. menghimpun rencana kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan rumah sakit;
 - h. memimpin pelaksanaan pengadaan barang dan

jasa yang efektif, efisien dan bebas dari kepentingan;

- i. memfasilitasi pelaksanaan Kerja Sama Operasional (KSO) peralatan bersama Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan;
- j. memimpin pelaksanaan penilaian kinerja seluruh pegawai rumah sakit; dan
- k. memimpin pembinaan disiplin kepegawaian pada seluruh staf rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 14

- (1) Bagian Umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf d angka 1, dipimpin oleh seorang Kepala Bagian Umum yang berkedudukan di bawah dan bertanggungjawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (2) Kepala Bagian Umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bagian Umum;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bagian Umum untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bagian Umum mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar terciptanya budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Bagian Umum;
 - b. penerapan standar akreditasi dan keselamatan

- pasien terkait urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik;
- c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik;
 - f. penyajian data menjadi informasi pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik;
 - g. menunjang mutu rumah sakit melalui penyediaan sumber daya manusia, sarana prasarana/peralatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - h. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit kerja di bawah Bagian Umum;
 - i. pengadaan dan pemeliharaan peralatan, sarana, prasarana, bangunan serta jalan di rumah sakit;
 - j. pelaksanaan pengadaan barang dan jasa yang efektif, efisien dan bebas dari kepentingan;
 - k. pengelolaan persediaan rumah sakit;
 - l. pengelolaan parkir, keamanan, ketertiban, kebersihan, kerapian dan keindahan rumah sakit;
 - m. pengadaan, pembinaan, monitoring dan evaluasi semua pihak ketiga (*outsourcing*) yang bekerja

- sama dengan rumah sakit;
- n. tersusunnya ANJAB dan ABK dan pola ketenagaan;
 - o. terlaksananya manajemen sumber daya manusia di rumah sakit dalam hal perencanaan, rekrutmen, pendidikan dan pelatihan, penghargaan dan sanksi, pola karir serta retensi pegawai rumah sakit;
 - p. tersusunnya *Training Need Assessment (TNA)* dan penyusunan perencanaan pendidikan dan pelatihan sesuai dengan gap kebutuhan pendidikan dan pelatihan yang terdapat dalam dokumen *Training Need Assessment (TNA)*;
 - q. mengoordinasikan terlaksananya kegiatan pembelajaran, bimbingan dan pelatihan dari pihak eksternal di rumah sakit;
 - r. pengelolaan keterbukaan informasi publik, layanan pengaduan masyarakat, serta pelaksanaan fungsi PPID pembantu;
 - s. melakukan upaya kehumasan sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk meningkatkan dan mempertahankan citra (*branding*) serta reputasi rumah sakit yang baik;
 - t. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Bagian Umum;
 - u. merencanakan kebutuhan pada Bagian Umum;
 - v. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah pada Bagian Umum;
 - w. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - x. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Bagian Umum mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan

- sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik;
- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien terkait urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan kemonunikasi pelayanan publik;
 - d. mengupayakan kepatuhan atas Laporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara (LHKPN) dan pajak tahunan;
 - e. memimpin upaya penyelesaian komplain berkoordinasi dengan bidang dan bagian di rumah sakit sesuai standar waktu yang telah ditetapkan;
 - f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Bagian Umum;
 - g. memimpin penyusunan laporan pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik;
 - h. memimpin penilaian kinerja pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik serta seluruh pegawai rumah sakit; dan
 - i. memimpin pembinaan pegawai pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik serta memfasilitasi pembinaan seluruh pegawai rumah sakit sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada.

Pasal 15

- (1) Bagian Penyusunan Program dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf d angka 2, dipimpin oleh seorang Kepala Bagian Penyusunan Program dan Keuangan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (2) Kepala Bagian Penyusunan Program dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bagian Penyusunan Program dan Kegiatan:
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bagian Penyusunan Program dan Keuangan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bagian Penyusunan Program dan Keuangan mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar terciptanya budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi;
 - b. penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan

- akuntansi berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- d. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi;
 - f. penyajian data menjadi informasi pada urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi;
 - g. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan kinerja BLUD melalui penyediaan sumber daya keuangan untuk pemenuhan sumber daya manusia, sarana prasarana/peralatan serta memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit di bawah Bagian Penyusunan Program dan Keuangan;
 - h. optimalisasi pendapatan dan pengendalian biaya operasional rumah sakit sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
 - i. penggalian potensi pendapatan rumah sakit yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - j. melaksanakan penatausahaan piutang dan utang rumah sakit secara optimal;
 - k. *review* dan usulan tarif rumah sakit berdasarkan unit *cost* secara berkala;
 - l. mengelola sistem pembayaran jasa pelayanan berbasis kinerja dengan melibatkan bagian/bidang/instalasi/unit/kelompok/unsur lain yang terkait di bawah supervisi Direktur;
 - m. memimpin rekonsiliasi terhadap kegiatan pengadaan barang dan jasa serta modal di rumah sakit secara berkala dan berkesinambungan;
 - n. menjaga ketepatan waktu pembayaran gaji, tunjangan, jasa pelayanan dan kewajiban pada pihak ketiga sesuai dengan ketentuan yang

- berlaku;
- o. pengendalian anggaran dalam rangka menjaga ketersediaan kas untuk keberlangsungan operasional rumah sakit;
 - p. menghimpun dan melakukan sinkronisasi terhadap usulan kebutuhan bidang/bagian;
 - q. tersusunnya dokumen perencanaan program dan evaluasi secara tepat waktu;
 - r. tersusunnya dokumen laporan keuangan rumah sakit secara tepat waktu;
 - s. penyusunan Perjanjian Kinerja;
 - t. pengelolaan kearsipan pada urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala sesuai dengan perundang-undangan;
 - u. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala;
 - v. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bagian Penyusunan Program dan Keuangan maupun di tingkat rumah sakit;
 - w. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - x. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Bagian Penyusunan Program dan Keuangan mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala;

- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien terkait urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala;
- d. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penggunaan anggaran dan penatausahaan pembayaran secara berkala dan berkesinambungan;
- e. mengoordinasikan pemenuhan atas permintaan data kinerja keuangan rumah sakit dari APIP;
- f. memberikan pendapat dari sisi keuangan terhadap rencana Kerja Sama Operasional (KSO) yang akan dilakukan oleh rumah sakit;
- g. memimpin penyusunan laporan urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala;
- h. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Bagian Penyusunan Program dan Keuangan;
- i. memimpin penilaian kinerja staf pada urusan perencanaan program dan evaluasi, perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi; dan
- j. memimpin pembinaan pegawai pada urusan perencanaan program dan evaluasi, perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi.

Pasal 16

- (1) Bagian Aset dan Tata Laksana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf d angka 3, dipimpin oleh seorang Kepala Bagian Aset dan Tata

Laksana yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan;

- (2) Kepala Bagian Aset dan Tata Laksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bagian Penyusunan Aset dan Tata Laksana untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bagian Aset dan Tata Laksana mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - b. penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada pada Bagian Aset dan Tata Laksana berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Bagian Aset dan Tata Laksana secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - f. penyajian data menjadi informasi pada Bagian Aset dan Tata Laksana;

- g. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit kerja di bawah Bagian Aset dan Tata Laksana;
- h. terlaksananya penatausahaan, pemeliharaan, penghapusan, penataan serta penertiban aset rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- i. penertiban barang milik Daerah yang tercatat di dalam kartu inventaris barang rumah sakit;
- j. pelaksanaan kompilasi Standar Operasional Prosedur (SOP), Standar Pelayanan (SP), pemutakhiran regulasi rumah sakit serta penguatan kelembagaan;
- k. pengelolaan seluruh dokumen kebijakan, pedoman, panduan, Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada di rumah sakit;
- l. penyusunan tugas pokok dan fungsi/tugas, pemutakhiran *Hospital By Laws (HBL)*/tata kelola rumah sakit dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
- m. pengelolaan kearsipan di rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- n. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
- o. rencana kebutuhan pada pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
- p. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
- q. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
- r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

(4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana

dimaksud pada ayat (3), Kepala Bagian Aset dan Tata Laksana mempunyai wewenang:

- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
- d. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
- e. memimpin penyusunan laporan pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
- f. memimpin penilaian kinerja pada Bagian Aset dan Tata Laksana; dan
- g. memimpin pembinaan pegawai pada Bagian Aset dan Tata Laksana sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada.

BAB IV

RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI

Bagian Kesatu

Kedudukan

Pasal 17

- (1) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti merupakan unit organisasi bersifat khusus yang memberikan layanan secara profesional.
- (2) Sebagai unit organisasi bersifat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, barang milik Daerah dan bidang kepegawaian dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.
- (3) Otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi

perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan dan penatausahaan barang milik Daerah.

- (4) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti merupakan organisasi yang menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD.
- (5) Dalam penerapan pola keuangan BLUD, Direktur sebagai pemimpin bertanggung jawab kepada Bupati selaku pemilik melalui Dewan Pengawas.

Bagian Kedua Susunan Organisasi

Pasal 18

- (1) Susunan Organisasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti terdiri atas:
 - a. Direktur;
 - b. Bidang Pelayanan Medik, membawahkan:
 1. Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik; dan
 2. Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik.
 - c. Bidang Keperawatan, membawahkan:
 1. Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan; dan
 2. Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan.
 - d. Bidang Penunjang, membawahkan:
 1. Seksi Penunjang Medik; dan
 2. Seksi Penunjang Nonmedik.
 - e. Bagian Umum, Sumber Daya Manusia dan Keuangan, membawahkan:
 1. Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
 2. Subbagian Perencanaan dan Keuangan; dan
 3. Subbagian Umum dan Tata Laksana.
 - f. Kelompok JF dan Jabatan Pelaksana.
- (2) Bagan Susunan Organisasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Kelas C sebagaimana dimaksud pada ayat (1)

tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Ketiga

Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, dan Wewenang

Paragraf 1

Umum

Pasal 19

- (1) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti mempunyai tugas membantu Dinas dalam melaksanakan urusan pemerintahan dalam upaya kesehatan perorangan secara paripurna sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti mempunyai fungsi:
 - a. penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjutan yang mengedepankan pelayanan kuratif, rehabilitatif, dan paliatif tanpa mengabaikan promotif dan preventif sesuai standar;
 - b. penyelenggaraan pelayanan kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialisik dan/atau subspecialistik;
 - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
 - d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Paragraf 2

Direktur

Pasal 20

- (1) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti dipimpin oleh Direktur yang memiliki tugas membantu Bupati melalui Dinas dalam urusan penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjutan secara paripurna sesuai aturan perundang-undangan dan standar akreditasi rumah sakit.
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf a mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengoordinasikan serta mengawasi dan mengendalikan penyelenggaraan rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) , Direktur menyelenggarakan fungsi:
 - a. penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjutan yang meliputi pelayanan spesialistik dan/atau pelayanan subspecialistik;
 - b. penyelenggaraan pelayanan penunjang medik dan nonmedik;
 - c. penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan; dan
 - e. penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Direktur mempunyai tanggung jawab:
 - a. penyusunan Renstra rumah sakit;
 - b. pemenuhan sumber daya di rumah sakit sesuai dengan persyaratan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan;
 - c. membangun budaya organisasi yang sesuai dengan

- nilai-nilai rumah sakit agar terciptanya budaya kerja melayani yang mampu memberikan pelayanan publik berkualitas;
- d. mewujudkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*good corporate governance* dan *good clinical governance*);
 - e. implementasi konsep BLUD di rumah sakit untuk mewujudkan kemandirian keuangan melalui pengelolaan keuangan rumah sakit yang efektif dan efisien;
 - f. implementasi rumah sakit yang ramah lingkungan;
 - g. menghimpun dan menyampaikan data/informasi yang akan dikonsolidasikan ke dalam penyusunan Laporan Keuangan Dinas (LKPD), Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (LPPD), Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LkjiP), Profil Kesehatan serta laporan lain yang dibutuhkan kepada Dinas;
 - h. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan rumah sakit kepada Dinas;
 - i. melaporkan capaian kinerja rumah sakit (Laporan Kinerja BLUD), SPM RS, Indikator Mutu Rumah Sakit) kepada Bupati;
 - j. melaporkan perencanaan dan pelaksanaan program upaya kesehatan perorangan kepada Dinas Kesehatan; dan
 - k. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (5) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (4) Direktur mempunyai wewenang:
- a. memimpin pembangunan zona integritas di rumah sakit untuk menuju wilayah bebas korupsi/wilayah birokrasi bersih melayani;
 - b. memimpin implementasi kendali biaya, kendali mutu, dan pencegahan terhadap potensi *fraud* dan gratifikasi di rumah sakit sesuai dengan prinsip

penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);

- c. memimpin implementasi SPIP dan manajemen risiko di lingkungan rumah sakit;
- d. memimpin implementasi tata kelola arsip sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- e. memimpin implementasi pengadaan barang dan jasa yang senantiasa berpedoman pada prinsip efektif, efisien, dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- f. memimpin pendistribusian dan pendelegasian tugas kepada seluruh jajarannya sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya masing-masing; dan
- g. memimpin pembinaan pegawai dan penilaian kinerja pegawai.

Paragraf 3

Bidang Pelayanan Medik

Pasal 21

- (1) Bidang Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf b, dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Pelayanan Medik yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Bidang Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Pelayanan Medik;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bidang Pelayanan Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin

mutu dan keselamatan pasien.

- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Pelayanan Medik mempunyai tanggung jawab:
- a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - b. penyelenggaraan asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. pengembangan layanan unggulan dan upaya pemenuhan sumber daya medis serta peningkatan pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
 - d. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
 - e. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan Instalasi Rawat Jalan (IRJA), Instalasi Bedah Sentral (IBS) dan Instalasi Rawat Intensif (IRIN);
 - f. penyusunan dan evaluasi *Medical Staff By Laws* (MSBL);
 - g. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan pada seluruh instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Pelayanan Medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - h. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan

- monitoring evaluasi pelayanan medik dan pada seluruh instalasi yang berada di bawah supervisi Pelayanan Medik secara berkala;
- i. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Pelayanan Medik;
 - j. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Pelayanan Medik dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
 - k. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite medik serta Kelompok Staf Medis (KSM) dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
 - l. melakukan pembinaan dan pendampingan terhadap Kelompok Staf Medis (KSM) agar terwujud asuhan medik yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien;
 - m. mendampingi/menyusun indikator mutu unit kerja dan mutu unit pelayanan yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - n. mengupayakan pencapaian target indikator mutu yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - o. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
 - p. penyusunan Panduan Praktik Klinik (PPK) dan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan yang menunjang kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit;
 - q. memfasilitasi penyusunan, monitoring dan evaluasi *Clinical Pathway (CP)* bersama komite/bidang/instalasi terkait;
 - r. tersedianya alur dan sistem pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi untuk semua layanan di rumah sakit termasuk pengembangan layanan baru;

- s. menjaga kontinuitas asuhan medik dari Unit Gawat Darurat (UGD)/Instalasi Rawat Jalan (IRJA)- Instalasi Rawat Inap (IRNA)/Instalasi Rawat Intensif (IRIN)/Instalasi Bedah Sentral (IBS) yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- t. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan medis dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care (PCC)*;
- u. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf medis serta pegawai di bawah Bidang Pelayanan Medik;
- v. mendorong kepatuhan staf medis terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
- w. mendorong kepatuhan staf medis terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
- x. mendorong kepatuhan staf medis terhadap SPM RS;
- y. mendorong kepatuhan staf medis terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan serta *Clinical Pathway (CP)* dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- z. penyajian data menjadi informasi dari Bidang Pelayanan Medik;
- aa. menyusun *risk register* serta melakukan pengolahan manajemen risiko pada Bidang Pelayanan Medik;
- bb. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Pelayanan Medik;
- cc. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Pelayanan Medik;
- dd. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Pelayanan

Medik;

- ee. melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan;
dan
 - ff. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Bidang Pelayanan Medik mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway (CP)* serta SPM RS pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada Instalasi Rawat Jalan (IRJA), Instalasi Bedah Sentral (IBS) dan Instalasi Manajemen Data Rekam Medik di bawah supervisi Direktur;
 - f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - g. memimpin penilaian kinerja staf medis serta pegawai di bawah Bidang Pelayanan Medik melalui

Focused Professional Practice Evaluation/FPPE serta Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Direktur ; dan

h. memimpin pembinaan pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik atas kepatuhan terhadap *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Direktur.

Pasal 22

- (1) Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf b angka 1, dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik;
- (2) Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi/subbagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf medis serta pegawai lain yang berada

- di bawah Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
- b. penyelenggaraan asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
 - d. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan Instalasi Bedah Sentral (IBS) dan Instalasi Rawat Intensif (IRIN);
 - e. penyusunan dan evaluasi *Medical Staff By Laws (MSBL)*
 - f. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - g. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik secara berkala;
 - h. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - i. mendampingi/menyusun indikator mutu unit kerja dan mutu unit pelayanan yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - j. mengupayakan pencapaian target indikator mutu yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - k. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
 - l. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite medik serta Kelompok Staf Medis (KSM) dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
 - m. melakukan pembinaan dan pendampingan

- terhadap Kelompok Staf Medis (KSM) agar terwujud asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien;
- n. penyusunan Panduan Praktik Klinik (PPK) dan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan yang menunjang kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit;
 - o. memfasilitasi penyusunan, monitoring dan evaluasi *Clinical Pathway (CP)* bersama komite/seksi/instalasi terkait;
 - p. tersedianya alur dan sistem pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi untuk semua layanan di rumah sakit termasuk pengembangan layanan baru;
 - q. menjaga kontinuitas asuhan medik dari Unit Gawat Darurat (UGD)/Instalasi Rawat Jalan (IRJA)-Instalasi Rawat Inap (IRNA)/Instalasi Rawat Intensif (IRIN)/Instalasi Bedah Sentral (IBS) yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
 - r. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan medis dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care (PCC)*;
 - s. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf medis serta pegawai di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - t. menyusun *risk register* serta melakukan pengolahan manajemen risiko pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - u. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - v. penyajian data menjadi informasi dari Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - w. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Pelayanan

Medik;

- x. melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan; dan
 - y. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - d. memimpin sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada di bawah supervisi Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada Instalasi Bedah Sentral (IBS) dan Instalasi Rawat Intensif (IRIN) di bawah supervisi Kepala Bidang Pelayanan Medik;
 - f. melakukan upaya pencegahan fraud serta gratifikasi terhadap pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - g. memberikan penilaian kinerja pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik; dan
 - h. melakukan pembinaan pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik.

Pasal 23

- (1) Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik

sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf b angka 2, dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik;

- (2) Kepala Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi/subbagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - b. penyelenggaraan asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. pengembangan layanan unggulan dan upaya pemenuhan sumber daya medis serta peningkatan pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;

- d. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
- e. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan Instalasi Instalasi Rawat Jalan (IRJA) dan Instalasi Manajemen Data Rekam Medik;
- f. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- g. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik secara berkala;
- h. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
- i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite medik serta Kelompok Staf Medis (KSM) dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- j. melakukan pembinaan dan pendampingan terhadap Kelompok Staf Medis (KSM) agar terwujud asuhan medik yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien;
- k. pencapaian target indikator mutu yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
- l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- m. tersedianya alur dan sistem pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi untuk semua layanan di rumah sakit termasuk pengembangan layanan baru;
- n. menjaga kontinuitas asuhan medik dari Unit Gawat

Darurat (UGD)/Instalasi Rawat Jalan (IRJA)-
Instalasi Rawat Inap (IRNA)/Instalasi Rawat Intensif
(IRIN)/Instalasi Bedah Sentral (IBS) yang sesuai
dengan standar akreditasi rumah sakit;

- o. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan medis dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care (PCC)*;
 - p. mendorong kepatuhan staf medis terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - q. mendorong kepatuhan staf medis terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - r. mendorong kepatuhan staf medis terhadap SPM RS;
 - s. mendorong kepatuhan staf medis terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan serta *Clinical Pathway (CP)* dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
 - t. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Pelayanan Medik;
 - u. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - v. menyajikan data dari Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - w. menyusun *risk register* serta melakukan pengolahan manajemen risiko pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - x. melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan; dan
 - y. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan

- teknis dan administrasi pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway (CP)* serta SPM RS;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada Instalasi Rawat Jalan (IRJA) dan Instalasi Manajemen Data Rekam Medik di bawah supervisi Kepala Bidang Pelayanan Medik;
 - f. melakukan upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi terhadap pegawai pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - g. melakukan penilaian kinerja staf medis serta pegawai di bawah Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik melalui *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE* serta Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik; dan
 - h. melakukan pembinaan pada staf medis dan pegawai Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik.

Paragraf 4

Bidang Keperawatan

Pasal 24

- (1) Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf c, dipimpin oleh seorang Kepala Bidang

Keperawatan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

- (2) Kepala Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Keperawatan;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bidang Keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Keperawatan mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf keperawatan serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Keperawatan;
 - b. terselenggaranya mutu pelayanan keperawatan melalui implementasi Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP);
 - c. kegiatan asuhan keperawatan, peningkatan mutu dan etika pelayanan keperawatan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - d. pengembangan pelayanan dan sumber daya keperawatan, layanan unggulan, pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
 - e. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi fraud sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);

- f. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan Instalasi Rawat Darurat (IRD) dan Instalasi Rawat Inap (IRNA);
- g. penyusunan dan evaluasi *Nursing Staff By Laws* (NSBL);
- h. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu keperawatan, pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan serta pada seluruh instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- i terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu keperawatan, pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan serta pada seluruh instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Keperawatan secara berkala;
- j. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Pelayanan Keperawatan;
- k. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Keperawatan dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- l. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite keperawatan serta seminar keperawatan dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- m. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Bidang Keperawatan;

- n. upaya pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Bidang Keperawatan;
- o. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- p. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway* (CP) dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- q. menjaga kontinuitas asuhan medik dari Unit Gawat Darurat (UGD)/Instalasi Rawat Jalan (IRJA)- Instalasi Rawat Inap (IRNA)/Instalasi Rawat Intensif (IRIN)/Instalasi Bedah Sentral (IBS) yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- r. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
- s. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation*/FPPE) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan;
- t. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
- u. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap peraturan perundang – undangan serta kebijakan rumah sakit;
- v. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap SPM RS;
- w. penyajian data menjadi informasi dari Bidang Keperawatan;
- x. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Bidang Keperawatan;

- y. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Keperawatan;
 - z. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya keperawatan serta pendidikan dan pelatihan;
 - aa. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Keperawatan;
 - bb. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - cc. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Bidang Keperawatan mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway (CP)* serta SPM RS;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada Instalasi Rawat Darurat (IRD) dan Instalasi

- Rawat Inap (IRNA) di bawah supervisi Direktur;
- f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf keperawatan serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Keperawatan;
 - g. memimpin penilaian kinerja staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan melalui *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE* serta Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Direktur; dan
 - h. memimpin pembinaan pada staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan atas kepatuhan terhadap *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Direktur.

Pasal 25

- (1) Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf c angka 1, dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Keperawatan:
- (2) Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi/subbagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Kepala Bidang Keperawatan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.

- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan mempunyai tanggung jawab:
- a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf keperawatan serta pegawai lain di bawah Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;
 - b. terselenggaranya mutu pelayanan keperawatan melalui implementasi Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP);
 - c. kegiatan asuhan keperawatan, peningkatan mutu dan etika pelayanan keperawatan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - d. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);;
 - e. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan Instalasi Rawat Darurat (IRD);
 - f. penyusunan dan evaluasi *Nursing Staff By Laws* (NSBL);
 - g. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - h. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan secara berkala;
 - i. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;
 - j. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite keperawatan serta seminar keperawatan

- dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- k. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Bidang Keperawatan;
 - l. upaya pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Bidang Keperawatan;
 - m. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
 - n. menjaga kontinuitas asuhan medik dari Unit Gawat Darurat (UGD)/Instalasi Rawat Jalan (IRJA)-Instalasi Rawat Inap (IRNA)/Instalasi Rawat Intensif (IRIN)/Instalasi Bedah Sentral (IBS) yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
 - o. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
 - p. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation*/FPPE) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf keperawatan serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Keperawatan;
 - q. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Keperawatan;
 - r. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Asuhan Dan Mutu Pelayanan Keperawatan;
 - s. menyajikan data dari Seksi Asuhan Dan Mutu Pelayanan Keperawatan;
 - t. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Keperawatan;
 - u. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh

- atasan; dan
- v. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;
 - d. memimpin sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Keperawatan dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada Instalasi Rawat Darurat (IRD) di bawah supervisi Kepala Bidang Keperawatan;
 - f. melakukan upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;
 - g. memberikan penilaian kinerja pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan; dan
 - h. melakukan pembinaan pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan.

Pasal 26

- (1) Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf c angka 2, dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan

Keperawatan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Keperawatan:

- (2) Kepala Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi/subbagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Kepala Bidang Keperawatan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada pada staf keperawatan serta pegawai lain di bawah Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - b. terselenggaranya mutu pelayanan keperawatan melalui implementasi Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP);
 - c. kegiatan asuhan keperawatan, peningkatan mutu dan etika pelayanan keperawatan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - d. pengembangan pelayanan dan sumber daya keperawatan, layanan unggulan, pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran

- secara berkesinambungan;
- e. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
 - f. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan Instalasi Rawat Inap (IRNA);
 - g. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - h. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan secara berkala;
 - i. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - j. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite keperawatan serta seminat keperawatan dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
 - k. upaya pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Bidang Keperawatan;
 - l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
 - m. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway* (CP) dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
 - n. menjaga kontinuitas asuhan medik dari Unit Gawat Darurat (UGD)/Instalasi Rawat Jalan (IRJA)-

Instalasi Rawat Inap (IRNA)/Instalasi Rawat Intensif (IRIN)/Instalasi Bedah Sentral (IBS) yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;

- o. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
 - p. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - q. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - r. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap SPM RS;
 - s. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya keperawatan serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Keperawatan;
 - t. menyajikan data dari Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - u. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - v. pengelolaan kearsipan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - w. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - x. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi

- Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway (CP)* serta SPM RS;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada Instalasi Rawat Inap (IRNA) dibawah supervisi Kepala Bidang Keperawatan;
 - f. melakukan upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf keperawatan serta pegawai pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - g. melakukan penilaian kinerja staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan melalui *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE* serta Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Kepala Bidang Keperawatan; dan
 - h. melakukan pembinaan pada staf keperawatan dan pegawai pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan.

Paragraf 5

Bidang Penunjang

Pasal 27

- (1) Bidang Penunjang sebagaimana dimaksud dalam Pasal

18 ayat (1) huruf d, dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Penunjang yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

- (2) Kepala Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Penunjang;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bidang Penunjang untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Penunjang mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada tenaga kesehatan lain dan pada pegawai di bawah Bidang Penunjang;
 - b. kegiatan asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
 - d. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi penunjang laboratorium dan unit pengelola darah, radiologi, rehabilitasi medis, farmasi, instalasi manajemen

data dan rekam medik, instalasi gizi, unit *Central Sterile Supply Department (CSSD)*, unit binatu, unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (PSRS), dan unit kesehatan lingkungan;

- e. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan nonmedik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- f. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan nonmedik secara berkala;
- g. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Penunjang;
- h. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Penunjang dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite medik serta Kelompok Staf Medis (KSM) dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- j. mendampingi/menyusun indikator mutu unit kerja dan mutu unit pelayanan yang berada di bawah Bidang Penunjang;
- k. mengupayakan pencapaian target indikator mutu yang berada di bawah Bidang Penunjang;
- l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- m. mendorong kepatuhan staf medis terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan serta *Clinical Pathway (CP)* dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- n. menjaga kontinuitas pelayanan penunjang laboratorium dan unit pengelola darah, radiologi,

- rehabilitasi medis, farmasi, instalasi manajemen data dan rekam medik, instalasi gizi, unit *Central Sterile Supply Department (CSSD)*, unit binatu, unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (PSRS), dan unit kesehatan lingkungan pada Unit Gawat Darurat (UGD)/Instalasi Rawat Jalan (IRJA)-Instalasi Rawat Inap (IRNA)/Instalasi Rawat Intensif (IRIN)/Instalasi Bedah Sentral (IBS) sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- o. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan tenaga kesehatan lain dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care (PCC)*;
 - p. menyusun standar penilaian kinerja berupa Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang;
 - q. pemeliharaan peralatan kesehatan/penunjang secara berkala;
 - r. pelaksanaan inventarisasi dan rekonsiliasi peralatan kesehatan/penunjang serta persediaan perbekalan farmasi bersama Bagian Umum, Sumber Daya Manusia dan Keuangan secara berkala;
 - s. melakukan perhitungan dan audit utilisasi alat kesehatan bersama instalasi terkait;
 - t. mengoordinasikan penyusunan dan pelaksanaan formularium rumah sakit secara tepat waktu;
 - u. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - v. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - w. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang terhadap SPM RS;

- x. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Penunjang;
 - y. penyajian data menjadi informasi pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - z. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Bidang Penunjang;
 - aa. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Penunjang;
 - bb. penyelesaian tindak lanjut hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Penunjang;
 - cc. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - dd. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Bidang Penunjang mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway (CP)* serta SPM RS;
 - e. melaksanakan monitoring dan evaluasi kerja sama dalam bentuk Kerja Sama Operasional (KSO) peralatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - f. memfasilitasi penyelesaian masalah instalasi

- penunjang di bawah supervisi Direktur;
- g. memimpin pecegahan *fraud* serta gratifikasi pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang;
 - h. memimpin penilaian kinerja tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang melalui Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Direktur; dan
 - i. memimpin pembinaan pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang atas kepatuhan terhadap *Hospital By Laws (HBL)*, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Direktur.

Pasal 28

- (1) Seksi Penunjang Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf d angka 1, dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Penunjang Medik yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Penunjang;
- (2) Kepala Penunjang Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Penunjang Medik;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi/subbagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Kepala Bidang Penunjang pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Seksi Penunjang Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Penunjang Medik mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya

kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada tenaga kesehatan lain dan pada pegawai di bawah Seksi Penunjang Medik;

- b. kegiatan asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
- c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
- d. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi penunjang medik, laboratorium dan unit pengelola darah, radiologi, rehabilitasi medis, farmasi dan instalasi manajemen data dan rekam medik;
- e. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- f. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- g. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Penunjang Medik;
- h. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi laboratorium dan unit pengelola darah, radiologi, rehabilitasi medis farmasi serta instalasi manajemen data dan rekam medik dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite tenaga kesehatan lain dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good*

- clinical governance*) di rumah sakit;
- j. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Seksi Penunjang Medik;
 - k. mengupayakan pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Seksi Penunjang Medik;
 - l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
 - m. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway* (CP) dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
 - n. menjaga kontinuitas pelayanan penunjang dari laboratorium dan unit pengelola darah, radiologi, rehabilitasi medis, farmasi serta instalasi manajemen data dan rekam medik pada Unit Gawat Darurat (UGD)/Instalasi Rawat Jalan (IRJA)- Instalasi Rawat Inap (IRNA)/Instalasi Rawat Intensif (IRIN)/Instalasi Bedah Sentral (IBS) yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
 - o. mengintegrasikan dan menggordinasikan asuhan tenaga kesehatan lain dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care (PCC)*;
 - p. menyusun standar penilaian kinerja berupa Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Medik;
 - q. mengoordinasikan penyusunan dan pelaksanaan formularium rumah sakit secara tepat waktu;
 - r. pelaksanaan inventarisasi dan rekonsiliasi persediaan perbekalan farmasi bersama Subbagian Perencanaan dan Keuangan secara berkala;

- s. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Medik terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - t. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Medik terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - u. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Medik terhadap SPM RS;
 - v. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Seksi Penunjang Medik;
 - w. penyajian data menjadi informasi pada Seksi Penunjang Medik;
 - x. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Seksi Penunjang Medik;
 - y. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Penunjang medik;
 - z. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Seksi Penunjang Medik;
 - aa. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - bb. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Seksi Penunjang Medik mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Penunjang Medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi

- Penunjang Medik;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Penunjang Medik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway* (CP) serta SPM RS;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada instalasi laboratorium dan unit pengelola darah, radiologi, rehabilitasi medis serta farmasi di bawah supervisi Kepala Bidang Penunjang;
 - f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Medik;
 - g. memimpin penilaian kinerja tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Medik melalui Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Kepala Bidang Penunjang; dan
 - h. memimpin pembinaan pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Medik atas kepatuhan terhadap *Hospital By Laws (HBL)*, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Kepala Bidang Penunjang.

Pasal 29

- (1) Seksi Penunjang Nonmedik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf d angka 2, dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Penunjang Nonmedik yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Penunjang;
- (2) Kepala Seksi Penunjang Nonmedik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Penunjang Nonmedik:

- b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi/subbagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Kepala Bidang Penunjang pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Seksi Penunjang Nonmedik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Penunjang Nonmedik mempunyai tanggung jawab:
- a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada tenaga kesehatan lain dan pada pegawai di bawah Seksi Penunjang Nonmedik;
 - b. kegiatan asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
 - d. melakukan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi penunjang nonmedik yaitu instalasi pusat sterilisasi, instalasi binatu, instalasi pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit, dan instalasi gizi;
 - e. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang nonmedik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - f. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang nonmedik secara berkala;
 - g. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada

Seksi Penunjang Nonmedik;

- h. pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi pusat sterilisasi, instalasi binatu, instalasi pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit, dan instalasi gizi dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite tenaga kesehatan lain dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- j. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Seksi Penunjang Non Medik;
- k. mengupayakan pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Seksi Penunjang Nonmedik;
- l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- m. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan serta *Clinical Pathway* (CP) dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- n. menjaga kontinuitas pelayanan penunjang nonmedik instalasi gizi, *Central Sterile Supply Department (CSSD)*, unit binatu, unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (PSRS), dan unit kesehatan lingkungan pada Unit Gawat Darurat (UGD)/Instalasi Rawat Jalan (IRJA)-Instalasi Rawat Inap (IRNA)/Instalasi Rawat Intensif (IRIN)/Instalasi Bedah Sentral (IBS) yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- o. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan tenaga kesehatan lain dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care*

- (PCC);
- p. menyusun standar penilaian kinerja berupa Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Nonmedik;
 - q. pemeliharaan peralatan kesehatan/penunjang secara berkala;
 - r. pelaksanaan inventarisasi dan rekonsiliasi peralatan kesehatan/penunjang bersama Subbagian Perencanaan dan Keuangan secara berkala;
 - s. melakukan perhitungan dan audit utilisasi alat kesehatan bersama instalasi terkait;
 - t. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Nonmedik terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - u. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Nonmedik terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - v. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Nonmedik terhadap SPM RS;
 - w. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Seksi Penunjang Nonmedik;
 - x. penyajian data menjadi informasi pada Seksi Penunjang Nonmedik;
 - y. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Seksi penunjang *Nonmedik*;
 - z. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Penunjang Nonmedik;
 - aa. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Seksi Penunjang

- Nonmedik;
- bb. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - cc. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Seksi Penunjang Nonmedik mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Penunjang Non Medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Penunjang Nonmedik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Penunjang Nonmedik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway* (CP) serta SPM RS;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah instalasi gizi, *Central Sterile Supply Department (CSSD)*, unit binatu, unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (PSRS) dan unit kesehatan lingkungan di bawah supervisi Kepala Bidang Penunjang;
 - f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Nonmedik;
 - g. memimpin penilaian kinerja tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Nonmedik melalui Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Kepala Bidang Penunjang; dan
 - h. memimpin pembinaan pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang Nonmedik atas kepatuhan terhadap *Hospital By Laws (HBL)*, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-

undangan dan melaporkan kepada Kepala Bidang Penunjang.

Paragraf 6

Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan

Pasal 30

- (1) Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf e, dipimpin oleh seorang Kepala Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien;
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;
 - b. penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;

- c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;
- d. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;
- e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;
- f. penyajian data menjadi informasi pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;
- g. menunjang mutu rumah sakit melalui penyediaan sumber daya manusia, sarana prasarana/peralatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- h. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit kerja pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;
- i. penyusunan tugas pokok dan fungsi/uraian tugas, pemutakhiran *Hospital By Laws (HBL)*/tata kelola rumah sakit dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
- j. terlaksananya perencanaan, pengadaan, penatausahaan, pemeliharaan, penghapusan, penataan serta penertiban aset serta persediaan rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- k. keamanan, ketertiban, kebersihan, kerapian dan keindahan rumah sakit;
- l. pengadaan dan pemeliharaan peralatan, sarana, prasarana, bangunan serta jalan di rumah sakit;
- m. pelaksanaan pengadaan barang dan jasa yang efektif, efisien dan bebas dari kepentingan;
- n. implementasi reformasi birokrasi, keterbukaan informasi publik, zona integritas, layanan pengaduan masyarakat, survey indeks kepuasan masyarakat, survei internal organisasi, serta

- pelaksanaan fungsi PPID Pembantu;
- o. pelaksanaan kompilasi Standar Operasional Prosedur (SOP), Standar Pelayanan (SP), pemutakhiran regulasi rumah sakit serta penguatan kelembagaan;
 - p. melakukan upaya pemasaran dan kehumasan sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk meningkatkan dan mempertahankan citra (*branding*) serta reputasi rumah sakit yang baik;
 - q. membangun kerja sama yang baik dengan berbagai *stakeholders* agar tercapai sinergisitas yang optimal bagi kedua belah pihak;
 - r. tersusunnya ANJAB dan ABK, Pola Ketenagaan serta *Training Need Assessment (TNA)*;
 - s. penatausahaan kepegawaian dan pelaksanaan manajemen sumber daya manusia di rumah sakit dalam hal perencanaan, rekrutmen, pendidikan dan pelatihan, penghargaan dan sanksi, pola karir serta retensi pegawai rumah sakit;
 - t. menyelenggarakan penatausahaan keuangan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan;
 - u. terhadap optimalisasi pendapatan, penggalan potensi pendapatan serta pengendalian biaya operasional rumah sakit sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
 - v. mengelola sistem pembayaran jasa pelayanan berbasis kinerja dengan melibatkan bagian/bidang/instalasi/unit/kelompok/unsur lain yang terkait di bawah supervisi Direktur;
 - w. menjaga ketepatan waktu pembayaran gaji, tunjangan, jasa pelayanan dan kewajiban pada pihak ketiga sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - x. menghimpun dan melakukan sinkronisasi terhadap usulan kebutuhan bidang/bagian;
 - y. tersusunnya dokumen perencanaan dan anggaran secara tepat waktu;
 - z. tersusunnya dokumen pelaporan kinerja serta

- keuangan rumah sakit secara tepat waktu;
- aa. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;
 - bb. pengelolaan kearsipan di rumah sakit sesuai dengan perundang-undangan;
 - cc. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;
 - dd. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - ee. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Kepala Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;
 - d. memimpin kepatuhan atas Laporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara (LHKPN) dan pajak tahunan rumah sakit;
 - e. memimpin pemenuhan atas permintaan data kinerja keuangan rumah sakit dari APIP;
 - f. memberikan pendapat dari sisi keuangan terhadap rencana Kerja Sama Operasional (KSO) yang akan dilakukan oleh rumah sakit;
 - g. memimpin upaya penyelesaian komplain berkoordinasi dengan bidang di rumah sakit sesuai

- dengan standar waktu yang telah ditetapkan;
- h. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan;
 - i. memimpin penilaian kinerja staf pada urusan kepegawaian pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan dan pelaksanaan penilaian kinerja seluruh rumah sakit; dan
 - j. memimpin pembinaan pegawai pada Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan serta memfasilitasi pembinaan seluruh pegawai rumah sakit sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada.

Pasal 31

- (1) Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf e angka 1, dipimpin oleh seorang Kepala Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan.
- (2) Kepala Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan subbagian/seksi terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Kepala Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia untuk

pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien;

- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia mempunyai tanggung jawab:
- a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
 - b. implementasi standar akreditasi pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
 - f. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
 - g. menyajikan data dari Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
 - h. pelaksanaan manajemen sumber daya manusia di rumah sakit dalam hal perencanaan, rekrutmen, pendidikan dan pelatihan, penghargaan dan sanksi, pola karir serta retensi pegawai rumah sakit berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - i. tersusunnya ANJAB dan ABK, Pola Ketenagaan

- serta *Training Need Assessment (TNA)* serta Perjanjian Kinerja;
- j. mengoordinasikan dan melaksanakan diklat sesuai dokumen *Training Need Assessment (TNA)*;
 - k. mengusulkan kebutuhan sumber daya manusia rumah sakit kepada Pemerintah Daerah melalui Dinas;
 - l. melaksanakan penatausahaan kepegawaian di rumah sakit;
 - m. mengoordinasikan terlaksananya kegiatan pembelajaran, bimbingan dan pelatihan dari pihak eksternal di rumah sakit;
 - n. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen resiko pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
 - o. pengelolaan kearsipan pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia sesuai dengan perundang-undangan;
 - p. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
 - q. menyusun laporan dari Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
 - r. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - s. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia mempunyai wewenang:
- a. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar

- akreditasi dan keselamatan pasien pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
- c. menghimpun Laporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara (LHKPN) dan pajak tahunan di rumah sakit;
 - d. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
 - e. memberikan penilaian kinerja staf pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia serta menghimpun penilaian kinerja staf seluruh pegawai rumah sakit; dan
 - f. memimpin pembinaan pegawai pada Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia serta memfasilitasi upaya pembinaan pegawai seluruh rumah sakit.

Pasal 32

- (1) Subbagian Perencanaan dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf e angka 2, dipimpin oleh seorang Kepala Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan.
- (2) Kepala Subbagian Perencanaan dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Subbagian Perencanaan dan Keuangan;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan subbagian/seksi terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Kepala Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan

output/outcome) dari Subbagian Perencanaan dan Keuangan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien;

- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Subbagian Perencanaan dan Keuangan mempunyai tanggung jawab:
- a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Subbagian Perencanaan dan Keuangan;
 - b. implementasi standar akreditasi pada Subbagian Perencanaan dan Keuangan;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Subbagian Perencanaan dan Keuangan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Subbagian Perencanaan dan Keuangan secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Subbagian Perencanaan dan Keuangan;
 - f. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit pada Subbagian Perencanaan dan Keuangan;
 - g. menyajikan data dari Subbagian Perencanaan dan Keuangan;
 - h. penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) serta *input* Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) ke dalam Sistem Informasi Perencanaan Daerah (SIPD) secara tepat waktu;
 - i. tersedianya Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) rumah sakit;
 - j. menyajikan data capaian kinerja pelayanan maupun kinerja keuangan rumah sakit secara berkala (triwulanan);
 - k. tersusunnya dokumen laporan kinerja rumah sakit (laporan SPM RS, laporan kinerja BLUD dan capaian

- indikator mutu rumah sakit) secara tepat waktu;
- l. menghimpun data/informasi yang akan dikonsolidasikan ke dalam penyusunan Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (LPPD), Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LkjIP), profil kesehatan serta laporan lain yang dibutuhkan oleh Dinas;
 - m. menghimpun data/informasi capaian program dari upaya kesehatan perorangan untuk dikonsolidasikan kepada laporan program Dinas;
 - n. optimalisasi penerimaan rumah sakit baik dari kegiatan pelayanan pasien maupun non-pelayanan;
 - o. pembayaran jasa pelayanan berbasis kinerja dengan secara tepat jumlah dan tepat waktu;
 - p. ketepatan waktu pembayaran gaji, tunjangan dan kewajiban pada pihak ketiga sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - q. penatausahaan dan pelaporan perpajakan yang dipungut oleh rumah sakit;
 - r. menerbitkan *invoice*/tagihan atas pelayanan kepada pihak ketiga secara tepat waktu;
 - s. mengelola piutang secara optimal (monitoring arus kas masuk yang berasal dari perlunasan piutang) agar penerimaan rumah sakit tetap berkesinambungan;
 - t. mengelola utang rumah sakit secara optimal;
 - u. penyusunan laporan keuangan triwulanan, semester dan tahunan sesuai standar akuntansi yang berlaku;
 - v. penyusunan laporan pengesahan pendapatan dan belanja BLUD setiap triwulan;
 - w. melaksanakan rekonsiliasi neraca aset dan persediaan dengan Seksi Penunjang Medik/Nonmedik dan Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD);
 - x. menghimpun dan menyampaikan dokumen data kinerja keuangan rumah sakit kepada APIP bila

- diperlukan;
- y. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat dari Subbagian Perencanaan dan Keuangan;
 - z. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Subbagian Perencanaan dan Keuangan;
 - aa. pengelolaan kearsipan pada Subbagian Perencanaan dan Keuangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - bb. menyusun laporan dari Subbagian Perencanaan dan Keuangan;
 - cc. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - dd. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Subbagian Perencanaan dan Keuangan mempunyai wewenang:
- a. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Subbagian Perencanaan dan Keuangan;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Subbagian Perencanaan dan Keuangan;
 - c. menghimpun dan melakukan sinkronisasi terhadap usulan kebutuhan bidang/bagian/instalasi/unit di rumah sakit sebagai bahan penyusunan Rencana Kerja Anggaran (RKA);
 - d. memimpin rekonsiliasi keuangan, administrasi dan fisik kegiatan terhadap pengadaan barang dan jasa serta modal di rumah sakit secara berkala (triwulan);
 - e. melakukan pengujian kelengkapan dokumen pertanggungjawaban penerimaan dan belanja;
 - f. memimpin penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan

- (BPK)/Inspektorat Daerah pada tingkat rumah sakit;
- g. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Subbagian Perencanaan dan Keuangan;
 - h. memberikan penilaian kinerja staf ada Subbagian Perencanaan dan Keuangan; dan
 - i. memimpin pembinaan pegawai pada Subbagian Perencanaan dan Keuangan.

Pasal 33

- (1) Subbagian Umum dan Tata Laksana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf e angka 3, dipimpin oleh seorang Kepala Subbagian Umum dan Tata Laksana yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan.
- (2) Kepala Subbagian Umum dan Tata Laksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Subbagian Umum dan Tata Laksana;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan subbagian/seksi terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Kepala Bagian Umum, Sumber Daya Manusia, dan Keuangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Subbagian Umum dan Tata Laksana untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien;
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Subbagian Umum dan Tata Laksana mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Subbagian Umum dan Tata Laksana;
 - b. implementasi standar akreditasi pada Subbagian Umum dan Tata Laksana;

- c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Subbagian Umum dan Tata Laksana berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- d. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Subbagian Umum dan Tata Laksana secara berkala;
- e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Subbagian Umum dan Tata Laksana;
- f. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit Subbagian Umum dan Tata Laksana;
- g. menyajikan data dari Subbagian Umum dan Tata Laksana;
- h. mengelola kebersihan, kerapian dan keindahan ruangan, gedung serta lingkungan rumah sakit;
- i. pengadaan dan pemeliharaan peralatan (non-alat kesehatan), sarana prasarana gedung serta jalan di rumah sakit termasuk penyediaan suku cadang dan pembayaran listrik, air telepon serta internet;
- j. mengelola parkir, keamanan dan ketertiban dalam lingkungan rumah sakit;
- k. pengadaan, pembinaan, monitoring dan evaluasi semua pihak ketiga (*outsourcing*) yang bekerja sama dengan rumah sakit;
- l. perencanaan, pengelolaan dan penatausahaan logistik serta persediaan rumah sakit;
- m. pelaksanaan reformasi birokrasi dan pembangunan zona integritas menuju wilayah bebas korupsi;
- n. mempersiapkan penilaian rumah sakit terkait reformasi birokrasi, zona integritas, pelayanan publik, penilaian ombudsman serta proper lingkungan hidup;
- o. pelaksanaan survey indeks kepuasan masyarakat, survey kepuasan pegawai serta survei indeks persepsi korupsi;
- p. penyusunan dokumen rencana operasional rumah

- sakit yang merupakan tindak lanjut *road map* pengembangan rumah sakit;
- q. mengoordinasikan pelaksanaan urusan surat menyurat rumah sakit;
 - r. terlaksananya pengelolaan aset secara umum meliputi perencanaan, pengadaan, penatausahaan, penertiban, pemeliharaan, penghapusan dan pelaporan aset rumah sakit (barang milik negara, barang milik Daerah dan aset perolehan lainnya) sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - s. melakukan pemutakhiran Kartu Inventaris Ruangan (KIR) di seluruh rumah sakit secara berkala (triwulan);
 - t. melakukan inventarisasi dan rekonsiliasi aset dengan subbagian/seksi terkait secara berkala;
 - u. melakukan rekonsiliasi aset dengan Subbagian Perencanaan dan Keuangan untuk kepentingan laporan keuangan rumah sakit;
 - v. penataan dan kompilasi Standar Operasional Prosedur (SOP), Standar Pelayanan (SP), pemutakhiran regulasi rumah sakit serta penguatan kelembagaan;
 - w. penyusunan dokumen perjanjian kerja sama dengan *stakeholders* terkait sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - x. upaya membangun dan mempertahankan citra (*branding*) serta reputasi rumah sakit sesuai dengan visi, misi, motto dan nilai-nilai rumah sakit;
 - y. menyelenggarakan keterbukaan informasi publik sesuai dengan peraturan perundang-undangan melalui optimalisasi fungsi PPID Pembantu;
 - z. mengelola pelayanan pengaduan sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
 - aa. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Subbagian Umum dan Tata Laksana;
 - bb. pengelolaan kearsipan pada Subbagian Umum dan

- Tata Laksana sesuai dengan perundang-undangan;
- cc. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Subbagian Umum dan Tata Laksana;
 - dd. menyusun laporan dari Subbagian Umum dan Tata Laksana;
 - ee. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - ff. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Subbagian Umum dan Tata Laksana mempunyai wewenang:
- a. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Subbagian Umum dan Tata Laksana;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Subbagian Umum dan Tata Laksana;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap proses *turn over* pegawai *outsourcing* yang dikelola oleh pihak ketiga;
 - d. memimpin penertiban atas aset baik yang merupakan tindak lanjut temuan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat atau atas aset yang pemanfaatannya tidak sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
 - e. melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap komplain dari pelanggan serta memfasilitasi penyelesaian komplain sesuai dengan kebijakan manajemen komplain di rumah sakit;
 - f. memberikan pendapat/kajian terhadap rancangan kerja sama yang akan dilakukan oleh rumah sakit dengan pihak lain;
 - g. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Subbagian Umum dan Tata Laksana;
 - h. memberikan penilaian kinerja staf Subbagian

- Umum dan Tata Laksana; dan
- i. memimpin pembinaan pegawai pada Subbagian Umum dan Tata Laksana.

BAB V RSUD DAYAKU RAJA

Bagian Kesatu Kedudukan

Pasal 34

- (1) RSUD Dayaku Raja merupakan unit organisasi bersifat khusus yang memberikan layanan secara profesional.
- (2) Sebagai unit organisasi bersifat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Dayaku Raja memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, barang milik Daerah dan bidang kepegawaian dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.
- (3) Otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan dan penatausahaan barang milik Daerah.
- (4) RSUD Dayaku Raja merupakan organisasi yang menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD.
- (5) Dalam penerapan pola keuangan BLUD, Direktur sebagai pemimpin bertanggung jawab kepada Bupati selaku pemilik melalui Dinas Kesehatan apabila belum memenuhi syarat memiliki Dewan Pengawas.

Bagian Kedua Susunan Organisasi

Pasal 35

- (1) Susunan Organisasi RSUD Dayaku Raja terdiri atas:
 - a. Direktur;
 - b. Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;

- c. Seksi Penunjang;
 - d. Subbagian Tata Usaha; dan
 - e. Kelompok Jabatan Fungsional dan Kelompok Jabatan Pelaksana.
- (2) Bagan Susunan Organisasi RSUD Dayaku Raja Kelas D sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Ketiga

Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, dan Wewenang

Paragraf 1

Umum

Pasal 36

- (1) RSUD Dayaku Raja mempunyai tugas membantu Dinas dalam melaksanakan urusan pemerintahan dalam upaya kesehatan perorangan secara paripurna sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Dayaku Raja mempunyai fungsi:
 - a. penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjutan yang mengedepankan pelayanan kuratif, rehabilitatif, dan paliatif tanpa mengabaikan promotif dan preventif sesuai standar;
 - b. penyelenggaraan pelayanan kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialisik;
 - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
 - d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Paragraf 2

Direktur

Pasal 37

- (1) RSUD Dayaku Raja dipimpin oleh Direktur yang memiliki tugas membantu Bupati melalui Dinas dalam urusan penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjutan secara paripurna sesuai aturan perundang-undangan.
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 ayat (1) huruf a mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengoordinasikan serta mengawasi dan pengendalian penyelenggaraan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) , Direktur menyelenggarakan fungsi:
 - a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan lanjutan yang meliputi pelayanan spesialistik;
 - b. menyelenggarakan pelayanan penunjang medik dan nonmedik;
 - c. menyelenggarakan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan; dan
 - e. penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Direktur mempunyai tanggung jawab:
 - a. penyusunan Renstra rumah sakit;
 - b. pemenuhan sumber daya di rumah sakit sesuai dengan persyaratan perundang-undangan;
 - c. membangun budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit agar tercipta budaya kerja melayani yang mampu memberikan pelayanan publik berkualitas;
 - d. mewujudkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*good corporate governance dan good*

clinical governance);

- e. implementasi konsep BLUD di rumah sakit untuk mewujudkan kemandirian keuangan melalui pengelolaan rumah sakit yang efektif dan efisien;
 - f. implementasi rumah sakit yang ramah lingkungan;
 - g. menghimpun dan menyampaikan data/informasi yang akan dikonsolidasikan ke dalam penyusunan Laporan Keuangan Perangkat Daerah (LKPD) , Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (LPPD), Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LkjIP), profil kesehatan serta laporan lain yang dibutuhkan kepada Dinas;
 - h. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan rumah sakit kepada Dinas;
 - i. melaporkan capaian kinerja rumah sakit (laporan kinerja BLUD, SPM RS, indikator mutu rumah sakit) kepada Bupati melalui Dewan Pengawas;
 - j. melaporkan perencanaan dan pelaksanaan program upaya kesehatan perorangan kepada Dinas; dan
 - k. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (5) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (4) Direktur mempunyai wewenang:
- a. memimpin pembangunan zona integritas di rumah sakit untuk menuju wilayah bebas korupsi;
 - b. memimpin implementasi kendali biaya, kendali mutu, dan pencegahan terhadap potensi fraud dan gratifikasi di rumah sakit sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
 - c. memimpin implementasi SPIP dan manajemen risiko di lingkungan rumah sakit;
 - d. memimpin implementasi pengadaan barang dan jasa yang senantiasa berpedoman pada prinsip efektif, efisien, dan sesuai dengan peraturan

- perundang-undangan;
- e. memimpin implementasi tata kelola arsip yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - f. memimpin pendistribusian dan pendelegasian tugas kepada seluruh jajarannya sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya masing-masing; dan
 - g. memimpin pembinaan pegawai dan penilaian kinerja pegawai.

Paragraf 3

Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

Pasal 38

- (1) Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 ayat (1) huruf b, dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi/subbagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf medis dan staf keperawatan serta pegawai lain yang berada di bawah Seksi Pelayanan

Medik dan Keperawatan;

- b. penyelenggaraan asuhan medis dan asuhan keperawatan yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
- c. terselenggaranya mutu pelayanan keperawatan melalui implementasi Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP);
- d. pengembangan layanan unggulan dan upaya pemenuhan sumber daya medis dan keperawatan serta peningkatan pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
- e. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
- f. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan;
- g. penyusunan dan evaluasi *Medical Staff By Laws (MSBL)* dan *Nursing Staff By Laws (BSBL)*;
- h. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- i. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan secara berkala;
- j. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
- k. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi

kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada di bawah supervisi Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;

- l. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite medik serta Kelompok Staf Medis (KSM) dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- m. mendampingi/menyusun indikator mutu unit kerja dan mutu unit pelayanan yang berada di bawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
- n. pencapaian target indikator mutu yang berada di bawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
- o. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- p. penyusunan Panduan Praktik Klinik (PPK) dan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang menunjang kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit;
- q. mendorong kepatuhan staf medis terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK), *Clinical Pathway (CP)* serta Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan Medik dan Keperawatan dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- r. memfasilitasi penyusunan, monitoring dan evaluasi *Clinical Pathway (CP)* bersama komite/seksi/instalasi terkait;
- s. tersedianya alur dan sistem pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi untuk semua layanan di rumah sakit termasuk pengembangan layanan baru;
- t. menjaga kontinuitas asuhan medik dan keperawatan dari Unit Gawat Darurat (UGD)/Instalasi Rawat Jalan (IRJA)-Instalasi Rawat Inap (IRNA)/Instalasi Rawat Intensif (IRIN)/Instalasi

- Bedah Sentral (IBS) yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- u. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan medik dan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care (PCC)*;
 - v. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf medis dan keperawatan serta pegawai di bawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - w. mendorong kepatuhan staf medis dan keperawatan terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - x. mendorong kepatuhan staf medis dan keperawatan terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - y. mendorong kepatuhan staf medis dan keperawatan terhadap SPM RS;
 - z. penyajian data menjadi informasi dari Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - aa. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - bb. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - cc. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - dd. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - ee. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - ff. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway (CP)* serta SPM RS pada staf medis dan keperawatan serta pegawai lain yang berada di bawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada instalasi pelayanan di bawah supervisi Direktur;
 - f. memimpin pencegahan fraud serta gratifikasi pada staf medis dan keperawatan serta pegawai lain yang berada di bawah bawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - g. memimpin penilaian kinerja staf medis dan keperawatan serta pegawai dibawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan melalui *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE* serta Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Direktur; dan

- h. memimpin pembinaan pada staf medis dan keperawatan serta pegawai lain yang berada di bawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan atas kepatuhan terhadap *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Direktur.

Paragraf 4

Seksi Penunjang

Pasal 39

- (1) Seksi Penunjang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 ayat (1) huruf c, dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Seksi Penunjang yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Seksi Penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Penunjang;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi/subbagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Seksi Penunjang.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Penunjang mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada tenaga kesehatan lain dan pada pegawai di bawah Seksi Penunjang;
 - b. kegiatan asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata kelola

- klinis yang baik (*good clinical governance*);
- c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
 - d. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi penunjang yaitu laboratorium, radiologi, rehabilitasi medis, farmasi, manajemen data dan informasi, pusat sterilisasi dan binatu, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPS-RS) dan gizi;
 - e. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan nonmedik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - f. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan nonmedik secara berkala;
 - g. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Penunjang;
 - h. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada di bawah supervisi Seksi Penunjang dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
 - i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite tenaga kesehatan lain dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
 - j. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Seksi Penunjang;
 - k. pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Seksi

Penunjang;

- l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- m. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan serta *Clinical Pathway (CP)* dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- n. menjaga kontinuitas pelayanan penunjang dari laboratorium, radiologi, rehabilitasi medis, farmasi, manajemen data dan informasi, pusat sterilisasi dan binatu, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPS-RS) dan gizi pada Unit Gawat Darurat (UGD)/Instalasi Rawat Jalan (IRJA)-Instalasi Rawat Inap (IRNA)/Instalasi Rawat Intensif (IRIN)/Instalasi Bedah Sentral (IBS) yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- o. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan tenaga kesehatan lain dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care (PCC)*;
- p. menyusun standar penilaian kinerja berupa Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang;
- q. pemeliharaan peralatan kesehatan/penunjang secara berkala;
- r. pelaksanaan inventarisasi dan rekonsiliasi peralatan kesehatan/penunjang serta persediaan perbekalan farmasi bersama Subbagian Tata Usaha secara berkala;
- s. melakukan perhitungan dan audit utilisasi alat kesehatan bersama instalasi terkait;
- t. mengoordinasikan penyusunan dan pelaksanaan formularium rumah sakit secara tepat waktu;
- u. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan

- pasien;
- v. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - w. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang terhadap SPM RS;
 - x. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Seksi Penunjang;
 - y. penyajian data menjadi informasi pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - z. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Seksi Penunjang;
 - aa. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Penunjang;
 - bb. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Seksi Penunjang;
 - cc. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - dd. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Seksi Penunjang mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - d. melakukan Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar

- Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway (CP)* serta SPM RS;
- e. melaksanakan monitoring dan evaluasi kerja sama dalam bentuk Kerja Sama Operasional (KSO) peralatan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - f. memfasilitasi penyelesaian masalah pada instalasi penunjang di bawah supervisi Direktur;
 - g. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang;
 - h. memimpin penilaian kinerja tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang melalui Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Direktur: dan
 - i. memimpin pembinaan pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang atas kepatuhan terhadap HBL, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Direktur.

Paragraf 5

Subbagian Tata usaha

Pasal 40

- (1) Subbagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 ayat (1) huruf b, dipimpin oleh seorang Kepala Subbagian Tata Usaha yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Subbagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Subbagian Tata Usaha;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait

pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Subbagian Tata Usaha untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.

- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Subbagian Tata Usaha mempunyai tanggung jawab:
- a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh karyawan rumah sakit;
 - b. penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien terkait urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dna hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana;
 - f. penyajian data menjadi informasi pada urusan

- kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- g. pencapaian indikator mutu rumah sakit dan kinerja BLUD serta memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit di bawah Subbagian Tata Usaha;
 - h. terlaksananya perencanaan, pengadaan, penatausahaan, pemeliharaan, penghapusan, penataan serta penertiban aset rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - i. penertiban barang milik Daerah yang tercatat di dalam kartu inventaris barang rumah sakit;
 - j. pengelolaan persediaan rumah sakit;
 - k. pengadaan dan pemeliharaan peralatan, sarana, prasarana, bangunan serta jalan di rumah sakit;
 - l. pelaksanaan pengadaan barang dan jasa yang efektif, efisien dan bebas dari kepentingan;
 - m. pengelolaan parkir, keamanan, ketertiban, kebersihan, kerapian dan keindahan rumah sakit;
 - n. pengadaan, pembinaan, monitoring dan evaluasi semua pihak ketiga (*outsourcing*) yang bekerja sama dengan rumah sakit;
 - o. penyusunan tugas dan fungsi/tugas pemutakhiran *Hospital By Laws (HBL)*/tata kelola rumah sakit dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
 - p. tersusunnya ANJAB dan ABK dan pola ketenagaan;
 - q. terlaksananya manajemen sumber daya manusia di rumah sakit dalam hal perencanaan, rekrutmen di rumah sakit dan pelatihan, penghargaan, sanksi, pola karir serta retensi pegawai rumah sakit;
 - r. pengelolaan kearsipan di rumah sakit sesuai dengan perundang-undangan;
 - s. pelaksanaan kompilasi Standar Operasional Prosedur (SOP), Standar Pelayanan (SP),

- pemutakhiran regulasi rumah sakit serta penguatan kelembagaan;
- t. pengelolaan seluruh dokumen kebijakan, pedoman, panduan, Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada di rumah sakit;
 - u. pengelolaan keterbukaan informasi publik, layanan pengaduan masyarakat, serta pelaksanaan fungsi PPID Pembantu;
 - v. melakukan upaya kehumasan sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk meningkatkan dan mempertahankan citra (*branding*) serta reputasi rumah sakit yang baik;
 - w. melaksanakan survei indeks kepuasan pasien dan survey kepuasan pegawai;
 - x. penyusunan Perjanjian Kinerja;
 - y. tersusunnya *Training Need Assessment (TNA)*;
 - z. menyusun perencanaan pendidikan dan pelatihan sesuai dengan gap kebutuhan diklat yang terdapat di dalam dokumen *Training Need Assessment (TNA)*;
 - aa. menyajikan data capaian kinerja pelayanan maupun kinerja keuangan rumah sakit secara berkala (triwulan);
 - bb. tersusunnya dokumen pelaporan kinerja serta keuangan rumah sakit secara tepat waktu;
 - cc. optimalisasi pendapatan dan pengendalian biaya operasional rumah sakit sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
 - dd. mengelola sistem pembayaran jasa pelayanan berbasis kinerja dengan melibatkan seksi/instalasi/unit/kelompok/unsur lain yang terkait di bawah supervisi Direktur;
 - ee. menjaga ketepatan waktu pembayaran gaji, tunjangan, jasa pelayanan dan kewajiban pada pihak ketiga sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - ff. pengendalian anggaran dalam rangka menjaga ketersediaan kas untuk keberlangsungan operasional rumah sakit;

- gg. tersusunnya dokumen perencanaan dan anggaran tepat waktu;
 - hh. tersusunnya dokumen laporan keuangan rumah sakit secara tepat waktu;
 - ii. menyusun risk register serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Subbagian Tata Usaha;
 - jj. pengelolaan kearsipan pada Subbagian Tata Usaha secara berkala serta melaksanakan pemberkasan arsip terjaga dan pelaporan arsip terjaga kepada Arsip Nasional Republik Indonesia (ANRI) secara berkala sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - kk. penyelesaian tindak lanjut Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Subbagian Tata Usaha maupun di tingkat rumah sakit;
 - ll. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - mm. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Subbagian Tata Usaha mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana secara berkala;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan kesempatan pasien terkait urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan

- mobilisasi dana secara berkala;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobiliasi dana secara berkala;
 - d. memimpin upaya penyelesaian komplain berkoordinasi dengan seksi lain di rumah sakit sesuai standar waktu yang telah ditetapkan;
 - e. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penggunaan anggaran dan penatausahaan pembayaran secara berkala dan berkesinambungan;
 - f. mengoordinasikan pemenuhan atas permintaan data kinerja keuangan rumah sakit dari APIP;
 - g. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Subbagian Tata Usaha;
 - h. memimpin penilaian kinerja staf pada Subbagian Tata Usaha serta seluruh pegawai rumah sakit; dan
 - i. memimpin pembinaan pegawai pada Subbagian Tata Usaha serta memfasilitasi pembinaan seluruh pegawai rumah sakit sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada.

BAB VI

RSUD AJI MUHAMMAD IDRIS

Bagian Kesatu

Pembentukan dan Kedudukan

Pasal 41

- (1) Dengan Peraturan Bupati ini dibentuk Unit Organisasi Bersifat Khusus RSUD Aji Muhammad Idris.
- (2) RSUD Aji Muhammad Idris sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan RSUD Kelas D.
- (3) RSUD Aji Muhammad Idris merupakan unit organisasi bersifat khusus yang memberikan layanan secara

profesional dibawah Dinas.

- (4) Sebagai unit organisasi bersifat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) RSUD Aji Muhammad Idris memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, barang milik Daerah serta bidang kepegawaian.
- (5) Otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan dan penatausahaan barang milik.

Bagian Kedua Susunan Organisasi

Pasal 42

- (1) Susunan Organisasi RSUD Aji Muhammad Idris terdiri atas:
 - a. Direktur;
 - b. Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - c. Seksi Penunjang;
 - d. Subbagian Tata Usaha; dan
 - e. Kelompok Jabatan Fungsional dan Kelompok Jabatan Pelaksana.
- (2) Bagan Susunan Organisasi RSUD Aji Muhammad Idris Kelas D sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Ketiga

Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, dan Wewenang

Paragraf 1

Umum

Pasal 43

- (1) RSUD Aji Muhammad Idris mempunyai tugas membantu Dinas dalam melaksanakan urusan pemerintahan dalam upaya kesehatan perorangan secara paripurna sesuai

dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Aji Muhammad Idris mempunyai fungsi:
 - a. penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjutan yang mengedepankan pelayanan kuratif, rehabilitatif, dan paliatif tanpa mengabaikan promotif dan preventif sesuai standar;
 - b. penyelenggaraan pelayanan kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialisik;
 - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
 - d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Paragraf 2

Direktur

Pasal 44

- (1) RSUD Aji Muhammad Idris dipimpin oleh Direktur yang memiliki tugas membantu Bupati melalui Dinas dalam urusan penyelenggaraan pelayanan kesehatan lanjutan secara paripurna sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan standar akreditasi rumah sakit.
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 ayat (1) huruf a, mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengoordinasikan serta mengawasi dan pengendalian penyelenggaraan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur menyelenggarakan fungsi:

- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan lanjutan yang meliputi spesialisik;
 - b. menyelenggarakan pelayanan penunjang medik dan nonmedik;
 - c. penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan; dan
 - e. penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan.
- (4) Dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur mempunyai tanggung jawab:
- a. penyusunan Renstra rumah sakit;
 - b. pemenuhan sumber daya di rumah sakit sesuai dengan persyaratan perundang-undangan;
 - c. membangun budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit agar tercipta budaya kerja melayani yang mampu memberikan pelayanan publik berkualitas;
 - d. mewujudkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*good corporate governance* dan *good clinical governance*);
 - e. mengimplementasikan pengelolaan keuangan rumah sakit yang efektif dan efisien;
 - f. mengimplementasikan rumah sakit yang ramah lingkungan;
 - g. menghimpun dan menyampaikan data/informasi yang akan di konsolidasikan kedalam penyusunan Laporan Keuangan Dinas Kesehatan (LKPD), Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (LPPD), Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP), profil kesehatan serta laporan lain yang dibutuhkan kepada Dinas;
 - h. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan rumah sakit kepada Dinas;
 - i. melaporkan capaian kinerja rumah sakit meliputi

- SPM RS dan indikator mutu rumah sakit kepada Bupati melalui Dinas;
- j. melaporkan perencanaan dan pelaksanaan program upaya kesehatan perorangan kepada Dinas; dan
 - k. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (5) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (4) Direktur mempunyai wewenang:
- a. memimpin pembangunan zona integritas di rumah sakit untuk menuju wilayah bebas korupsi/wilayah birokrasi bersih melayani;
 - b. memimpin implementasi kendali biaya, kendali mutu, dan pencegahan terhadap potensi fraud dan gratifikasi di rumah sakit sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
 - c. memimpin implementasi sistem pengendalian intern pemerintah dan manajemen risiko di lingkungan rumah sakit;
 - d. memimpin implementasi pengadaan barang dan jasa yang senantiasa berpedoman pada prinsip efektif, efisien, dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. memimpin implementasi tata kelola arsip sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. memimpin pendistribusian dan pendelegasian tugas kepada seluruh jajarannya sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing; dan
 - g. memimpin pembinaan pegawai dan penilaian kinerja pegawai.

Paragraf 3

Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

Pasal 45

- (1) Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan sebagaimana

dimaksud dalam Pasal 42 ayat (1) huruf b, dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

- (2) Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi/subbagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf medis dan staf keperawatan serta pegawai lain yang berada dibawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - b. penyelenggaraan asuhan medis dan asuhan keperawatan yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. terselenggaranya mutu pelayanan keperawatan melalui implementasi manajemen asuhan keperawatan profesional (MAKP);
 - d. pengembangan layanan unggulan dan upaya pemenuhan sumber daya medis dan keperawatan serta peningkatan pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara

- berkesinambungan;
- e. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (JKN-BPJSK);
 - f. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan;
 - g. penyusunan dan mengevaluasi *Hospital By Law* (HBL), *Medical Staff By Laws* (MSBL) dan *Nursing Staff By Laws* (NSBL);
 - h. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - i. terlaksananya peninjauan terhadap seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan secara berkala;
 - j. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - k. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada dibawah supervisi Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
 - l. membangun komunikasi dan koordinasi dengan komite medik dan komite keperawatan serta kelompok staf medis dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di

- rumah sakit;
- m. mendampingi /menyusun indikator mutu unit kerja dan mutu unit pelayanan yang berada dibawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - n. pencapaian target indikator mutu yang berada dibawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - o. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan kinerja rumah sakit;
 - p. penyusunan Panduan Praktik Klinik (PPK) dan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan yang menunjang kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit;
 - q. mendorong kepatuhan staf medis terhadap Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan serta *Clinical Pathway (CP)* dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
 - r. memfasilitasi penyusunan, monitoring dan evaluasi *Clinical Pathway (CP)* bersama komite/seksi/instalasi serta tim kerja terkait;
 - s. menyediakan alur dan sistem pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi untuk semua layanan di rumah sakit termasuk pengembangan layanan baru;
 - t. menjaga kontinuitas asuhan medik dan keperawatan pada Instalasi Rawat Inap dan Instalasi Non-Rawat Inap sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
 - u. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan medik dan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care (PCC)*;
 - v. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation/ FPPE*) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf medis dan keperawatan serta pegawai dibawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;

- w. mendorong kepatuhan staf medis dan keperawatan terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - x. mendorong kepatuhan staf medis dan keperawatan terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - y. bertanggung jawab mendorong kepatuhan staf medis dan keperawatan terhadap SPM RS;
 - z. penyajian data menjadi informasi dari Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - aa. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - bb. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - cc. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - dd. menyelesaikan tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - ee. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
 - ff. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan;
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan

- asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, *Nursing Staff By Laws (NSBL)*, Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway (CP)* serta SPM RS pada staf medis dan keperawatan serta pegawai lain yang berada dibawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada instalasi pelayanan di bawah supervisi Direktur;
 - f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf medis dan keperawatan serta pegawai lain yang berada di bawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - g. memimpin penilaian kinerja staf medis dan keperawatan serta pegawai di bawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan melalui *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE* serta indikator kinerja individu (IKI)/indikator kinerja unit (IKU) dan melaporkan kepada Direktur;
 - h. memimpin pembinaan pada staf medis dan keperawatan serta pegawai lain yang berada di bawah Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan atas kepatuhan terhadap *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, *Nursing Staff By Laws (NSBL)*, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Direktur;

Paragraf 4
Seksi Penunjang

Pasal 46

- (1) Seksi Penunjang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 ayat (1) huruf c, dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Penunjang yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Seksi Penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Penunjang;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi/subbagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Seksi Penunjang untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Penunjang mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada tenaga kesehatan lain dan pada pegawai di bawah Seksi Penunjang;
 - b. kegiatan asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional-Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

(JKN-BPJSK);

- d. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi penunjang medik dan instalasi penunjang nonmedik;
- e. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan non medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- f. melaksanakan peninjauan terhadap seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan nonmedik secara berkala;
- g. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Penunjang;
- h. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada dibawah supervisi Seksi Penunjang dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Tenaga Kesehatan Lain dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- j. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Seksi Penunjang;
- k. pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada di bawah Seksi Penunjang;
- l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan kinerja rumah sakit;
- m. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain terhadap panduan praktik klinik, standar operasional prosedur pelayanan serta *Clinical Pathway* (CP) dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- n. menjaga kontinuitas pelayanan penunjang meliputi

- instalasi penunjang medik dan instalasi penunjang nonmedik pada instalasi rawat inap dan instalasi non-rawat inap sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- o. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan tenaga kesehatan lain dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care (PCC)*;
 - p. menyusun standar penilaian kinerja berupa Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang;
 - q. pemeliharaan peralatan kesehatan/penunjang secara berkala;
 - r. pelaksanaan inventarisasi dan rekonsiliasi peralatan kesehatan/penunjang serta persediaan perbekalan farmasi bersama Subbagian Tata Usaha secara berkala;
 - s. melakukan perhitungan dan audit utilisasi alat kesehatan bersama instalasi terkait;
 - t. mengoordinasikan penyusunan dan pelaksanaan formularium rumah sakit secara tepat waktu;
 - u. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - v. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - w. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang terhadap SPM RS;
 - x. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Seksi Penunjang;
 - y. melakukan penyajian data menjadi informasi pada urusan penunjang medik dan nonmedik;

- z. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Seksi Penunjang;
 - aa. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Penunjang;
 - bb. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Seksi Penunjang;
 - cc. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
 - dd. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Seksi Penunjang mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan, *Clinical Pathway (CP)* serta SPM RS;
 - e. melaksanakan monitoring dan evaluasi kerjasama dalam bentuk Kerja Sama Operasional (KSO) peralatan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - f. memfasilitasi penyelesaian masalah pada instalasi penunjang di bawah supervisi Direktur;
 - g. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang;
 - h. memimpin penilaian kinerja tenaga kesehatan lain

- serta pegawai dibawah Seksi Penunjang melalui Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Direktur; dan
- i. memimpin pembinaan pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Seksi Penunjang atas kepatuhan terhadap *Hospital By Laws (HBL)*, *Medical Staff By Laws (MSBL)*, *Nursing Staff By Laws (NSBL)*, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Direktur.

Paragraf 5

Subbagian Tata Usaha

Pasal 47

- (1) Subbagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 ayat (1) huruf d, dipimpin oleh seorang Kepala Subbagian Tata Usaha yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Subbagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Subbagian Tata Usaha;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Subbagian Tata Usaha untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Subbagian Tata Usaha mempunyai tanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh karyawan rumah sakit;

- b. penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien terkait urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- d. terlaksananya *review* seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana secara berkala;
- e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- f. penyajian data menjadi informasi pada urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- g. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan kinerja rumah sakit serta memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit di bawah Subbagian Tata Usaha;
- h. terlaksananya perencanaan, pengadaan,

- penatausahaan, pemeliharaan, penghapusan, penataan serta penertiban aset rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- i. penertiban barang milik daerah yang tercatat di dalam kartu inventaris barang rumah sakit;
 - j. pengelolaan persediaan rumah sakit;
 - k. pengadaan dan pemeliharaan peralatan, sarana, prasarana, bangunan serta jalan di rumah sakit;
 - l. pelaksanaan pengadaan barang dan jasa yang efektif, efisien dan bebas dari kepentingan;
 - m. pengelolaan parkir, keamanan, ketertiban, kebersihan, kerapian dan keindahan rumah sakit;
 - n. pengadaan, pembinaan, monitoring dan evaluasi semua pihak ketiga (*outsourcing*) yang bekerja sama dengan rumah sakit;
 - o. penyusunan tugas pokok dan fungsi/Tugas, pemutakhiran *Hospital By Laws (HBL)*/tata kelola rumah sakit dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
 - p. tersusunnya ANJAB dan ABK dan pola ketenagaan;
 - q. terlaksananya manajemen sumber daya manusia di rumah sakit dalam hal perencanaan, rekrutmen, pendidikan dan pelatihan, penghargaan dan sanksi, pola karir serta retensi pegawai rumah sakit;
 - r. pengelolaan kearsipan di rumah sakit sesuai dengan perundang-undangan;
 - s. pelaksanaan kompilasi Standar Operasional Prosedur (SOP), standar pelayanan (SP), pemutakhiran regulasi rumah sakit serta penguatan kelembagaan;
 - t. pengelolaan seluruh dokumen kebijakan, pedoman, panduan, Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada di rumah sakit;
 - u. pengelolaan Keterbukaan Informasi Publik, Layanan Pengaduan Masyarakat, serta pelaksanaan fungsi PPID Pembantu;

- v. melakukan upaya kehumasan sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk meningkatkan dan mempertahankan citra (*branding*) serta reputasi rumah sakit yang baik;
- w. melaksanakan survei indeks kepuasan pasien dan survei kepuasan pegawai;
- x. penyusunan Perjanjian Kinerja;
- y. tersusunnya *Training Need Assessment (TNA)*;
- z. menyusun perencanaan pendidikan dan pelatihan sesuai dengan gap kebutuhan diklat yang terdapat di dalam dokumen *Training Need Assessment (TNA)*;
- aa. menyajikan data capaian kinerja pelayanan maupun kinerja keuangan rumah sakit secara berkala (triwulan);
- bb. tersusunnya dokumen pelaporan kinerja serta keuangan rumah sakit secara tepat waktu;
- cc. optimalisasi pendapatan dan pengendalian biaya operasional rumah sakit sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- dd. mengelola sistem pembayaran jasa pelayanan berbasis kinerja dengan melibatkan seksi/ instalasi/unit/kelompok/unsur lain yang terkait di bawah supervisi Direktur;
- ee. pengendalian anggaran dalam rangka menjaga ketersediaan kas untuk keberlangsungan operasional rumah sakit;
- ff. pengendalian anggaran dalam rangka menjaga ketersediaan kas untuk keberlangsungan operasional rumah sakit;
- gg. tersusunnya dokumen perencanaan dan anggaran secara tepat waktu;
- hh. tersusunnya dokumen laporan keuangan rumah sakit secara tepat waktu;
- ii. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Subbagian Tata Usaha;

- jj. pengelolaan kearsipan pada Subbagian Tata Usaha secara berkala serta melaksanakan pemberkasan arsip terjaga dan pelaporan arsip terjaga kepada Arsip Nasional Republik Indonesia (ANRI) secara berkala sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - kk. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Subbagian Tata Usaha maupun ditingkat rumah sakit;
 - ll. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
 - mm. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Subbagian Tata Usaha mempunyai wewenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana secara berkala;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien terkait urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana secara berkala;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan urusan kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana secara

- berkala;
- d. memimpin upaya penyelesaian komplain berkoordinasi dengan seksi lain di rumah sakit sesuai standar waktu yang telah ditetapkan;
 - e. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penggunaan anggaran dan penatausahaan pembayaran secara berkala dan berkesinambungan;
 - f. mengoordinasikan pemenuhan atas permintaan data kinerja keuangan rumah sakit dari APIP;
 - g. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Subbagian Tata Usaha;
 - h. memimpin penilaian kinerja staf pada Subbagian Tata Usaha serta seluruh pegawai rumah sakit; dan
 - i. memimpin pembinaan pegawai pada Subbagian Tata Usaha serta memfasilitasi pembinaan seluruh pegawai rumah sakit sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada;

BAB VII

UNIT ORGANISASI NON-STRUKTURAL

Bagian Kesatu

Dewan Pengawas

Pasal 48

- (1) Dewan Pengawas dapat dibentuk dan ditetapkan oleh Bupati.
- (2) Dewan Pengawas merupakan organisasi non-struktural yang bersifat independen.
- (3) Dewan Pengawas bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit.

Bagian Kedua

Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 49

- (1) Satuan pemeriksaan internal merupakan unsur

organisasi satuan kerja fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan/pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit.

- (2) Satuan pemeriksaan internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada pimpinan rumah sakit.
- (3) Satuan pemeriksaan internal dibentuk dan ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

Bagian Ketiga

Komite

Pasal 50

- (1) Komite merupakan unsur organisasi non-struktural yang mempunyai tanggung jawab untuk menerapkan tata kelola klinis yang baik.
- (2) Pembentukan komite ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit sesuai kebutuhan rumah sakit dan diketahui oleh Dewan Pengawas, komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh pimpinan rumah sakit.

Bagian Keempat

Instalasi

Pasal 51

- (1) Instalasi merupakan unit pelayanan non-struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan, dan penelitian rumah sakit.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit sesuai kebutuhan rumah sakit dan diketahui oleh Dewan Pengawas.
- (3) Instalasi dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh pimpinan rumah sakit, yang dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau nonmedis.

Bagian Kelima

Unit

Pasal 52

- (1) Pembentukan unit ditetapkan oleh Direktur sesuai kebutuhan rumah sakit dan diketahui dan diketahui oleh Dewan Pengawas.
- (2) Unit dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur, yang dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau nonmedis.

Bagian Keenam

Kelompok Staf Medik Fungsional

Pasal 53

- (1) Kelompok staf medik fungsional dan organisasinya dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Kelompok Staf Medik Fungsional minimal terdiri atas 2 (dua) dokter dengan surat tanda registrasi dan surat izin praktek yang sama.
- (3) Dalam hal ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak terpenuhi, dokter yang bersangkutan dapat bergabung dengan kelompok medis fungsional lainnya.

BAB VIII

KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

DAN JABATAN PELAKSANA

Bagian Kesatu

Jabatan Fungsional

Pasal 54

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sekelompok Jabatan Fungsional berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.
- (2) Jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu

Jabatan Fungsional yang telah ditetapkan dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (3) Jenis, jenjang dan jumlah Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja pada RSUD.
- (4) Sistem Kerja dan Mekanisme Kerja kelompok Jabatan Fungsional pada RSUD mengacu pada peraturan tentang Sistem Kerja pada instansi pemerintah untuk penyederhanaan birokrasi.

Bagian Kedua Jabatan Pelaksana

Pasal 55

- (1) Kelompok Jabatan Pelaksana terdiri dari sekelompok Jabatan Pelaksana yang melaksanakan pelayanan publik, administrasi pemerintahan dan pembangunan.
- (2) Jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu Jabatan Pelaksana yang telah ditetapkan dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Jenis dan jumlah Jabatan Pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja pada RSUD.
- (4) Sistem Kerja dan Mekanisme Kerja kelompok Jabatan Pelaksana pada RSUD mengacu pada peraturan tentang Sistem Kerja pada instansi pemerintah untuk penyederhanaan birokrasi.

BAB IX TATA KERJA

Bagian Kesatu Umum

Pasal 56

- (1) Direktur wajib bertanggung jawab untuk:
 - a. melaksanakan peta bisnis;

- b. meningkatkan pelayanan publik melalui survey kepuasan masyarakat dan inovasi pelayanan publik;
 - c. menyusun dan menetapkan standar pelayanan; dan
 - d. meningkatkan pelaksanaan reformasi birokrasi.
- (2) Dalam melaksanakan otonomi pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah, Direktur ditetapkan selaku kuasa pengguna barang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - (3) Direktur dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.
 - (4) Pertanggungjawaban sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui penyampaian laporan pelaksanaan pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian.
 - (5) Rencana kerja dan anggaran serta dokumen pelaksanaan anggaran disampaikan kepada tim anggaran Pemerintah Daerah melalui pejabat pengelola keuangan Daerah untuk diverifikasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - (6) Dalam pelaksanaan keuangan, Direktur melaksanakan belanja sesuai dokumen pelaksanaan anggaran dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - (7) Direktur bertanggung jawab atas pelaksanaan anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit yang dipimpinnya.
 - (8) Dalam pertanggungjawaban keuangan, Direktur melakukan penyusunan laporan pertanggungjawaban keuangan yang merupakan bagian dari laporan kinerja untuk disajikan dalam laporan keuangan Dinas.
 - (9) Dalam hal pengelolaan kepegawaian, Direktur dapat mengusulkan pengangkatan, pemindahan, dan pemberhentian Pegawai ASN.
 - (10) Untuk memenuhi kebutuhan sumber daya manusia yang belum terpenuhi melalui mekanisme pengangkatan Pegawai ASN, Direktur dapat merekrut Tenaga Non-ASN.
 - (11) Tenaga Non-ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (10)

meliputi:

- a. tenaga profesional lainnya; dan
 - b. tenaga *outsourcing*;
- (12) Tenaga profesional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, dapat dilakukan apabila RSUD telah menerapkan sistem BLUD.
 - (13) Direktur memiliki kewenangan dalam penyelenggaraan pengelolaan dan pembinaan Pegawai ASN dan Tenaga Non-ASN.
 - (14) Ketentuan mengenai pengaturan dan mekanisme kerja unit fungsional di RSUD berdasarkan beban kerja dan kebutuhan organisasi ditetapkan Direktur.

Bagian Kedua
Hak Mewakili

Paragraf 1
RSUD Kelas B

Pasal 57

- (1) Dalam hal Direktur berhalangan, Direktur dapat diwakili oleh Wakil Direktur Pelayanan, Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan dan/atau Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (2) Dalam hal Direktur, Wakil Direktur Pelayanan, Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan dan/atau Wakil Direktur Umum dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhalangan, maka dapat diwakili oleh Kepala Bidang/Bagian dengan memperhatikan senioritas kepangkatan dan/atau bidang tugasnya.

Paragraf 2
RSUD Kelas C

Pasal 58

- (1) Dalam hal Direktur berhalangan, Direktur dapat diwakili oleh Kepala Bagian Umum, Sumber Daya Manusia dan

Keuangan.

- (2) Dalam hal Direktur, Kepala Bagian Umum, Sumber Daya Manusia dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhalangan, maka dapat diwakili oleh Kepala Bidang/Bagian dengan memperhatikan senioritas kepangkatan dan/atau bidang tugasnya

Paragraf 3

RSUD Kelas D

Pasal 59

- (1) Dalam hal Direktur berhalangan, Direktur diwakili oleh Kepala Subbagian Tata Usaha.
- (2) Dalam hal Direktur dan Kepala Subbagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhalangan, maka dapat diwakili oleh Kepala Seksi dengan memperhatikan senioritas kepangkatan dan/atau bidang tugasnya.

BAB X

KEPEGAWAIAN

Pasal 60

- (1) Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Subbagian, Kepala Seksi diisi dari Pegawai ASN yang memenuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Ketentuan pengisian jabatan dari Pegawai ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan terhadap jabatan pengelola keuangan yang harus dijabat oleh pegawai negeri sipil.
- (3) Jabatan Fungsional dan Pejabat Pelaksana diisi dari Pegawai ASN yang memenuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Wakil Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Subbagian, dan Kepala Seksi diangkat dan diberhentikan

oleh Bupati atas usul Direktur melalui Sekretaris Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (6) Pejabat Fungsional berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab secara langsung kepada pejabat pimpinan tinggi pratama, pejabat administrator, atau pejabat pengawas yang memiliki keterkaitan dengan pelaksanaan tugas Jabatan Fungsional.
- (7) Penempatan pegawai harus memenuhi kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XI JABATAN

Pasal 61

- (1) Direktur pada RSUD kelas B merupakan jabatan struktural eselon II b atau jabatan pimpinan tinggi pratama.
- (2) Direktur pada RSUD kelas C merupakan jabatan struktural eselon III a atau jabatan administrator.
- (3) Direktur pada RSUD kelas D merupakan jabatan struktural eselon III b atau jabatan administrator.
- (4) Wakil Direktur merupakan jabatan struktural eselon III a atau jabatan administrator.
- (5) Kepala Bagian dan Kepala Bidang merupakan jabatan struktural eselon III b atau jabatan administrator.
- (6) Kepala Subbagian dan Kepala Seksi merupakan jabatan struktural eselon IV a atau jabatan pengawas.

BAB XII PENDANAAN

Pasal 62

Pendanaan yang diakibatkan atas pelaksanaan Peraturan Bupati ini bersumber dari:

- a. anggaran pendapatan dan belanja Daerah; dan

- b. sumber lain yang sah dan tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XIII KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 63

Pejabat yang sudah ada pada saat berlakunya Peraturan Bupati ini, tetap melaksanakan tugasnya sampai dengan ditetapkannya pejabat baru berdasarkan ketentuan dalam Peraturan Bupati ini.

BAB XIV KETENTUAN PENUTUP

Pasal 64

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku:

- a. Peraturan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 58 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Wewenang serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit (Berita Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2022 Nomor 58);
- b. Peraturan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 57 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Wewenang serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti (Berita Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2022 Nomor 57); dan
- c. Peraturan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 56 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Wewenang serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dayaku Raja (Berita Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2022 Nomor 56);

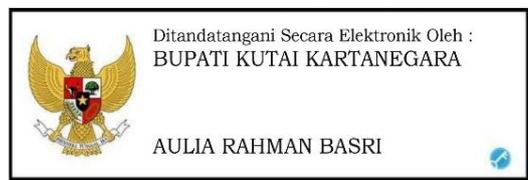
dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 65

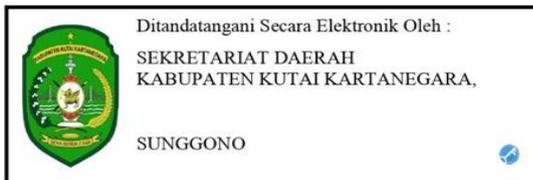
Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara.

Ditetapkan di Tenggarong
pada tanggal 14 Juli 2025



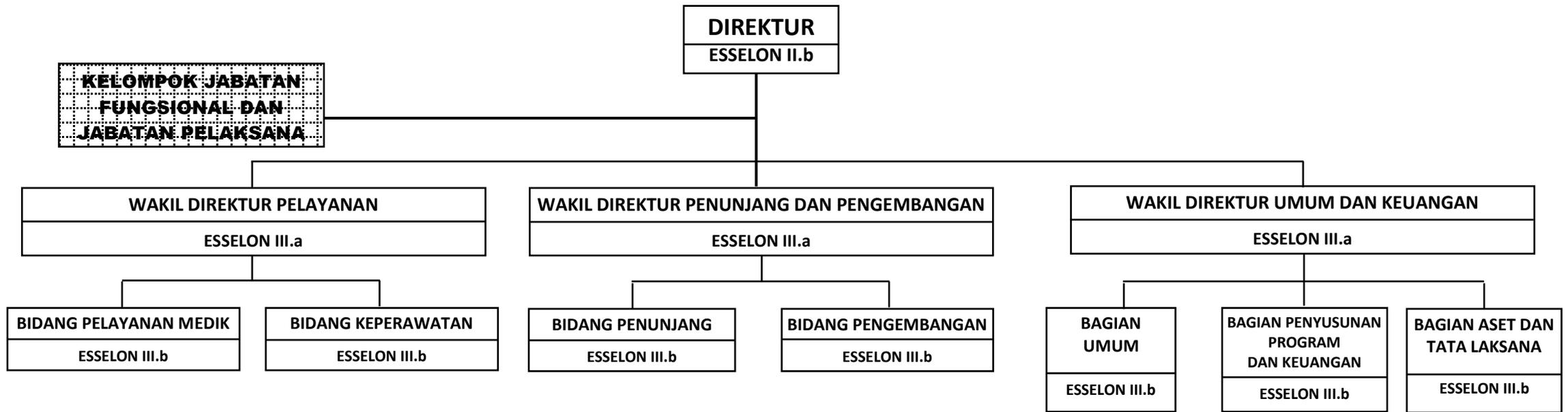
Diundangkan di Tenggarong
pada tanggal 14 Juli 2025



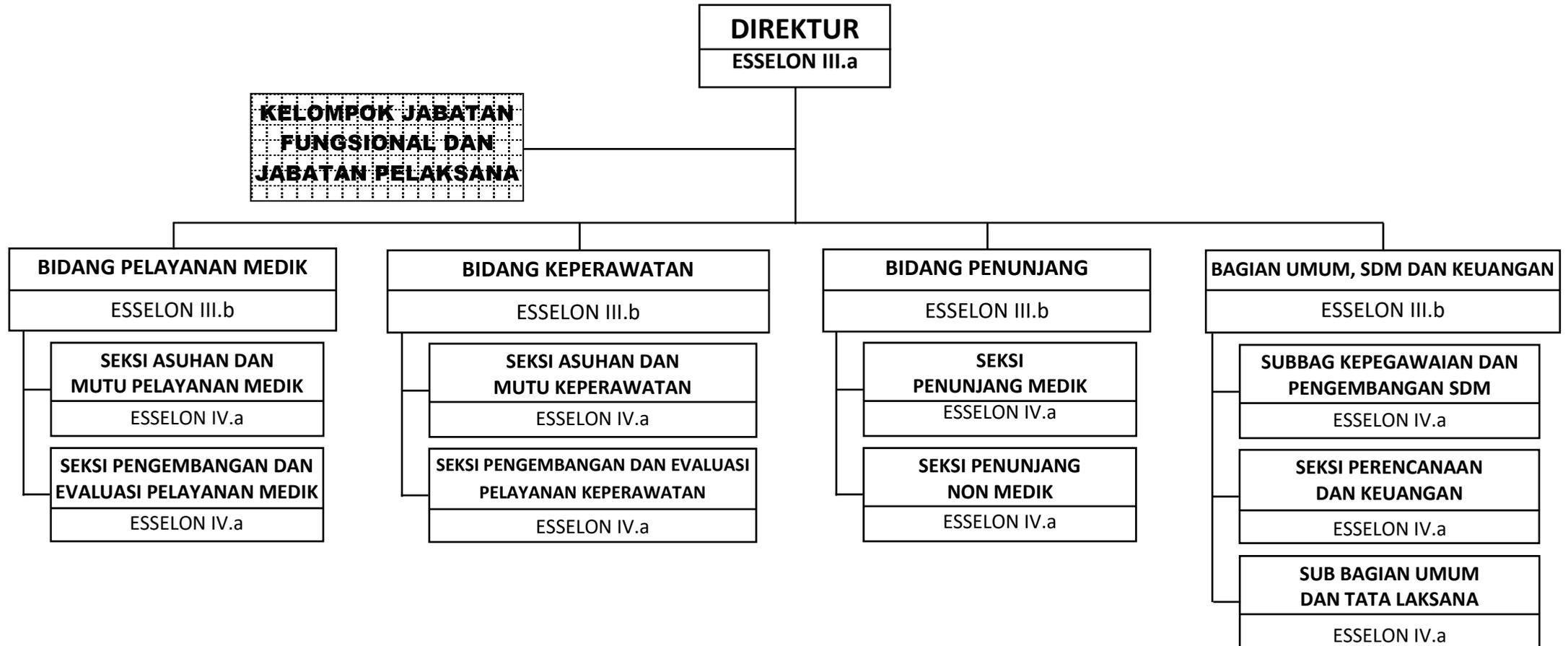
BERITA DAERAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA TAHUN 2025 NOMOR 75

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI KUTAI KARTANEGARA
NOMOR TAHUN 2025
TENTANG
PEMBENTUKAN, KEDUDUKAN, SUSUNAN ORGANISASI, URAIAN TUGAS,
FUNGSI, TANGGUNG JAWAB DAN WEWENANG SERTA TATA KERJA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PADA DINAS KESEHATAN

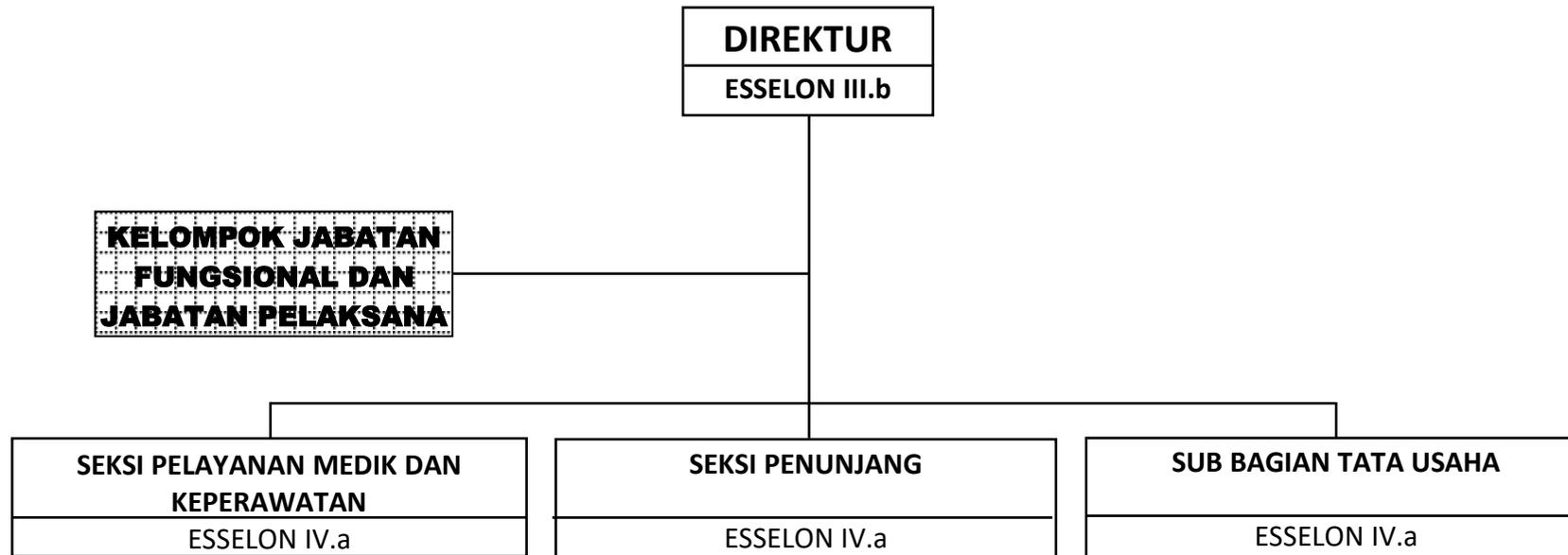
SUSUNAN ORGANISASI KELAS B
RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT



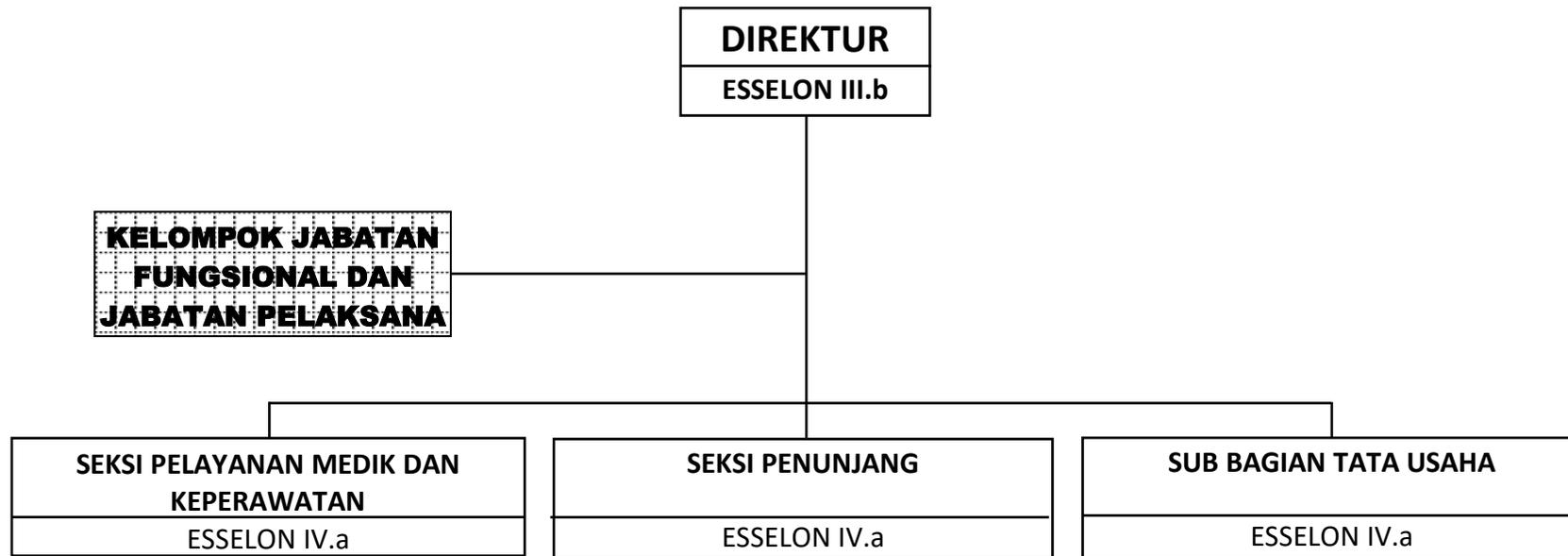
SUSUNAN ORGANISASI KELAS C
RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI



SUSUNAN ORGANISASI KELAS D
RSUD DAYAKU RAJA



SUSUNAN ORGANISASI KELAS D
RSUD AJI MUHAMMAD IDRIS



Ditandatangani Secara Elektronik Oleh :
BUPATI KUTAI KARTANEGARA
AULIA RAHMAN BASRI