



**BUPATI KAUR**  
PROVINSI BENGKULU

PERATURAN BUPATI KAUR  
NOMOR : 10 TAHUN 2022

TENTANG

TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAUR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KABUPATEN KAUR,

Menimbang

- : a. bahwa kesehatan merupakan salah satu urusan wajib Pemerintah Daerah sehingga penyelenggaraan pembangunan di bidang Kesehatan perlu mendapatkan perhatian yang serius dari Pemerintah Daerah;
- b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana Kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan bermutu sesuai dengan yang diterapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- c. bahwa untuk memenuhi persyaratan Administratif penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dan Pasal 38 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 Badan Layanan Umum Daerah, maka perlu disusun Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kaur;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati Kaur tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Kaur;



Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1967 tentang Pembentukan Propinsi Bengkulu (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1967 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2828);
2. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Mukomuko, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur di Provinsi Bengkulu (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 4266);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

8. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
14. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
15. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;

16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
18. Peraturan Daerah Kabupaten Kaur Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Kaur (Lembaran Daerah Kabupaten Kaur Tahun 2016 Nomor 237, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kaur Nomor 09);
19. Peraturan Daerah Kabupaten Kaur Nomor 13 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Kaur Tahun 2021 Nomor 276);
20. Peraturan Daerah Kabupaten Kaur Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Kaur (Lembaran Daerah Kabupaten Kaur Tahun 2016 Nomor 237, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kaur Nomor 09);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI KAUR TENTANG TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAUR.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Kaur.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah.

— 

3. Bupati adalah Bupati Kaur.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD adalah RSUD Kabupaten Kaur.
5. Pola Tata Kelola Korporasi adalah Peraturan Internal yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan Staf Medis Rumah Sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing.
6. Pola Tata Staf Medis adalah Peraturan Internal yang fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari Staf Medis Rumah Sakit.

#### Pasal 2

Dengan ditetapkan Peraturan Bupati ini maka Ketentuan mengenai Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Kaur tercantum pada Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

#### Pasal 3

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan,

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

Ditetapkan di Bintuhan  
pada tanggal 4 Januari 2022

—  
  
BUPATI KAUR  
  
LISMIDIANTO

Diundangkan di Bintuhan  
pada tanggal, 5 Januari 2022

SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN KAUR,

  
ERSAN SYAHFIRI

LAMPIRAN  
PERATURAN BUPATI KAUR  
NOMOR : 10 TAHUN 2022  
TENTANG TATA KELOLA RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH KAUR

TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAUR

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sejalan dengan pergeseran paradigma BLUD Rumah Sakit Umum Daerah Kaur sebagai layanan publik dan layanan lanjutan, maka RSUD KAUR harus dikelola secara *entrepreneur* bukan secara birokratik lagi. Untuk itu RSUD KAUR perlu melakukan perubahan mendasar sehingga lebih mandiri dan mampu berkembang menjadi lembaga yang berorientasi terhadap kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*).

Adanya reformasi pengelolaan keuangan Negara dengan terbitnya Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, memberikan angin segar bagi RSUD KAUR untuk pengelolaan yang lebih baik ke depan. Di dalam Pasal 68 dan 69 Undang-Undang tersebut, diatur suatu koridor baru dalam pengelolaan keuangan negara yaitu Badan Layanan Umum atau disingkat BLU. Sebagai aturan Pelaksanaannya, terbitlah Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah. BLUD dibentuk untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja yang ingin menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan-BLUD harus memenuhi 3 (tiga) persyaratan yaitu persyaratan teknis, substantif dan administratif. Berdasarkan Permendagri Nomor 79 Tahun 2018, RSUD KAUR memenuhi syarat teknis dan substantif untuk dijadikan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), yaitu suatu instansi di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan, mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

Setelah RSUD Kaur menjadi BLUD, RSUD Kaur akan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD (PPK-BLUD) yaitu pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan



mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan Keuangan Daerah pada umumnya.

Apabila RSUD KAUR telah menerapkan PPK-BLUD, maka RSUD KAUR dapat lebih leluasa menentukan Keputusan-Keputusan strategis dengan memperhatikan dan menjalankan praktik bisnis yang sehat, dikelola oleh orang-orang yang profesional sehingga diharapkan RSUD KAUR mampu bertahan bahkan bersaing dan mandiri dengan tetap bersinergi dengan program-program pelayanan kesehatan yang ditetapkan Pemerintah.

Untuk dapat menerapkan status PPK-BLUD penuh maka RSUD Kaur mengajukan persyaratan administratif yang harus dipenuhi oleh RSUD KAUR sesuai dengan Pasal 36 Permendagri Nomor 79 Tahun 2018, yaitu dapat menyajikan dokumen-dokumen sebagai berikut:

1. Surat kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan;
2. Pola Tata Kelola;
3. Renstra;
4. Standar Pelayanan Minimal;
5. Laporan Keuangan;
6. Laporan Audit terakhir atau Pernyataan bersedia untuk diaudit.

#### B. PENGERTIAN TATA KELOLA

Berdasarkan Pasal 38 Permendagri Nomor 79 Tahun 2018, Pola Tata Kelola merupakan tata kelola Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD. Pola Tata Kelola ditetapkan dengan Peraturan Kepala Daerah. Selanjutnya dalam Pasal 39 Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 disebutkan bahwa BLUD beroperasi berdasarkan Pola Tata Kelola atau Peraturan Internal yang memuat antara lain :

##### 1. Kelembagaan

Kelembagaan memuat posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, hubungan kerja dan wewenang.

Struktur Organisasi lengkap sesuai dengan Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 dijabarkan lebih lanjut di Bab II.

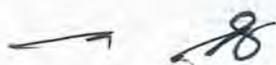
##### 2. Prosedur Kerja

Prosedur kerja memuat ketentuan mengenai hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi.

Daftar Standar Operasional Prosedur dijabarkan lebih lanjut di Bab III.

##### 3. Pengelompokan Fungsi

Pengelompokan fungsi memuat pembagian fungsi pelayanan dan fungsi pendukung sesuai dengan prinsip pengendalian internal untuk efektifitas pencapaian. Pengelompokan fungsi dijabarkan lebih lanjut di Bab IV.



#### 4. Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM)

Pengelolaan Sumber Daya Manusia memuat kebijakan mengenai pengelolaan SDM yang berorientasi pada peningkatan pelayanan kepada masyarakat. Pengelompokan SDM dijabarkan lebih lanjut di Bab V

### C. PRINSIP-PRINSIP TATA KELOLA

Prinsip-prinsip tata kelola BLUD sebagaimana disebutkan dalam Pasal 31 ayat (2) dan Pasal 33 Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 terdiri dari :

#### 1. Transparansi

Merupakan azas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.

#### 2. Akuntabilitas

Merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada BLUD agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.

#### 3. Responsibilitas

Merupakan kesesuaian atau kepatuhan dalam pengelolaan organisasi terhadap prinsip bisnis yang sehat serta perundang-undangan.

#### 4. Independensi

Merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

### D. TUJUAN PENERAPAN POLA TATA KELOLA

Pola Tata Kelola yang diterapkan pada Badan Layanan Umum Daerah RSUD Kaur bertujuan untuk :

1. Memaksimalkan nilai RSUD Kaur dengan cara menerapkan prinsip keterbukaan, akuntabilitas, dapat dipercaya dan bertanggung jawab.
2. Mendorong pengelolaan RSUD Kaur secara profesional, transparan dan efisien serta memberdayakan fungsi dan peningkatan kemandirian organ RSUD.
3. Mendorong agar organisasi RSUD Kaur dalam membuat keputusan dan menjalankan kegiatan senantiasa dilandasi dengan nilai moral yang tinggi dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta kesadaran atas adanya tanggung jawab sosial RSUD Kaur terhadap *stakeholder*.
4. Meningkatkan kontribusi RSUD Kaur dalam mendukung kesejahteraan umum masyarakat melalui pelayanan kesehatan di dalam dan di luar gedung.

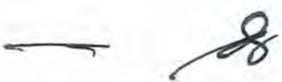


5. Menjaga pelayanan kesehatan dapat terselenggaranya dengan berdasarkan standar pelayanan.

#### E. SUMBER REFERENSI POLA TATA KELOLA

Sumber referensi dalam menyusun Pola Tata Kelola RSUD Kaur antara lain adalah:

1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1967 tentang Pembentukan Propinsi Bengkulu (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1967 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2828);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Layanan Umum;



9. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 212, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
11. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2012 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);
12. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);
13. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 8/PMK.02/2006 tentang Kewenangan Pengadaan Barang/Jasa pada BLU;
14. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 9/PMK.02/2006 tentang Pembentukan Dewan Pengawas pada Badan Layanan Umum dan Telah diubah dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 109/PMK.05/2007;
15. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : PER/02/M.PAN/1/2007 Tanggal 25 Januari 2007 tentang Pedoman Organisasi Satuan Kerja Di Lingkungan Instansi Pemerintah Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD);
17. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 119/PMK.05/2007 tentang Persyaratan Administrasi Dalam Rangka Pengusulan dan Penetapan Satuan Kinerja Instansi Pemerintah untuk Menerapkan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
18. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 44/PMK.05/2009 tentang Rencana Bisnis dan anggaran (RBA) serta Pelaksanaan Anggaran BLUD;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Barang Milik Daerah (Berita Negara Tahun 2016 Nomor 547);
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2009 tentang Pedoman Manajemen RSUD;



23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).
24. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
25. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik;
26. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat;
27. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 Tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*)
28. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/ Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) di Rumah Sakit.
29. Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Tahun 2008 Nomor 900/2759/SJ tentang Pedoman Penilaian Penerapan PPK-BLUD.
30. Peraturan Daerah Kabupaten Kaur Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Kaur (Lembaran Daerah Kabupaten Kaur Tahun 2016 Nomor 237, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kaur Nomor 09);

#### F. PERUBAHAN POLA TATA KELOLA

Pola Tata Kelola RSUD Kaur ini akan direvisi apabila terjadi perubahan terhadap Peraturan Perundang-Undangan yang terkait dengan Pola Tata Kelola RSUD Kaur sebagaimana disebutkan di atas dan kebutuhan internal RSUD, serta disesuaikan dengan fungsi, tanggung jawab dan kewenangan organisasi RSUD Kaur serta perubahan lingkungan.

#### G. ORGAN POLA TATA KELOLA

1. Organ Utama Tata Kelola BLUD :
  - a. Pemerintah Daerah (Bupati);
  - b. Kepala Dinas Kesehatan;
  - c. Dewan Pengawas; dan
  - d. Pejabat Pengelola.
2. Organ Pendukung :
  - a. Direktur Rumah Sakit;
  - b. Kabid;
  - c. Kasubbid;

— ✍

- d. Satuan Pengawas Internal (SPI);
  - e. Eksternal Auditor; dan
  - f. Pegawai.
3. *Stakeholders* lainnya :
- a. Pengguna Jasa Layanan;
  - b. Mitra Usaha;
  - c. Kreditur;
  - d. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
  - e. Masyarakat Sekitar; dan
  - f. Pihak-pihak lainnya yang mempunyai kepentingan terhadap BLUD.

## BAB II STRUKTUR ORGANISASI

### A. VISI, MISI, TUJUAN STRATEGIS DAN NILAI DASAR RSUD KAUR

Rumah Sakit Umum Daerah Kaur diresmikan dan mulai berfungsi pada tanggal 02 Februari 2007. RSUD Kaur merupakan Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C beralamatkan di Jalan Jalan Raya Cahaya Batin Kecamatan Semidang Gumay Kabupaten Kaur.

Dalam rangka menghadapi Persaingan Global, RSUD Kaur menetapkan Visi yaitu :

**“MENJADIKAN RUMAH SAKIT SEBAGAI SARANA PELAYANAN  
KESEHATAN YANG BERSIH, ENERGIK, BERKUALITAS DAN  
PROFESIONAL”.**

Sebagai upaya mewujudkan Visi tersebut, RSUD Kaur mempunyai Misi :

1. Meningkatkan Pelayanan Kesehatan secara Efektif, Efisien, Terjangkau dan Holistik dengan Mengutamakan Keselamatan Pasien.
2. Meningkatkan Pelayanan Prima Bagi Masyarakat.
3. Meningkatkan Kualitas Sumber Daya dan Kinerja Aparatur Pemerintahan Untuk Mencapai Kesejahteraan Masyarakat Yang Berkualitas.
4. Mewujudkan Pengelolaan Keuangan Yang Efisien, Transparan dan Akuntabel.
5. Menjalin Hubungan Kerjasama Lintas Sektor dan Kemitraan.

Adapun Tujuan Strategis RSUD Kaur sebagai berikut:

1. Menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah Kaur sebagai tempat rujukan layanan kesehatan di Kabupaten Kaur dan Sekitarnya;
2. Memberikan layanan yang Responsif, Merata, Adil, Terjangkau dan Bermutu;
3. Memberikan kepuasan pada pengguna jasa Rumah Sakit;



#### 4. Mempunyai keunggulan pada Sumber Daya Manusia.

Nilai-Nilai Dasar yang dimiliki oleh RSUD Kaur adalah :

- a. *Kejujuran*. Kejujuran adalah kemampuan orang untuk mengatakan suatukenyataan sebagaimana adanya;
- b. *Keterbukaan*. Keterbukaan terhadap sesuatu yang baru merupakan nilai yang perlu dijunjung tinggi oleh setiap karyawan, sehingga setiap karyawan mampu menghadapi setiap perubahan baik Internalal maupun eksternal organisasi. Kejujuran dan keterbukaan akan menimbulkan “kepercayaan“ dari masyarakat;
- c. *Kerendahan Hati*. Kerendahan hati menjadikan orang mampu menerima kehadiran orang lain dan pendapat orang lain dalam mencapai tujuan bersama;
- d. *Kesediaan Melayani*. Kesediaan melayani merupakan tindakan terpuji dalam hubungan dengan pelanggan. Setiap karyawan dengan ringan hati memberikan pelayanan kepada seluruh pelanggan, sehingga pelanggan merasa dipedulikanoleh RSUD Kab. Kaur;
- e. *Kerja Keras*. Kerja keras tidak kenal lelah merupakan unsur yang sangat penting dalam mewujudkan peningkatan kualitas secara terus menerus agar Rumah Sakit Kabupaten Kaur tetap di cintai oleh pelanggannya. Kerja Keras salah satu unsur menuju kesuksesan;
- f. *Kasih Sayang*. Kasih sayang adalah sikap welas asih yang dimiliki oleh setiap manusia. Dapat diwujudkan dalam kegiatan pelayanan sehari-hari terhadap pelanggan maupun teman kerja kita;
- g. *Loyalitas*. Loyalitas adalah kemampuan karyawan untuk mewujudkan apa yang telah di ucapkan atau dijanjikan dalam bentuk tindakan nyata. Karywan RSUD Kaur akan berusaha untuk mewujudkan apa yang telah dijanjikan ketika masuk menjadi keluarga besar RSUD kaur melalui TRI SATYA (Satya kepada pimpinan, sejawat dan bawahan)

Selain itu, RSUD Kaur memiliki Motto yaitu “SENYUM, SAPA, SALAM, SEHAT, SERIUS”.

#### B. KEDUDUKAN DAN FUNGSI

##### 1. BLUD Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kaur

BLUD RSUD Kaur adalah Unit Kerja pada Satuan Kerja Pemerintah Daerah yang bertanggungjawab terhadap pembangunan kesehatan serta berperan dalam menyelenggarakan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar memperoleh derajat kesehatanyang optimal.

→ 

Dengan demikian BLUD RSUD Kaur merupakan salah satu Rumah Sakit yang berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat serta pusat pelayanan kesehatan lanjutan. BLUD RSUD Kaur mempunyai fungsi :

- a. Penyelenggaraan Pelayanan Pengobatan dan pemulihan Kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Rumah Sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan Perorangan melalui Pelayanan Kesehatan yang Paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan Medis;
- c. Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan Sumber daya Manusia dalam Rangka Peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- d. Penyelenggaraan Penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan Etika Ilmu Pengetahuan bidang kesehatan;
- e. Menjamin Pembiayaan Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi pakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. Memberikan Pelayanan kesehatan secara Profesional dan bertanggung jawab.

## 2. Bupati Kaur

Adalah pejabat yang mewakili Pemerintah Kabupaten Kaur selaku pemilik Rumah Sakit, Bupati memiliki kewajiban, hak dan wewenang sebagai berikut:

- a. Selaku pemilik berkewajiban untuk melakukan pembinaan teknis kepada BLUD melalui Sekretaris Daerah dan Rumah Sakit Umum Daerah Kaur serta pembinaan keuangan BLUD melalui Dinas Pendapatan, Keuangan dan Pengelolaan Aset Daerah.
- b. Selaku Pemilik berkewajiban untuk menjaga tujuan pendirian Rumah Sakit tetap terlaksana dan memberikan manfaat yang semaksimal mungkin bagi negara dan daerah untuk kepentingan peningkatan kesejahteraan rakyat.
- c. Selaku pemilik harus memiliki mekanisme pengangkatan dan pemberhentian Dewan Pengawas dan Pejabat Pengelola BLUD.
- d. Selaku pemilik harus memiliki mekanisme penilaian kinerja Rumah Sakit dan penilaian kinerja Dewan Pengawas dan Pejabat Pengelola.
- e. Selaku pemilik harus memiliki mekanisme untuk mengesahkan RENSTRA, RBA dan Laporan Pertanggungjawaban Tahunan dengan tepat waktu.

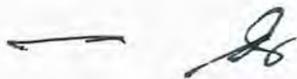


- f. Selaku pemilik harus memiliki mekanisme baku dan transparan menyangkut pemberian persetujuan atas semua kegiatan Rumah Sakit yang memerlukan persetujuan Kabupaten.
- g. Selaku pemilik pada dasarnya mempunyai hak-hak sebagai berikut:
  - 1) Hak untuk melaksanakan segala wewenang yang tidak diserahkan kepada Dewan Pengawas dan/atau Pejabat Pengelola.
  - 2) Hak untuk memperoleh informasi material mengenai Rumah Sakit secara tepat waktu dan teratur.
- h. Selaku pemilik mempunyai wewenang sebagai berikut:
  - 1) Membentuk Dewan Pengawas pada Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku.
  - 2) Mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Pejabat Struktural.

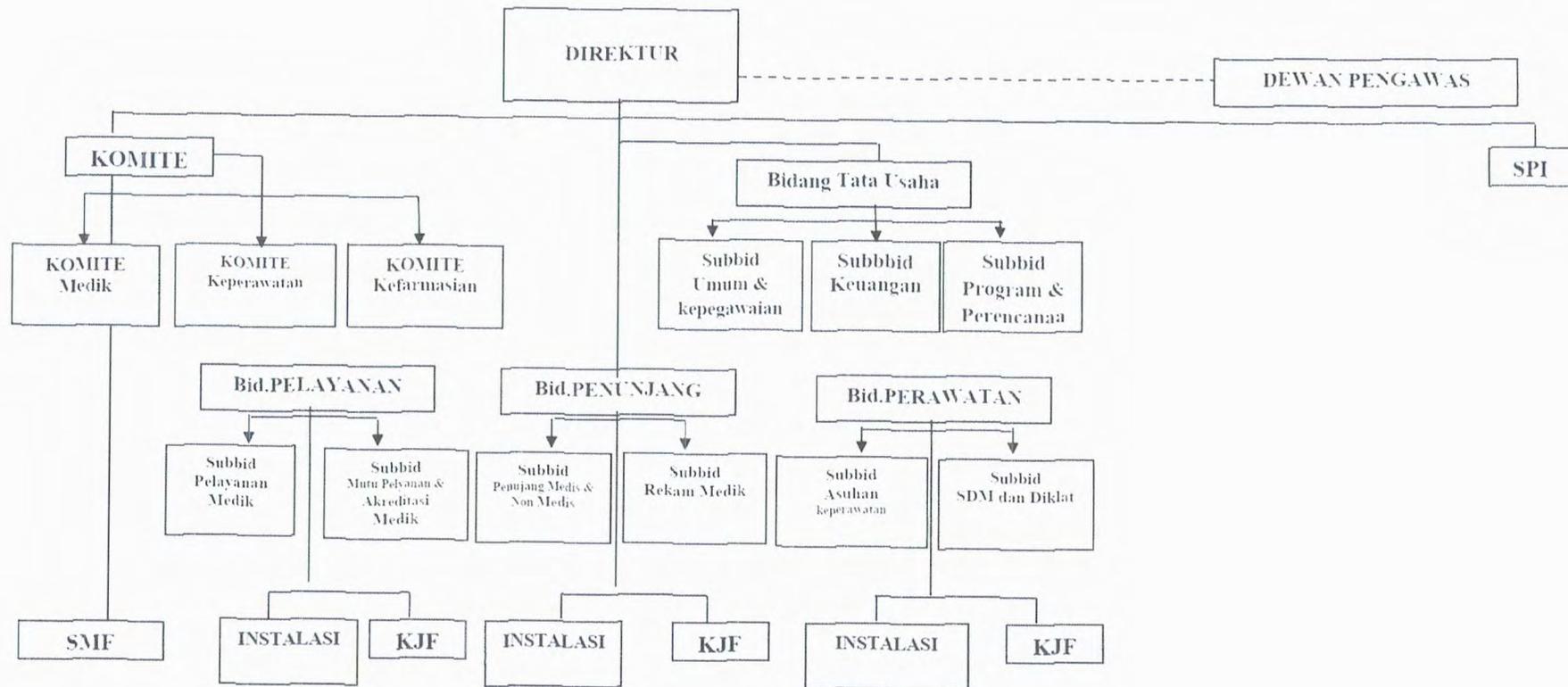
### C. STRUKTUR ORGANISASI

Struktur organisasi RSUD Kaur setelah penerapan BLUD masih sama dengan Struktur Organisasi sebelum penerapan BLUD yaitu mengacu pada Peraturan Daerah Kabupaten Kaur Nomor 02 Tahun 2016 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kaur, karena struktur yang ada telah sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 41 tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah. Namun demikian, penyesuaian perlu dilakukan dalam rangka implementasi Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD), sesuai dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah pada RSUD Kaur.

Penyesuaian yang perlu dilakukan selain penyesuaian tugas pokok dan fungsi juga menambah struktur Dewan Pengawas dan Satuan Pengawas Internal (SPI), sehingga struktur organisasi dijabarkan seperti berikut :



**STRUKTUR ORGANISASI  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAUR KELAS C**



Kepala Puskesmas  
 YANDI NING  
 NING YANDI NING DAN IYAN  
 NING YANDI NING



Susunan Organisasi RSUD Kaur dalam rangka penerapan PPK-BLUD sebagai berikut :

- a. Dewan Pengawas;
- b. Direktur;
- c. Bidang Tata Usaha, membawahi :
  1. Sub Bidang Umum dan Kepegawaian;
  2. Sub Bidang Keuangan;
  3. Sub Bidang Program dan Perencanaan.
- d. Bidang Pelayanan, membawahi :
  1. Sub Bidang Pelayanan Medis;
  2. Sub Bidang Mutu Pelayanan dan Akreditasi.
- e. Bidang Penunjang, membawahi:
  1. Sub Bidang Penunjang Medis dan Non Medis;
  2. Sub Bidang Rekam Medik.
- f. Bidang Keperawatan, membawahi:
  1. Sub Bidang Asuhan Keperawatan;
  2. Sub Bidang Sumber Daya Manusia dan Diklat.
- g. Kelompok Jabatan Fungsional.
- h. Unit-unit Non Struktural
  1. Instalasi
  2. Komite Medik
  3. Komite Keperawatan
  4. Komite Kefarmasian
  5. Satuan Pengawas Internal (SPI)

Selain pembentukan struktur organisasi baru (Dewan Pengawas dan Satuan Pengawas Internal), perubahan/ penyesuaian lainnya yang perlu dilakukan sesuai dengan kaidah penerapan PPK-BLUD adalah adanya penyebutan Pejabat Pengelola BLUD yang disesuaikan dengan nomenklatur pemerintah daerah setempat, sebagai berikut:

- a. Direktur selaku Pejabat Pengguna Anggaran/Pengguna Barang sebagai Pemimpin BLUD;
- b. Kepala Bidang Tata Usaha sebagai Pejabat Keuangan;
- c. Kepala Bidang sebagai Pejabat Teknis;

#### D. URAIAN TUGAS

Secara umum uraian tugas tetap mengacu pada uraian tugas yang telah berlaku sebelum penerapan BLUD di atas yaitu berdasarkan pada Peraturan Bupati Kaur Nomor 32 Tahun 2017 tentang Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kaur.



Penyesuaian/penambahan perlu dilakukan terhadap fungsi organ BLUD sebagai berikut :

a. Dewan Pengawas

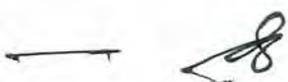
1. Tugas dan Kewajiban

Dewan Pengawas memiliki tugas dan kewajiban sebagai berikut:

- a) Memantau perkembangan kegiatan BLUD;
- b) Menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
- c) Memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
- d) Memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
- e) Memberikan pendapat dan saran kepada kepala daerah mengenai:
  - 1) RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
  - 2) Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
  - 3) Kinerja BLUD.
- f) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu- waktu jika diperlukan.

2. Keanggotaan

- a) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang disesuaikan dengan nilai omzet dan/atau nilai aset rumah sakit, serta seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawa;
- b) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang apabila rumah sakit memiliki :
  - 1) Realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, sebesar Rp.30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp.100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
  - 2) Nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp.150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp.500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).
- c) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang apabila rumah sakit memiliki :



- 1) Realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp.100.000.000.000.- (seratus miliar rupiah); atau
- 2) Nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp.500.000.000.000.- (lima ratus miliar rupiah).

### 3. Persyaratan

Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat :

- 1) Sehat jasmani dan rohani;
- 2) Memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
- 3) Memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
- 4) Memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD;
- 5) Menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- 6) Berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
- 7) Berusia paling tinggi 60 (enam puluh) Tahun;
- 8) Tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
- 9) Tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- 10) Tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon Kepala Daerah atau calon Wakil Kepala Daerah, dan/atau calon anggota legislatif.

### 4. Pembentukan/Pengangkatan

- a) Dewan Pengawas Rumah Sakit dibentuk dengan Keputusan Bupati Kaur;
- b) Anggota Dewan Pengawas Rumah Sakit terdiri dari unsur-unsur pejabat dari Pemerintah Kabupaten Kaur, serta tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit;
- c) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) Tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya;
- d) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola Rumah sakit.

### 5. Pemberhentian

- a) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati sesuai dengan kewenangannya, setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir;



- b) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Bupati;
- c) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebelum habis masa jabatannya dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti:
  - 1) Tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - 2) Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - 3) Terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
  - 4) Dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
  - 5) Mengundurkan diri; dan
  - 6) Terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau daerah.
  - 7) terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
  - 8) dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya dalam melaksanakan pengawasan terhadap rumah sakit.

6. Ketentuan Lain-Lain

- 1) Untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas, Bupati sesuai dengan kewenangannya dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas;
- 2) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit dan dimuat dalam RBA Rumah Sakit.

b. Direktur

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kaur mempunyai tugas membantu Bupati dalam penyelenggaraan Pemerintahan Kabupaten Kaur dan pelaksanaan penyusunan kebijakan Pemerintah Daerah di bidang Tata Kelola Rumah Sakit.

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kaur menyelenggarakan fungsi :

- 1. Pembinaan, pengawasan dan pengendalian penyusunan Rencana Strategis (Renstra) dinas sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD);
- 2. Perumusan kebijakan, penyelenggaraan, pemantauan dan evaluasi, pembinaan dan pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM);



3. Pelaksanaan pembinaan administrasi, organisasi dan tata laksana serta memberikan pelayanan teknis administrasi kepada seluruh jajaran rumah sakit umum daerah;
  4. Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan penyelenggaraan kebijakan, program dan kegiatan bidang;
  5. Pembinaan, pengawasan dan pengendalian Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (AKIP);
  6. Pembinaan kelompok Jabatan Fungsional dan Unit Pelaksana Teknis dibawah koordinasi Dinas; dan
  7. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.
- c. Bidang Tata Usaha

Bidang Tata Usaha melaksanakan tugas Administrasi Umum, Organisasi dan tata laksana serta memberikan Pelayanan Teknis Administratif kepada semua Satuan Organisasi di Lingkungan Rumah Sakit.

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Bagian Tata Usaha menyelenggarakan fungsi:

1. Koordinasi penyusunan kebijakan, rencana program dan kegiatan serta anggaran rumah sakit;
2. Penyelenggaraan pelayanan administrasi, keuangan, kepegawaian, tata persuratan, pelayanan hukum dan kemitraan, perlengkapan, logistik umum dan rumah tangga rumah sakit umum daerah;
3. Pengoordinasian rapat Dinas dan Humas dan Keprotokolan;
4. Pelaksanaan koordinasi kegiatan kerumahtanggaan, penerimaan tamu, rapat dan upacara resmi rumah sakit umum daerah;
5. Pembinaan dan pemberian layanan administrasi pemerintahan yang meliputi ketatausahaan, kerumahtanggaan, kearsipan dan dokumentasi;
6. Pembinaan dan pengelolaan kepegawaian di lingkungan rumah sakit;
7. Pelaksanaan urusan organisasi dan tata laksana di lingkungan rumah sakit;
8. Koordinasi pengelolaan administrasi keuangan di lingkungan rumah sakit;
9. Pengelolaan barang milik daerah di lingkungan rumah sakit; dan
10. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.



Kepala Bidang Tata Usah membawahi :

1) Kepala Sub Bidang Umum dan Kepegawaian

Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan administrasi umum dan kepegawaian Badan. Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyusunan rencana pelaksanaan tugas sub bagian umum dan kepegawaian;
- b. Pelaksanaan administrasi surat menyurat dan pengelolaan kearsipan sertadokumentasi;
- c. Pelaksanaan administrasi, pembinaan kepegawaian Internal dan pengelolaan sistem informasi kepegawaian;
- d. Penyusunan rencana kebutuhan, pengoordinasian, pemeliharaan peralatan dan perlengkapan di lingkungan badan;
- e. Pengidentifikasian kebutuhan produk hukum daerah dan penghimpunan peraturan perundang-undangan di bidang perencanaan dan bidang penelitian dan pengembangan;
- f. Pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan pelaporan kegiatan sub bagian umum dan kepegawaian;
- g. Penyusunan dan pelaksanaan standar pelayanan publik dan standar operasional prosedur di sub bagian umum dan kepegawaian;
- h. Penyiapan bahan kebijakan dan petunjuk teknis yang berkaitan dengan urusan administrasi umum dan kepegawaian;
- i. Penyiapan bahan penetapan angka kredit jabatan fungsional tertentu dan pengusulan kenaikan pangkat;
- j. Pelaksanaan pengelolaan informasi, komunikasi dan publikasi serta hubungan masyarakat; dan
- k. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan.

2) Kepala Sub Bidang Keuangan

Kepala Sub Bagian Keuangan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan administrasi keuangan dan pengelolaan barang milik daerah di lingkungan rumah sakit.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Kepala Sub Bagian Keuangan menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyusunan rencana pelaksanaan tugas sub bagian keuangan;
- b. Penghimpunan dan penyusunan program pelaksanaan anggaran keuangan rumah sakit;
- c. Pengelolaan anggaran Rumah Sakit Umum Daerah;



- d. Penatausahaan administrasi keuangan badan perencanaan pembangunandaerah, penelitian dan pengembangan;
- e. Penyusunan laporan fisik dan keuangan secara berkala;
- f. Pengelolaan dan penatausahaan barang milik daerah di lingkungan badan;
- g. Penyiapan bahan kebijakan dan petunjuk teknis yang berkaitan dengan urusan keuangan dan barang milik daerah di lingkungan rumah sakit;
- h. Penyusunan dan pelaksanaan standar pelayanan publik dan standaroperasional prosedur di sub bagian keuangan;
- i. Pengevaluasian, pengendalian dan pelaporan pelaksanaan tugas subbagian keuangan; dan
- j. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.

### 3) Kepala Sub Bidang Program dan Perencanaan

Kepala Sub Bagian Program dan Perencanaan mempunyai tugas menyusun perencanaan, pelaksanaan evaluasi dan pelaporan kegiatan Rumah Sakit.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Kepala Sub Bagian Program dan Perencanaan menyelenggarakan fungsi:

- 1) Penyusunan rencana pelaksanaan tugas sub bagian program dan perencanaan;
- 2) Penyusunan rencana kerja dan rencana strategis rumah sakit;
- 3) Koordinasi dan penyusunan laporan akuntabilitas instansi pemerintah(LAKIP);
- 4) Penyiapan, pengoordinasian dan penyusunan rencana program dan Anggaran Rumah Sakit;
- 5) Pelaksanaan, pengendalian, evaluasi serta pelaporan program dan kegiatan sub bagian perencanaan dan pelaporan;
- 6) Penyusunan dan pelaksanaan standar pelayanan publik dan standar operasional prosedur di sub bagian program dan perencanaan;
- 7) Penyiapan bahan kebijakan dan petunjuk teknis yang berkaitan dengan urusan perencanaan, evaluasi dan pelaporan;
- 8) Pengoordinasian, pengevaluasian, penyusunan dan penyampaian laporan pelaksanaan program dan kegiatan rumah sakit secara berkala; dan
- 9) Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.



d. Kepala Bidang Pelayanan

Kepala Bidang Pelayanan melaksanakan tugas pengendalian pelayanan medik, penyelenggara tugas pelayanan medis dan mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kaur.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Kepala Bidang Pelayanan menyelenggarakan fungsi:

1. Penyusunan rencana pelaksanaan tugas bidang pelayanan;
2. Penyusunan dan pelaksanaan standar pelayanan publik dan standar;
3. Operasional prosedur di bidang pelayanan;
4. Pelaksanaan penetapan penyusunan rencana dan program kerja di bidang pelayanan;
5. Pelaksanaan tugas pelayanan medik;
6. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis;
7. Pelaksanaan pelayanan rujukan;
8. Pembinaan dan pengarahan pelaksanaan tugas di bidang pelayanan kemedikan;
9. Pelaksanaan koordinasi kegiatan dan kebutuhan sarana, tenaga dan logistik bidang pelayanan;
10. Pelaksanaan koordinasi/kerja sama dan kemitraan dengan unit kerja/instansi/lembaga atau pihak ketiga di bidang pelayanan kemedikan;
11. Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi di bidang pelayanan; dan
12. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan Kepala

Bidang Pelayanan membawahi :

1) Kepala Sub Bidang Pelayanan Medik

Kepala Sub Bidang Pelayanan Medik mempunyai tugas melaksanakan penyusunan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan pada Sub Bidang Pelayanan Medik.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Kepala Sub Bidang Pelayanan Medik menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyusunan rencana pelaksanaan tugas pada sub bidang pelayanan medik;
- b. Penyusunan dan pelaksanaan standar pelayanan publik dan standar operasional prosedur pada sub bidang pelayanan medik;
- c. Pelaksanaan kebijakan pengawasan dan pengendalian pelayanan medik di ruang IGD, rawat jalan, rawat inap, OK dan perawatan intensif;



- d. Pengoordinasian pemantauan mobilisasi dan distribusi peralatan medik;
- e. Penyusunan kebutuhan sarana medik dan pengadaan peralatan medik, pengumpulan dan pengolahan data peralatan medik sebagai bahan rencana pengadaan peralatan medik serta penyusunan laporan;
- f. Pelaksanaan koordinasi pelayanan medik dengan sub unit kerja lain;
- g. Pelaksanaan pembinaan dan pengawasan terhadap pelayanan medik;
- h. Pelaksanaan pembinaan dan pengawasan serta evaluasi pelayanan medik;
- i. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.

2) Kepala Sub Bidang Mutu Pelayanan dan Akreditasi

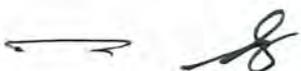
Kepala Sub Bidang Mutu Pelayanan dan Akreditasi melaksanakan tugas pengendalian mutu pelayanan dan penyusunan instrumen akreditasi serta peningkatan akreditasi.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Kepala Sub Bidang Mutu Pelayanan menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyusunan rencana pelaksanaan tugas pada sub bidang mutu pelayanan dan akreditasi;
- b. Penyusunan dan pelaksanaan standar pelayanan publik dan standar operasional prosedur pada;
- c. Penyusunan, pengelolaan perumusan kebijakan mutu pelayanan dan akreditasi;
- d. Pelaksanaan perumusan penyusunan instrumen akreditasi rumah sakit;
- e. Pelaksanaan perumusan penyusunan penilaian mandiri (*self assessment*) akreditasi;
- f. Pelaksanaan asesor Internal akreditasi rumah sakit;
- g. Pelaksanaan perumusan kebijakan dalam menyusun pokja akreditasi dengan mengacu pada standar pelayanan yang berfokus pada pasien;
- h. Pelaksanaan penyusunan pokja akreditasi dengan mengacu pada standar manajemen dan keselamatan pasien rumah sakit;
- i. Pelaksanaan penyusunan pokja akreditasi dengan mengacu pada sasaran *Sustainable development goal* (SDGs);
- j. Pelaksanaan terhadap pencegahan dan penanggulangan infeksi (PPI) Rumah Sakit;



- k. Pelaporan pelaksanaan tugas dan kegiatan sub bidang mutu pelayanan dan akreditasi; dan
  1. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.
- e. Kepala Bidang Penunjang
- Kepala Bidang Penunjang melaksanakan tugas menyelenggarakan penyusunan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang Penunjang, Untuk melaksanakan tugas tersebut, Kepala Bidang Penunjang menyelenggarakan fungsi :
1. Penyusunan serta perumusan rencana pelaksanaan tugas dan kebijakan teknis bidang penunjang;
  2. Penyusunan dan pelaksanaan standar pelayanan publik dan standar operasional prosedur di bidang penunjang;
  3. Penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis bidang penunjang;
  4. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di bidang pelayanan penunjang medis;
  5. Pelaksanaan pengelolaan rekam medis;
  6. Pelaksanaan koordinasi pemeliharaan perawatan kalibrasi peralatan medis dan penunjang medis;
  7. Pengoordinasian pemantauan mobilisasi dan distribusi peralatan penunjang medis;
  8. Pelaksanaan program dan kegiatan pengendalian instalasi penunjang medis dan non medis;
  9. Penyusunan kebutuhan sarana prasarana dan logistik penunjang medis, pengumpulan dan pengolahan data peralatan penunjang medis sebagai bahan rencana pengadaan peralatan penunjang medis serta penyusunan laporan;
  10. Penganalisaan kebutuhan tenaga penunjang medis berdasarkan perkembangan pelayanan, sebagai masukan dalam perencanaan kebutuhan pegawai;
  11. Pengoordinasian penyusunan prosedur tetap pendayagunaan sarana/peralatan penunjang medis;
  12. Pengevaluasian dan pelaporan pelaksanaan tugas dan fungsi; dan
  13. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan. Kepala Bidang Penunjang membawahi :



## 1) Kepala Sub Bidang Penunjang Medis dan Non Medis

Kepala sub bidang penunjang medis meliputi kegiatan penunjang medis pada Laboratorium, pelayanan darah, Pelayanan Gizi, Pelayanan Farmasi, Radiologi, Pelayanan Sterilisasi Instrumen (CSSD) dan pelayanan penunjang medis lainnya, dan menyelenggarakan bidang penunjang non medis yang meliputi, IPS, RS, *laundry*, *ambulance*, pemulangan jenazah, pengolahan limbah, oksigen dan pelayanan non medis lainnya.

Untuk melaksanakan tugas-tugas tersebut, Kepala Sub Bidang Penunjang Medis dan Non Medis menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyusunan serta perumusan rencana pelaksanaan tugas dan kebijakan teknis sub bidang penunjang medis dan non medis;
- b. Penyusunan dan pelaksanaan standar pelayanan publik dan standar operasional prosedur sub bidang penunjang medis dan non medis;
- c. Pelaksanaan kegiatan pengawasan dan pengendalian pelayanan penunjang medis seperti pelaksanaan pelayanan farmasi, laboratorium, unit transfusi darah (UTD), pelayanan gizi, radiologi, dan pelayanan penunjang medis lainnya;
- d. Pelaksanaan kegiatan, pengawasan dan pengendalian pelayanan penunjang non medis seperti CSSD, IPS,RS, *laundry*, *ambulance*, gudang, pemulangan jenazah, penanggulangan kebakaran, pengolahan limbah, dan oksigen dan pelayanan non medis lainnya;
- e. Pelaksanaan inventarisasi dan mengusulkan kebutuhan sarana, tenaga dan logistik pelayanan penunjang medis dan non medis;
- f. Pelaksanaan penilaian pelayanan mutu pelayanan penunjang medis dan non medis;
- g. Pengevaluasian dan pelaporan pelaksanaan tugas dan fungsi; dan
- h. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.

## 2) Kepala Sub Bidang Rekam Medik

Kepala Sub Bidang Rekam Medik menyelenggarakan kegiatan rekammedik dan pengembangan rekam medis yang terkelola.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, maka Kepala Sub Bidang Rekam Medik menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyusunan serta perumusan rencana pelaksanaan tugas dan kebijakan teknis sub bidang rekam medik;
- b. Penyusunan dan pelaksanaan standar pelayanan publik dan standaroperasional prosedur sub bidang rekam medik;



- c. Pelaksanaan koordinasi kegiatan pelayanan pendaftaran administrasipasien rawat jalan dan rawat inap;
- d. Penyelenggaraan kegiatan pengawasan dan pengendalian atas perencanaan kebutuhan pelayanan rekam medis;
- e. Pelaksanaan kiir dokter terhadap narkoba dan visum;
- f. Pelaksanaan penyusunan petunjuk teknis rekam medis;
- g. Pelaksanaan pengumpulan, analisa dan informasi data rekam medis;
- h. Pelaksanaan pengkajian dengan seluruh pihak terkait dengan kelengkapan isi dokumen rekam medis untuk kepentingan pengajuan klaim biaya pelayanan;
- i. Pelaksanaan pengembangan sistem informasi rumah sakit (SIR) baik SIR online maupun SIMRS GOS (sistem informasi manajemen rumahsakit *generik open source*);
- j. Pengevaluasian dan pelaporan pelaksanaan tugas dan fungsi; dan
- k. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.

f. Kepala Bidang Keperawatan

Kepala Bidang keperawatan mempunyai tugas pokok pengendalian etika, mutu layanan, dan asuhan keperawatan.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Kepala Bidang keperawatan menyelenggarakan fungsi:

1. Penyusunan serta perumusan rencana pelaksanaan tugas dan kebijakan teknis bidang perawatan;
2. Penyusunan dan pelaksanaan standar pelayanan publik dan standar operasional prosedur di bidang keperawatan;
3. Pelaksanaan perumusan kebutuhan sarana prasarana dan logistik unitkeperawatan;
4. Pelaksanaan program orientasi bagi tenaga perawat/bidan yang akan bekerja di rumah sakit;
5. Pelaksanaan persiapan rapat koordinasi dengan sub bidang dalam bidang keperawatan, kepala instalasi, kepala ruangan rawat secara berkala atau sewaktu-waktu bila diperlukan;
6. Pengumpulan, mengelola serta menganalisa data tentang prosedur asuhan keperawatan, ketenagaan dan peralatan untuk pengembangan pelayanan keperawatan.
7. Pengevaluasian dan pelaporan pelaksanaan tugas dan fungsi; dan
8. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.



Kepala Bidang Keperawatan membawahi :

1) Kepala Sub Bidang Asuhan Keperawatan

Kepala Sub Bidang Asuhan Keperawatan melaksanakan tugas penyelenggaraan dan pengendalian asuhan keperawatan.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Kepala Sub Bidang Asuhan Keperawatan menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyusunan serta perumusan rencana pelaksanaan tugas dan kebijakan teknis sub bidang asuhan keperawatan;
- b. Penyusunan dan pelaksanaan standar pelayanan publik dan standar operasional prosedur sub bidang asuhan keperawatan;
- c. Penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis bidang asuhan keperawatan;
- d. Penyusunan rencana/program pembinaan dan menyiapkan usulan pengembangan/pembinaan mutu asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan;
- e. Penyiapan program upaya peningkatan mutu asuhan keperawatan, koordinasi dengan tim keperawatan dan komite keperawatan rumah sakit;
- f. Pelaksanaan pemberian bimbingan pendokumentasian asuhan keperawatan dan melaksanakan evaluasi secara berkala dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan evaluasi pelayanan keperawatan di rumah sakit;
- g. Penyiapan usulan penetapan distribusi tenaga keperawatan sesuai kebutuhan pelayanan;
- h. Pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan pada unit gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, OK, ICCU dan unit rawat terkait lainnya;
- i. Pelaksanaan perumusan pengawasan kegiatan tenaga keperawatan di seluruh unit pelayanan keperawatan;
- j. Penyiapan rencana kebutuhan peralatan perawatan baik jumlah maupun kualitas alat serta pendistribusian peralatan keperawatan sesuai kebutuhan pelayanan;
- k. Pelaksanaan penganalisaan dan mengkaji usulan kebutuhan peralatan dan kepala ruangan/kepala instalasi;
- l. Pelaksanaan perumusan kegiatan sebagai koordinator supervisor jaga;
- m. Pengevaluasian dan pelaporan pelaksanaan tugas dan fungsi;  
dan



n. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.

## 2) Kepala Sub Bidang Sumber Daya Manusia dan Diklat

Kepala Sub Bidang SDM dan DIKLAT mempunyai tugas pokok penyelenggaraan peningkatan kapasitas SDM dan pelaksanaan Pendidikan dan Pelatihan tenaga Rumah Sakit.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, maka Kepala Sub Bidang Sumber Daya Manusia dan Diklat menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyusunan serta perumusan rencana pelaksanaan tugas dan kebijakan teknis sub bidang sumber daya manusia dan Diklat;
  - b. Penyusunan dan pelaksanaan standar pelayanan publik dan standar operasional prosedur bidang sumber daya manusia dan Diklat;
  - c. Pengoordinasian dan melaksanakan kegiatan pengembangan sumber daya manusia rumah sakit meliputi kegiatan pelatihan dan atau Bimtek yang dilakukan baik secara Internal maupun eksternal di luar RSUD Kaur berdasarkan usulan-usulan dari unit kerja RSUD Kaur;
  - d. Pengoordinasian terhadap kegiatan magang, orientasi, studi banding, praktek lapangan dan kegiatan pendidikan dan pelatihan lain;
  - e. Pengoordinasian terhadap kegiatan penelitian;
  - f. Pelaksanaan fasilitasi pengurusan perizinan seluruh tenaga kesehatan (SIP dan SIPP);
  - g. Pelaksanaan penyusunan program mutasi, rotasi dan memberikan penghargaan dan sanksi terhadap tenaga rumah sakit;
  - h. Pelaksanaan program orientasi bagi tenaga baru;
  - i. Pengevaluasian dan pelaporan pelaksanaan tugas dan fungsi; dan
  - j. Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.
- g. Kelompok Jabatan Fungsional

Jabatan fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak seseorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.

Kelompok Jabatan Fungsional tertentu terdiri :

1. Dokter;
2. Perawat;



3. Bidan;
  4. Farmasi/Apoteker/Asisten Apoteker;
  5. Ahli gizi;
  6. Analis Laboratorium; dan
  7. Radiografer.
- h. Unit-unit Non Struktural
- Rumah Sakit Umum Daerah kaur memiliki Unit-unit Non Struktural antara lain:

1. Instalasi

Dalam upaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi/ruangan yang merupakan unit pelayanan fungsional, pembentukan instalasi ditetapkan dengan keputusan Direktur. Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur. Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait. Kepala instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.

Instalasi/Ruangan terdiri dari:

- a) Instalasi Rawat Jalan.
- b) Instalasi Rawat Inap.
- c) Instalasi Farmasi.
- d) Instalasi Laboratorium.
- e) Instalasi Radiologi.
- f) Instalasi Gizi.
- g) Instalasi Kamar Jenazah.
- h) Instalasi *Laundry*.
- i) Instalasi Pemeliharaan Rumah Sakit.
- j) Instalasi Pengolahan Limbah.
- k) Instalasi Gawat Darurat.
- l) Instalasi Bedah Sentral.
- m) Instalasi Perawatan Intensif/ICU,ICCU.
- n) Instalasi Perawatan Intensif Bayi/NICU.
- o) Instalasi *One Day Surgery*/pelayanan operasi sehari.
- p) Instalasi UTDRS.
- q) Instalasi Sterilisasi.



## 2. Komite Medik

Komite Medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medis (dokter-dokter) di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

### a. Tugas Komite medik:

- 1) Menyusun Standar Pelayanan Medis;
- 2) Memberikan Pertimbangan kepada Kepala Rumah Sakit Dalam pembinaan, pngawasan dan penilaian mutu pelayanan medik Monitoring dan Evaluasi penggunaan Obat di Rumah Saki;
- 3) Memberikan pertimbangan kepada Kpala Rumah Sakit tentang Penerimaan tenaga medik untuk bekerja di Rumah Saki;
- 4) Bertanggungjawab tentang pelaksanaan etika profesi.

### b. Fungsi Komite Medik

- 1) Penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
- 2) Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku dan etika profesi;
- 3) Evaluasi data pendidikan professional kedokteran /kedokteran gigi berkelanjutan;
- 4) Penilaian dan pemutusan kewenangan klinis adekuat;
- 5) Pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
- 6) Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- 7) Melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik;
- 8) Rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

## 3. Komite Keperawatan

Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi keperawatan

a) Tugas Komite Keperawatan :

Mensupport peningkatan profesionalisme staf keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:

- 1) Melakukan standarisasi proses kredensial bagi seluruh staf keperawatan yang akan memberikan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.
- 2) Memastikan setiap Rumah Sakit memelihara mutu tenaga keperawatan melalui standarisasi Pendidikan Keprofesian berkelanjutan sesuai jenjang kompetensi perawat.
- 3) Memastikan setiap staf keperawatan di Rumah Sakit menunjukkan perilaku professional sesuai dengan kode etik profesi perawat Indonesia.

b). Fungsi Komite Keperawatan:

- 1) Standarisasi *White Paper* sebagai dasar persyaratan kompetensi Tiap Jenjang kompetensi sesuai area kerja perawat.
- 2) Standarisasi regulasi (panduan dan dokumen pendukung) proses kredensial dan rekredensial.
- 3) Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan regulasi dan penerapan system kredensial yang terstandar.

4. Komite Kefarmasian

Tugas Komite Kefarmasian :

- 1) Memberikan rekomendasi dalam pemilihan penggunaan obat-obatan;
- 2) Menyusun formularium yang menjadi dasar dalam penggunaan obat-obatan di Rumah Sakit dan apabila perlu diadakan perubahan secara berkala;
- 3) Menyusun standar terapi bersama-sama dengan staf medik;
- 4) Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan evaluasi penulisan resep dan penggunaan obat generic bersama-sama dengan instalasi farmasi Rumah Sakit.

5. Satuan Pengawas Internal (SPI)

a. Tugas dan Kewajiban

Tugas SPI membantu manajemen Rumah Sakit untuk :

- 1) Pengamanan harta kekayaan;
- 2) Menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
- 3) Menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
- 4) Mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat.



b. Persyaratan

Untuk dapat diangkat sebagai SPI yang bersangkutan harus memenuhi syarat:

- 1) Sehat jasmani dan rohani;
- 2) Memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
- 3) Memahami penyelenggaraan Pemerintahan Daerah;
- 4) Memahami tugas dan fungsi BLUD;
- 5) Memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
- 6) Berijazah paling rendah D-3 (Diploma 3);
- 7) Pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;
- 8) Berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;
- 9) Tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
- 10) Tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- 11) Mempunyai sikap independen dan obyektif.

c. Pembentukan

SPI dapat dibentuk oleh Pimpinan Rumah Sakit untuk pengawasandan pengendalian Internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktek bisnis yang sehat. Pembentukan SPI dengan mempertimbangkan:

- a) Keseimbangan antara manfaat dan beban;
- b) Kompleksitas manajemen; dan
- c) Volume dan/atau jangkauan pelayanan.

### BAB III PROSEDUR KERJA

Prosedur kerja setiap proses pengelolaan manajerial dan pelayanan telah didokumentasikan dalam Standar Operasional Prosedur (SOP). SOP merupakan acuan bagi seluruh anggota BLUD RSUD Kaur dalam melaksanakan pekerjaan. Acuan pelaksanaan pekerjaan merupakan bagian vital dalam pengelolaan BLUD RSUD Kaur dan diharapkan merupakan suatu standar baku dalam proses bisnis RSUD sehingga pelayanan kepada seluruh pengguna dapat mencapai standar yang diinginkan.



SOP BLUD RSUD Kaur dalam rangka memberikan pelayanan kepada masyarakat, baik pelayanan manajemen, pelayanan medis maupun pelayanan non medis telah ditetapkan oleh Pejabat Pengelola RSUD.

SOP ini telah didokumentasikan, disosialisasikan dan diimplementasikan di setiap Instalasi dan Unit Kerja lainnya. Dengan adanya SOP ini diharapkan pelaksanaan atau Proses Kinerja dan Layanan pada setiap Unit Kerja dapat dilaksanakan dengan baik sesuai dengan Manual Mutu. Dengan prosedur kerja ini pula dapat dijadikan bahan evaluasi terhadap pelaksanaan dan hasil kinerja dari setiap proses kinerja. SOP BLUD RSUD Kaur dalam rangka memberikan pelayanan kepada masyarakat, baik pelayanan kesehatan, pelayanan penunjang kesehatan, maupun pelayanan manajemen telah ditetapkan oleh Direktur RSUD Kaur. SOP yang telah ditetapkan secara ringkas uraiannya adalah sebagai berikut :

#### A. PELAYANAN MANAJEMEN

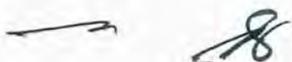
##### 1. Prosedur Pelayanan Umum dan Kepegawaian

Merupakan dokumen yang berisi serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi perkantoran yang berisi cara melakukan pekerjaan, waktu pelaksanaan, tempat penyelenggaraan dan petugas yang berperan dalam kegiatan.

Sebagai suatu aturan, regulasi dan kebijakan yang secara terus-menerus menjamin perilaku yang benar bagi seluruh pegawai instansi Pemerintah maka SOP sangat tepat diterapkan pada aktivitas administrasi perkantoran yang relatif bersifat rutin, berulang serta menghendaki adanya keputusan yang terprogram guna melayani pelanggannya

Prosedur Kerja Pelayanan Umum dan Kepegawaian terdiri :

- a. SOP Pengajuan Cuti;
- b. SOP Pelaksanaan Cuti;
- c. SOP Kenaikan Berkala;
- d. SOP Mengajukan Kredit *Point*/ DUPAK;
- e. SOP Membuat SKP/DP3;
- f. SOP Apel Pagi;
- g. SOP Apel Siang;
- h. SOP Surat Masuk;
- i. SOP Surat Keluar;
- j. SOP Pendelegasian Wewenang;
- k. SOP Penilaian Kinerja;
- l. SOP Rencana Usulan Kerja (RUK); dan
- m. SOP Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK).



## 2. Prosedur Pelayanan Keuangan

Merupakan dokumen yang berisi serangkaian instruksi tertulis yang dilakukan mengenai berbagai proses Prosedur Pelayanan Keuangan. Prosedur Pelayanan Keuangan terdiri dari 2 SOP yaitu :

- a. SOP Pembayaran Tindakan Medis dan Jasa Medis; dan
- b. SOP Pembukuan Kas RSUD.

## B. PROSEDUR PELAYANAN MEDIS

### 1. Prosedur Pelayanan Rawat Jalan

a. Prosedur Pelayanan Loker Prosedur Pelayanan Loker terdiri dari :

- 1) SOP Penerimaan Pasien di TPPRJ;
- 2) SOP Penerimaan Pasien di TPPRI;
- 3) SOP Penerimaan Pasien di TPPGD;
- 4) SOP Registrasi Pasien Rawat Jalan Umum;
- 5) SOP Registrasi Pasien Rawat Inap;
- 6) SOP Isentitas Bayi;
- 7) SOP Peminjaman / Pengembalian Rekam Medis;
- 8) SOP Penomoran Rekam Medis;
- 9) SOP Rekam Medis;
- 10) SOP Penyimpanan / Pengarsipan Rekam Medis;
- 11) SOP Identifikasi Pasien Rawat Jalan;
- 12) SOP Identifikasi Rekam Medis Pasien Gawat Darurat (IGD);
- 13) SOP Identifikasi Rekam Medis Pasien Rawat Inap;
- 14) SOP Pelaporan Bulanan Data Morbiditas Pasien Rawat Jalan;
- 15) SOP Pelaporan Bulanan Data Morbiditas Pasien Inap; dan
- 16) SOP Pengeluaran / Peminjaman Dokumen Rekam Medis;

### b. Prosedur Pelayanan Poli Rawat Jalan

Poli Rawat Jalan terdiri dari Poli Bedah, Pelayanan Poli Kandungan, Pelayanan Poli Syaraf, Pelayanan Poli Penyakit Dalam, Pelayanan Poli Gigi, Pelayanan Poli Anak, dan Pelayanan Poli Umum, Pelayanan Unit Gawat Darurat, serta tindakan pelayanan Kefarmasian, dan Pelayanan Laboratorium.

Prosedur Pelayanan Poli Rawat Jalan menguraikan langkah-langkah dalam memberikan pelayanan kepada pasien rawat jalan mulai dari pemilahan kelompok pasien, pendaftaran dan pembayaran jasa layanan dan pemberian layanan kesehatan pada masing-masing poli serta tindakan lanjutan yang diperlukan oleh pasien. Prosedur Pelayanan Rawat Jalan melalui Poli selengkapnya dapat dilihat pada SOP. SOP Poli Rawat Jalan terdiri dari :



- 1) SOP Pelayanan Poli Umum;
- 2) SOP Pelayanan Poli Kandungan;
- 3) SOP Pelayanan Poli Gigi dan Mulut;
- 4) SOP Pelayanan Poli Bedah;
- 5) SOP Pelayanan Poli Anak;
- 6) SOP Pelayanan Poli Syaraf;
- 7) SOP Pelayanan Poli Penyakit Dalam; dan
- 8) SOP Pelayanan Unit Gawat Darurat.

c. Prosedur Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Prosedur pada penanganan kasus gawat darurat menguraikan langkah-langkah dengan mengutamakan penanganan pasien yang sifatnya gawat dan darurat sejak pasien datang hingga tindakan lanjutan yang diperlukan pasien seperti dirujuk ke Rumah Sakit lain yang Peralatan Medis atau dokternya lebih lengkap. Prosedur penanganan kasus melalui IGD selengkapnya dapat dilihat pada SOP yang terdiri dari :

- 1) SOP Pemasangan EKG;
- 2) SOP Pembuka Balutan dan jahitan Luka;
- 3) SOP Penatalaksanaan Healing;
- 4) SOP Injeksi Intra Muskular;
- 5) SOP Pemantauan/Observasi Penderita Gawat;
- 6) SOP Pengobatan Luka Tusuk Paku;
- 7) SOP Pengadaan Stok semua form IGD;
- 8) SOP Pengadaan Stok ATK;
- 9) SOP Pemasangan Infus;
- 10) SOP Pelayanan Luka;
- 11) SOP Pemasangan Nebulizer Oksigen;
- 12) SOP Indikasi Pasien IGD Yang Perlu Dirujuk;
- 13) SOP Penanganan Gastritis Akut;
- 14) SOP Triase;
- 15) SOP Pelayanan Pasien Yang Diduga Sars;
- 16) SOP Penerimaan Pasien Tak Sadar/Tanpa Identitas;
- 17) SOP Penanganan Reaksi Anafilatik;
- 18) SOP Resusitasi Kardio Pulmoner( RKP);
- 19) SOP Penanganan Henti Jantung;
- 20) SOP Operasi / *Emergency*;
- 21) SOP Resep Yang Diberikan di IGD;
- 22) SOP Rawat Pendamping Pasien Dirujukan;
- 23) SOP Pemberian Obat Peroral;



- 24) SOP Penanganan Tober Colosir;
- 25) SOP Sistem PPGD Dalam Dan Luar Rumah Sakit;
- 26) SOP Pejabat Pengganti Kepala Instalasi Gawat Darurat;
- 27) SOP Merujuk Pasien IGD RSUD Kaur Ke Rumah Sakit Lain;
- 28) SOP Kebijakan Pelayanan 24 jam;
- 29) SOP Kasus Korban Masal Dan Keracunan Masal;
- 30) SOP Penggunaan Obat;
- 31) SOP Memindahkan Pasien Dari Ruang IGD Keruangan Rawat (Ruang RawatInap);
- 32) SOP Kasus Kegawatan Dirumah Sakit;
- 33) SOP Penanganan Musibah Massal Di Lingkungan Rumah Sakit UmumDaerah Kaur;
- 34) SOP Penanganan Musibah Masal Di lingkungan Rumah Sakit Umum DaerahKaur;
- 35) SOP Operan Jaga di IGD;
- 36) SOP Listrik Padam Dan Pemadaman Listrik;
- 37) SOP Pasien Tidak di Kenal;
- 38) SOP Pasien Penyakit Menular;
- 39) SOP Rahasia Medis;
- 40) SOP Penyediaan dan Pemakaian Obat obatan dan Cairan Infus di IGD; dan
- 41) SOP Sisrute (Apabila Pasien harus dirujuk).

### C. PELAYANAN PENUNJANG MEDIS

#### 1. Laboratorium

Prosedur penunjang medis menguraikan pemberian layanan berupa pelayanan laboratorium kepada pasien sesuai surat pengantar dari Pelayanan Poli Bedah, Pelayanan Poli Kandungan, Pelayanan Poli Syaraf, Pelayanan Poli Penyakit Dalam, Pelayanan Poli Gigi, Pelayanan Poli Anak, dan Pelayanan Poli Umum, Pelayanan Unit Gawat Darurat. Prosedur pelayanan laboratorim selengkapnya dapat dilihat pada SOP yang terdiri dari :

- a. SOP Prosedur Mekanisme Pemeriksaan Hematologi;
- b. SOP Persedur Pemeriksaan Angka Eritrosit (AE) Manual;
- c. SOP Prosedur Pemeriksaan Angka Leukosit (AL) Manual;
- d. SOP Prosedur Pemeriksaan AngkaTrombosit (AT);
- e. SOP Prosedur Pemeriksaan Coomb's;
- f. SOP Prosedur Pemeriksaan Filaria;
- g. SOP Prosedur Pemeriksaan Darah Tepi;

- h. SOP Prosedur Pemeriksaan Golongan Darah;
  - i. SOP Prosedur Pemeriksaan Kadar Hemoglobin Manual;
  - j. SOP Prosedur Pemeriksaan Hitung Leukosit Manual;
  - k. SOP Prosedur Pemeriksaan Indeks Eritrosit;
  - l. SOP Prosedur Pemeriksaan Kecepatan Endapan Darah Manual;
  - m. SOP Prosedur Pemeriksaan Limposit Plasma Biru;
  - n. SOP Prosedur Pemeriksaan Malaria;
  - o. SOP Prosedur Pemeriksaan Masa Pendarahan;
  - p. SOP Prosedur Pewarnaan Giemsa;
  - q. SOP Prosedur Pewarnaan Wright;
  - r. SOP Prosedur Pemeriksaan Retikulosit;
  - s. SOP Prosedur Pemeriksaan Sel Le;
  - t. SOP Prosedur Pemeriksaan Anti Dengue IgG / Igm;
  - u. SOP Prosedur Pemeriksaan Asto;
  - v. SOP Prosedur Pemeriksaan RF;
  - w. SOP Prosedur Pemeriksaan TPHA;
  - x. SOP Prosedur Pemeriksaan Widal;
  - y. SOP Prosedur Pemeriksaan Gonococci;
  - z. SOP Prosedur Pemeriksaan Faeses Rutin;
  - aa. SOP Prosedur Pengecatan Gram;
  - bb. SOP Prosedur Perwarnaan BTA Menurut Ziehl Nielsen;
  - cc. SOP Prosedur Pemeriksaan Glukosa;
  - dd. SOP Prosedur Pemeriksaan Albumin;
  - ee. SOP Prosedur Pemeriksaan Alkalin Fosfatase (ALP);
  - ff. SOP Prosedur Pemeriksaan ALT / GPT;
  - gg. SOP Prosedur Pemeriksaan Asam Urat;
  - hh. SOP Prosedur Pemeriksaan Bilirubin Total Dan Bilirubin Direct;
  - ii. SOP Prosedur Pemeriksaan Gemma GT (GGT);
  - jj. SOP Prosedur Pemeriksaan Ureum;
  - kk. SOP Prosedur Pemeriksaan Kolesterol HDL;
  - ll. SOP Prosedur Pemeriksaan Kreatinin;
  - mm. SOP Prosedur Pemeriksaan Kolesterol; dan
  - nn. SOP Prosedur Pemeriksaan VDRL.
2. Apotek dan Gudang Obat RSUD Kaur

Prosedur layanan obat menguraikan pemberian pelayanan penyediaan obat-obatan kepada pasien sesuai resep dari Poli Rawat Jalan, Rawat Inap, UGD dan pelayanan di luar gedung seperti kegiatan RSUD. Prosedur pelayanan Apotek dan Gudang Obat RSUD Kaur selengkapnya dapat dilihat pada SOP yang terdiri dari :

— 

- a. SOP Fasilitas Dan Peralatan Kerja Instalasi Farmasi;
  - b. SOP Pelaksanaan Pendidikan/Pelatihan Instalasi Farmasi RSUD Kaur;
  - c. SOP Evaluasi Penilaian Kinerja Pegawai Instalasi Farmasi RSUD Kaur;
  - d. SOP Kinerja Instalasi Farmasi;
  - e. SOP Panitia Farmasi Dan Terapi;
  - f. SOP Pengarsipan Dokumen Laporan;
  - g. SOP Ketidaksediaan Obat RSUD Kaur;
  - h. SOP Kebilakan Layanan Obat Depo-Depo Pelayanan;
  - i. SOP Kebijakan Pelayanan Obat Di Depo Di Instalasi Gawat Darurat;
  - j. SOP Kebijakan Pelayanan Obat Di Depo Di Instalasi Bedah Sentral;
  - k. SOP Pengajian Penggunaan Obat;
  - l. SOP Penghapusan Barang di Instalasi Farmasi;
  - m. SOP Evaluasi Dan Pengendalian Mutu Pelayanan Farmasi; dan
  - n. SOP Pemantauan Pelaporan Efek Samping Obat.
- i. Pelayanan Gizi Klinik

Pelayanan gizi pemberian layanan gizi berupa menyiapkan kebutuhan gizi pada pasien, sesuai kebutuhan dan kondisi pasien yang sedang menjalani Rawat Inap di wilayah kerja RSUD Kaur. Prosedur Pelayanan Gizi Klinik RSUD Kaur selengkapnya dapat dilihat pada SOP yang terdiri dari.

1. SPO Penyimpanan Bahan Makanan;
2. SPO Pengelolah Bahan Makanan;
3. SPO Distribusi Bahan Makanan;
4. SPO Pengusunan Diet Pasien;
5. SPO Pembersihan Gudang;
6. SPO Sterilisasi Alat Makanan;
7. SPO Serah Terima Makanan Pasien dari Petugas Instalasi Gizi Kepetugas Rawat Inap;
8. SPO Pencucian Alat Makanan Pasien;
9. SPO Penanganan Makanan Dan Alat Makan Untuk Pasien Dengan Penyakit Infeksi Penular;
10. SPO Higiene;
11. SPO Tenaga Gizi; dan
12. SPO Sensus Harian Makanan Pasien.



#### 4. Pemeliharaan Sarana dan Prasarana

Pemeliharaan sarana dan prasarana menguraikan tindakan pemeliharaan atau perbaikan terhadap sarana dan prasarana kesehatan di RSUD, serta membuat jadwal untuk petugas kebersihan agar selalu menjaga kebersihan RSUD Kaur dan pemantauan kebutuhan listrik dan air setiap saat oleh petugas.

#### 5. Rekam Medik

Rekam medik menguraikan proses penanganan data pasien mulai dari pemeriksaan kelengkapan dokumen/data pasien, pengkodean, penomoran dan pengarsipan. *Prosedur Rekam Medik RSUD Kaur selengkapnya dapat dilihat pada SOP yang terdiri dari.*

- a. SOP Penerima Pasien Di TPPRJ;
- b. SOP Penerima Pasien Di TPPRI;
- c. SOP Penerima Pasien Di TPPGD;
- d. SOP Registrasi Pasien Rawat Jalan Umum;
- e. SOP Registrasi Pasien Rawat Inap;
- f. SOP Identitas Bayi;
- g. SOP Peminjaman / Pengembalian Rekam Medis;
- h. SOP Penomoran Rekam Medis;
- i. SOP Penyimpanan Dan Pengarsipan Rekam Medis;
- j. SOP Identifikasi Pasien Rawat Jalan;
- k. SOP Identifikasi Rekam Medis Pasien Gawat Darurat (IGD);
- l. SOP Identifikasi Rekam Medis Pasien Rawat Inap;
- m. SOP Laporan Bulanan Data Morbiditas Pasien Rawat Jalan;
- n. SOP Laporan Bulan Data Morbiditas Pasien Rawat Inap; dan
- o. SOP Pengeluaran /Peminjaman Dokumen Rekam Medis

#### 6. Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan menguraikan langkah-langkah pemeriksaan air, Pengelolaan Limbah Medis, pemeriksaan Higiene Sanitasi Tempat-tempat Umum dan Pengolahan makanan serta hal-hal menyangkut kesehatan lingkungan lainnya secara berkala dengan berpedoman pada ketentuan yang berlaku.

#### 7. CSSD (Central Sterile Supply Departement)

CSSD adalah instalasi yang melayani pelayanan sterilisasi dengan fasilitas untuk menerima, mendesinfeksi, membersihkan, mengemas, mensteril, menyimpan dan mendistribusikan alat-alat (baik yang dapat dipakai berulang kali dan alat yang sekali pakai), sesuai dengan standar prosedur di RSUD Kaur.



## 8. Laundry

*Laundry* adalah tempat mencuci linen yang dilengkapi dengan sarana penunjangnya berupa mesin cuci, alat dan disinfektan, mesin uap (*steam boiler*), pengering, meja dan mesin setrika RSUD Kaur. Prosedur pelayanan laundry selengkapnya dapat dilihat pada SOP yang terdiri dari.

- a. SPO Penggunaan Alat pelindung Diri di Ruang Laundry;
  - b. SPO Penerimaan Linen Kotor;
  - c. SPO Waktu Pengiriman Linen Kotor Ke Laundry;
  - d. SPO Pemilahan Linen Kotoran Di Ruangan;
  - e. SPO Pesedur Pencucian Linen Non Infeksius;
  - f. SPO Pesedur Pencucian Linen Infeksius;
  - g. SPO Pendistribusian Linen Bersih Dari Laundry;
  - h. SPO Pemisahan Linen Bersih.
- i. IPSRS

IPSRS adalah instalasi dimana tenaga elektromedis ditempatkan untuk mengelola alat kesehatan yang ada di RSUD Kaur. Pengelolaan peralatan kesehatan tersebut meliputi Inventarisasi, Pemeliharaan, Perbaikan maupun kalibrasi internal dan eksternal.

## BAB IV

### PENGELOMPOKAN FUNGSI

Seperti yang tergambar dalam Struktur Organisasi RSUD Kaur, fungsi-fungsi yang ada dapat dikelompokkan menjadi 2 (dua) yaitu :

#### A. FUNGSI PELAYANAN (*SERVICES*)

Fungsi Pelayanan Kesehatan (*services*) terdiri dari Penunjang Medik/NonMedik dan Pelayanan Rawat Jalan dan Pelayanan Rawat Inap, dijelaskan sebagai berikut :

##### 1. Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan Rawat jalan adalah pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa mengharuskan pasien tersebut dirawat inap.

Pelayanan Rawat jalan terdiri atas :

##### a. Pelayanan Poli Bedah

Pelayanan poli bedah melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan dalam proses pembedahan umum di tangani Dokter Bedah yang sudah berpengalaman di Bidangnya.

##### b. Pelayanan Poli Kandungan

Pelayanan poli kandungan melayani pemeriksaan kehamilan, penyakit kandungan dan persalinan. Sarana penunjang yang juga kami sediakan untuk mendukung klinik kebidanan dan kandungan ini adalah fasilitas USG



untuk mengetahui perkembangan janin pada ibu hamil. Tenaga perawat dan bidan yang ada di RSUD Kaur sudah terlatih, RSUD juga memiliki Dokter ahli spesialis kandungan yang kompeten dibidangnya untuk pembekalan pengetahuan dan persiapan kehamilan dan persalinan, dan untuk masyarakat yang ingin konsultasi seputar masalah kandungan dan kebidanan.

c. Pelayanan Poli Syaraf

Pelayanan poli syaraf menyediakan Dokter spesialis syaraf yang berpengalaman menangani pasien-pasien syaraf poli syaraf di RSUD Kaur memberikan pelayanan syaraf yang terima efektif dan efisien terhadap pasien dengan keluhan atau masalah seperti nyeri leher, nyeri kepala, nyeri sakit pinggang, vertigo, cedera kepala, pendarahan otak, stroke dan organ syaraf lainnya. Dilengkapi dengan alat Medis yang modern sesuai dengan kebutuhan pasien serta tenaga medis yang handal.

d. Pelayanan Poli Penyakit Dalam

Pelayanan Poli Penyakit Dalam merupakan salah satu unit layanan di RSUD Kaur. Poli ini berfungsi menangani berbagai kasus Penyakit Dalam. Untuk memberikan pelayanan yang optimal, Poli Penyakit Dalam RSUD Kaur didukung oleh Dokter Spesialis Penyakit Dalam yang professional, terampil, berpengalaman dan ahli pada bidangnya.

e. Pelayanan Poli Anak

Pelayanan poli anak merupakan pelayanan untuk bayi dan anak, memberikan konsultasi bagi segala kelainan penyakit yang biasa diderita oleh bayi dan anak yang membutuhkan. Pelayanan kesehatan anak ditangani oleh spesialis anak yang sudah berpengalaman dibidangnya. Pelayanan yang ditangani antara lain pemeriksaan kesehatan anak, pemeriksaan tumbuhkembang anak, imunisasi, dan lain-lain.

f. Pelayanan Poli Umum

Pelayanan poli umum merupakan salah satu dari jenis layanan di RSUD Kaur yang memberikan pelayanan kedokteran berupa pemeriksaan kesehatan, pengobatan dan penyuluhan kepada pasien atau masyarakat agar tidak terjadi penularan dan komplikasi penyakit, serta meningkatkan pengetahuan dan kesadaran Masyarakat dalam bidang kesehatan.

g. Pelayanan Poli Gigi

Pelayanan poli gigi merupakan salah satu dari jenis layanan di RSUD Kaur yang memberikan pelayanan kesehatan Gigi dan Mulut berupa pemeriksaan kesehatan Gigi dan Mulut, pengobatan dan pemberian tindakan medik dasar.



## 2. Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kaur meliputi ruang

### a. IGD (Instalasi Gawat Darurat )

IGD adalah Salah satu unit dalam rumah sakit yang menyediakan penanganan awal pasien ,sesuai dengan tingkat kegawatannya. Seorang petugas skrining akan memilah pasien dalam kelompok triase.

### b. Rawat Inap Bedah

Rawat Inap Bedah adalah prosedur rutin yang segera dilakukan setelah operasi dan biasanya akan terus dilakukan hingga pasien benar-benar pulih sepenuhnya.

### c. Rawat Inap Anak

Merupakan salah satu dari Ruang Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kaur yang memberikan pelayanan pada anak yang sakit. Ruang Perawatan Anak memberikan kenyamanan kepada pasien dengan memberikan pelayanan professional, handal dan keramahan staff, serta fasilitas yang memadai.

### d. Rawat Inap VIP

Rawat Inap VIP adalah ruangan rawat inap dengan fasilitas lengkap sebagai berikut :

#### a. Rawat Inap Penyakit Dalam

Ruang rawat penyakit dalam merupakan ruangan rawat inap yang melayani semua spesialis penyakit. Ruang rawat penyakit dalam menawarkan fasilitas 4 sampai 8 tempat tidur / kamar.

#### b. Rawat Inap Zal Kebidanan

Ruangan yang memberikan pelayanan dalam lingkup kebidanan *obsetri* dan *gynecologi* baik normal maupun tidak normal.

#### c. Rawat Inap VK

Kamar bersalin atau ruang VK adalah sebuah unit layanan pada rumah sakityang berfungsi sebagai ruang persalinan selama 24 jam.

#### d. Rawat Inap Perina

Merupakan sebuah unit pelayanan khusus bagi bayi baru lahir yang mempunyai masalah / sakit sampai usia satu bulan.

#### e. Rawat Inap OK

Suatu unit khusus yang digunakan untuk melakukan tindakan pembedahan, baik elektif maupun akut, yang membutuhkan keadaan steril.

#### f. Rawat Inap ICU

Ruangan khusus yang disediakan rumah sakit untuk merawat.



## B. FUNGSI PENDUKUNG (*SUPPORTING*)

Sebagai fungsi pendukung (*supporting*) untuk menunjang fungsi pelayanan dalam rangka efektifitas adalah sebagai berikut :

1. Penunjang Medik dan Non Medik
  - a. Penunjang Medik :
    - 1) Intalasi Farmasi;
    - 2) Laboratorium; dan
    - 3) Radiologi.
  - b. Non Medis :
    - 1) IPSRS;
    - 2) Gizi;
    - 3) CSSD; dan
    - 4) Laundry.
2. Upaya Pelayanan Administrasi :
  - a. Administrasi Keuangan termasuk asset;
  - b. Administrasi Umum dan Kepegawaian;
  - c. Administrasi dalam pencatatan Jumlah Pasien diruang medik.

## BAB V

### PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan pengaturan dan pengambilan kebijakan yang jelas, terarah dan berkesinambungan mengenai sumber daya manusia pada suatu organisasi dalam rangka memenuhi kebutuhannya baik pada jumlah maupun kualitas yang paling menguntungkan sehingga organisasi dapat mencapai tujuan secara efisien, efektif dan ekonomis. Organisasi modern menempatkan pegawai pada posisi terhormat yaitu sebagai aset berharga (*brainware*) sehingga perlu dikelola sebagaimana mestinya baik saat penerimaan, selama aktif bekerja maupun setelah purna tugas.

1. Pegawai Negeri Sipil pada Rumah Sakit merupakan Pegawai Negeri Sipil Daerah.
2. Pengelolaan Kepegawaian sebagaimana dimaksud dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan Kepegawaian Negara.
3. Dalam pelaksanaan Pengelolaan Kepegawaian Rumah Sakit mendapat pembinaan dari Sekretaris Daerah melalui BKD berkoordinasi dengan Kepegawaian Dinas Kesehatan.
4. Rumah Sakit sebagai Unit Kerja Dinas Kesehatan yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah dapat mempunyai Pegawai non Pegawai Negeri Sipil.



5. Pengelolaan Pegawai non Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.

A. PERKEMBANGAN JUMLAH SDM

Peningkatan SDM dalam jumlah yang cukup memadai merupakan salah satu kebijakan manajemen untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang optimal pada masyarakat di wilayah kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kaur. Jumlah SDM per bulan Maret Tahun 2021 berjumlah 369 pegawai disesuaikan dengan tugas, fungsi dan beban kerja yang ada sehingga operasional Rumah Sakit dapat berjalan sesuai yang diharapkan.

Perkembangan Jumlah SDM Rumah Sakit Umum Daerah Kaur dari Tahun 2019-2021 adalah sebagai berikut :

NO	JABATAN	TAHUN		
		2019	2020	2021
1	2	3	4	5
1.	Direktur	1	1	1
2.	Kepala Bagian	1	1	1
3.	Kepala Bidang	3	3	3
4.	Kepala Subbagian	3	3	3
5.	Kepala Subbidang	6	6	6
6.	Dokter Obgyn	1	1	1
7.	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	3	2	3
8.	Dokter Spesialis Anastesi	1	1	1
9.	Dokter Spesialis Anak	1	1	1
10.	Dokter Spesialis Orthopedi	1	-	-
11.	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1	1	1
12.	Dokter Spesialis Bedah	2	2	2
13.	Dokter Gigi	1	1	2
14.	Dokter Radiologi	1	1	1
15.	Dokter Umum	15	14	11
16.	Bidan Klinis	64	76	63
17.	Perawat Non Ners	42	41	64
18.	Perawat Ners	38	30	33
19.	Apoteker	3	6	7
20.	Ahli Madya Farmasi (Asisten Apoteker)	11	9	6
21.	Tenaga Farmasi	2	3	3
22.	Ahli Teknologi Laboratorium / Analis Kesehatan	12	15	15
23.	Ahli Gizi	6	9	9
24.	Radiografer	7	9	9

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
25.	Rekam Medis dan Informasi Kesehatan	1	2	7
26.	Juru Mudi	5	6	7
27.	Tenaga Keamanan	4	6	6
28.	Tenaga Jaminan Kesehatan	10	12	12
29.	Pengolah Data	10	12	15
30.	Tenaga Keuangan	9	12	14
31.	Tenaga Kesehatan Lainnya	20	28	35
32.	Tenaga Lainnya	26	25	28
	Jumlah	306	338	369

**DAFTAR PEGAWAI BERDASARKAN STATUS PEGAWAI  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAUR TAHUN 2022**

(Data per Januari 2022)

<b>NO</b>	<b>TENAGA KESEHATAN</b>	<b>PNS</b>	<b>HONORER</b>	<b>JUMLAH</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.	Direktur	1	-	1
2.	Kepala Bagian	1	-	1
3.	Kepala Bidang	3	-	3
4.	Kepala Subbagian	3	-	3
5.	Kepala Subbidang	6	-	6
6.	Dokter Obgyn	1	-	1
7.	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	1	2	3
8.	Dokter Spesialis Anastesi	1	-	1
9.	Dokter Spesialis Anak	-	1	1
10.	Dokter Spesialis Orthopedi	-	-	-
11.	Dokter Spesialis Patologi Klinik	-	1	1
12.	Dokter Spesialis Bedah	-	1	1
13.	Dokter Gigi	2	-	2
14.	Dokter Radiologi	-	1	1
15.	Dokter Umum	5	7	12
16.	Bidan Klinis	20	47	67
17.	Perawat Non Ners	22	48	70
18.	Perawat Ners	8	21	29
19.	Apoteker	3	2	5
20.	Ahli Madya Farmasi (Asisten Apoteker)	3	1	4

1	2	3	4	5
21.	Tenaga Farmasi	-	5	5
22.	Ahli Teknologi Laboratorium / Analisis Kesehatan	4	7	11
23.	Ahli Gizi	5	8	13
24.	Radiografer	5	2	7
25.	Rekam Medis dan Informasi Kesehatan	-	5	5
26.	Juru Mudi	-	8	8
27.	Tenaga Keamanan	-	15	15
28.	Tenaga Jaminan Kesehatan	2	6	8
29.	Pengolah Data	2	6	8
30.	Tenaga Keuangan	2	3	5
31.	Tenaga Kesehatan Lainnya	18	21	39
32.	Tenaga Lainnya	4	11	15
	Jumlah	<b>122</b>	<b>229</b>	<b>351</b>

## B. PENGEMBANGAN SDM

Dari gambaran kondisi SDM tersebut di atas, maka program pengembangan SDM Rumah Sakit Umum Daerah Kaur lima tahun ke depan diarahkan pada pemenuhan jumlah SDM agar berada pada rasio yang ideal, hal ini juga terkait dengan kelengkapan sarana medis, kecukupan dana, kesiapan gedung, fasilitas pendukung, dan lain-lain. Selain itu, pengembangan SDM juga diarahkan agar memenuhi kualifikasi SDM sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku agar pelayanan kesehatan kepada pasien/masyarakat dapat berjalan sebagaimana mestinya. Pemenuhan kebutuhan tenaga kerja disesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit Umum Daerah Kaur dengan tetap memperhatikan penempatan pegawai dari Pemerintah Kabupaten Kaur.

### 1. Program Pengembangan

Program pengembangan SDM pada Rumah Sakit Umum Daerah Kaur dijabarkan sebagai berikut :

- a. Merintis kegiatan-kegiatan yang mengarah kepada pengembangan kemampuan SDM baik Tenaga Medis, Paramedis maupun Administrasi melalui Kegiatan Penelitian, Kegiatan Ilmiah, Diskusi Panel, Seminar, Simposium, Lokakarya, Studi Banding, dll.
- b. Meningkatkan Standar Pendidikan Tenaga Administratif yang Potensial, terutama di Bidang Akuntansi dan Teknologi Informatika.

## 2. Penerimaan dan Penempatan Pegawai

Dokter, Tenaga Fungsional dan Tenaga Administrasi Rumah Sakit Umum Daerah Kaur terdiri dari Pegawai Negeri Sipil maupun Tenaga Profesional non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan di Rumah Sakit.

Pola rekrutmen SDM baik tenaga medis, paramedis maupun non medis pada BLUD Rumah Sakit Umum Daerah Kaur adalah sebagai berikut:

### a. SDM yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil (PNS)

Pola rekrutmen SDM yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil (PNS) di lingkungan RSUD dilaksanakan berdasarkan Petunjuk Teknis Pengadaan Calon Pegawai Negeri Sipil di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kaur.

### b. SDM yang berasal dari Tenaga Profesional Non-PNS

Pola rekrutmen SDM yang berasal dari Tenaga Profesional non-PNS dilaksanakan sebagai berikut :

- 1) Rekrutmen SDM dimaksudkan untuk mengisi formasi yang lowong atau adanya perluasan organisasi dan perubahan pada bidang-bidang yang sangat mendesak yang proses pengadaannya tidak dapat dipenuhi oleh Pemerintah Daerah;
- 2) Tujuan rekrutmen SDM adalah untuk menjaring SDM yang profesional, jujur, bertanggungjawab, netral, memiliki kompetensi sesuai dengan tugas yang akan diduduki sesuai dengan kebutuhan yang diharapkan serta mencegah terjadinya unsur KKN (Kolusi, Korupsi dan Nepotisme) dalam rekrutmen SDM;
- 3) Pola rekrutmen SDM non PNS mengikuti Petunjuk Teknis Pengadaan Calon Pegawai Non PNS di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kaur;
- 4) Mengisi kebutuhan kekurangan spesifikasi kompetensi tertentu melalui Media, Diklat, Seminar, Bimtek, Magang, Tugas Belajar dll.

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penerimaan dan penempatan pegawai pada BLUD yaitu :

- a. Pejabat Pengelola dan pegawai BLUD dapat berasal dari PNS dan atau non PNS yang profesional sesuai dengan kebutuhan.
- b. Pengangkatan dan pemberhentian Pejabat Pengelola dan pegawai BLUD yang berasal dari PNS disesuaikan dengan ketentuan peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.



- c. Pejabat Pengelola dan pegawai BLUD yang berasal dari non PNS dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak, yang pengangkatan dan pemberhentian dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam peningkatan pelayanan.
- d. Pemimpin BLUD-Unit Kerja merupakan Pejabat Pengguna Anggaran/Barang Daerah pada SKPD induknya.
- e. Pemimpin BLUD-Unit Kerja yang berasal dari non PNS, Pejabat Keuangan BLUD wajib berasal dari PNS yang merupakan Pejabat Kuasa Pengguna Anggaran/barang daerah pada SKPD induknya.

### 3. Sistem Remunerasi

Remunerasi merupakan imbalan kerja yang dapat berupa Gaji, Tunjangan Tetap, Honorarium, Insentif, Bonus Atas Prestasi, Pesangon dan/atau Pensiun. Pejabat pengelola BLUD, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Pegawai BLUD dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan Profesionalisme yang diperlukan yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.

Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas diberikan dalam bentuk honorarium. Remunerasi untuk BLUD-SKPD/Unit Kerja ditetapkan oleh Kepala Daerah berdasarkan usulan yang disampaikan oleh pemimpin BLUD-SKPD/Unit Kerja melalui Sekretaris Daerah.

#### a. Pemimpin BLUD

Penetapan remunerasi pemimpin BLUD, mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan :

- 1) Ukuran (*size*) dan jumlah aset yang dikelola BLUD, tingkat pelayanan serta produktivitas;
- 2) Perimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
- 3) Kemampuan pendapatan BLUD bersangkutan; dan
- 4) Kinerja operasional BLUD yang ditetapkan oleh Kepala Daerah/Bupati dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.

#### b. Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis BLUD

Remunerasi bagi Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis BLUD ditetapkan paling banyak 90% (sembilan puluh persen) dari remunerasi Pemimpin BLUD.

#### c. Pegawai BLUD

Pemberian remunerasi untuk para pegawai BLUD dapat dihitung berdasarkan beberapa indikator penilaian yaitu :



- 1) Pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
- 2) Keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
- 3) Risiko kerja (*risk index*);
- 4) Jabatan yang disandang (*position index*);
- 5) Hasil/Capaian Kinerja (*performance index*);
- 6) Tingkat Kegawatdaruratan (*emergency index*);

d. Honorarium Dewan Pengawas

Honorarium bagi Dewan Pengawas pada instansi yang akan menerapkan PPK-BLUD dapat ditetapkan sebagai berikut :

- 1) Ketua Dewan Pengawas: paling banyak sebesar 40% (empat puluh persen) dari gaji dan tunjangan Pemimpin BLUD.
- 2) Anggota Dewan Pengawas: paling banyak 36% (tiga puluh enam persen) dari gaji dan tunjangan Pemimpin BLUD.
- 3) Sekretaris Dewan Pengawas: paling banyak 15% (lima belas persen) dari gaji dan tunjangan Pemimpin BLUD.

4. Jenjang Karir

Jenjang karir disesuaikan dengan peraturan kepegawaian yang ada yaitu sesuai jenjang karir jabatan struktural atau jabatan fungsional.

5. Pembinaan termasuk sistem *reward* dan *punishment*

Pembinaan dilakukan oleh Direktur Rumah Sakit atau Pemimpin BLUD dan Pejabat yang berwenang (Dinas Kesehatan dan Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten), sesuai dengan peraturan dan perundangan yang berlaku termasuk pemberian penghargaan ataupun sanksi (*reward and punishment*).

6. Pemutusan Hubungan Kerja

Pemutusan hubungan kerja bagi pejabat pengelola dan pegawai BLUD yang berstatus PNS adalah mengikuti peraturan Kepegawaian dan Perundang-Undangan yang berlaku, Bagi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas Dan Sekretaris Dewan Pengawas yang diberhentikan sementara dari jabatannya memperoleh penghasilan sebesar 50% (lima puluh persen) dari Remunerasi/Honorarium bulan terakhir yang berlaku sejak tanggal diberhentikan sampai dengan ditetapkannya keputusan definitif tentang jabatan yang bersangkutan.

Bagi Pejabat Pengelola berstatus PNS yang diberhentikan sementara dari jabatannya memperoleh penghasilan sebesar 50% (lima puluh persen) dari remunerasi bulan terakhir di BLUD sejak tanggal diberhentikan atau sebesar gaji PNS berdasarkan surat keputusan pangkat terakhir. Adapun peraturan disiplin pegawai BLUD RSUD terdiri dari :



a. SDM yang berasal dari PNS

Disiplin Pegawai Negeri Sipil adalah kesanggupan Pegawai Negeri Sipil untuk mentaati kewajiban dan menghindari larangan yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan dan atau peraturan kedinasan yang apabila tidak ditaati atau dilanggar akan dijatuhi hukuman disiplin. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil, maka bila terdapat pelanggaran disiplin atau indisipliner, PNS yang bersangkutan akan di jatuhi hukuman disiplin sesuai dengan tingkat hukuman disiplin yang terdiri dari : hukuman disiplin ringan, sedang dan berat. Adapun jenis hukuman disiplin sesuai dengan tingkatannya dapat dijelaskan sebagai berikut :

1) Jenis Hukuman Disiplin Ringan

Terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis dan pernyataan tidak puas secara tertulis.

2) Jenis Hukuman Disiplin Sedang

Terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala selama 1 tahun, penundaan kenaikan pangkat selama 1 Tahun dan penundaan pangkat setingkat lebih rendah selama 1 Tahun.

3) Jenis Hukuman Disiplin Berat

Sebagaimana dimaksud dalam PP Nomor 53 Tahun 2010 adalah sebagai berikut :

a) Penurunan pangkat setingkat lebih rendah selama 3 tahun;

b) Pemindahan dalam rangka penurunan jabatan setingkat lebih rendah;

c) Pembebasan dari jabatan pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai PNS; dan

d) Pemberhentian tidak dengan hormat sebagai PNS.

b. SDM yang bukan berasal dari PNS

Jika terdapat pelanggaran Disiplin atau Indisipliner untuk SDM yang berasal dari non PNS, maka tindakan atau sanksi yang diberikan sesuai dengan kebijakan dari Pimpinan BLUD RSUD Kabupaten Kaur selaku Pimpinan di Unit Kerja yang bersangkutan, dengan petunjuk dan bimbingan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kaur.



BAB VI  
SISTEM AKUNTABILITAS  
BERBASIS KINERJA

A. PENGERTIAN AKUNTABILITAS

Akuntabilitas merupakan salah satu dari empat prinsip dalam Tata Kelola BLUD, disamping transparansi, responsibilitas dan independensi. Akuntabilitas merupakan kejelasan fungsi, struktur dan sistem yang dipercayakan pada BLUD agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan. Sedangkan, kinerja menggambarkan pencapaian hasil kegiatan.

Dalam upaya mewujudkan akuntabilitas berbasis kinerja, maka dibuatlah Rencana Strategis (Renstra) BLUD yang mencakup pernyataan visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan BLUD. Rencana Strategis (Renstra) BLUD dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) dan evaluasi kerja.

Rencana strategis (Renstra) RSUD Kaur mengacu pada Renstra Kabupaten Kaur yang menjabarkan visi, misi dan program Kepala Daerah di bidang kesehatan yang tertuang dalam RPJMD Kabupaten Kaur dalam rencana pembangunan lima tahun yang bersifat indikatif. Jadi dengan sendirinya Renstra Kaur terkait dengan RPJMD Kabupaten Kaur.

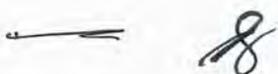
Untuk mencapai hasil kegiatan (kinerja) sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM), ada sekitar 21 jenis pelayanan yang akan dilaksanakan oleh RSUD Kaur dengan pengukuran masing-masing indikator kinerja yang berbeda.

B. PERENCANAAN KINERJA

1. Pelayanan Gawat Darurat

Pelayanan gawat darurat diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa;
- 2) Jam buka pelayanan gawat darurat;
- 3) Pemberian pelayanan gawat darurat bersertifikat yang berlaku;
- 4) Ketersediaan tim penanggulangan bencana;
- 5) Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat;
- 6) Kepuasan pelanggan;
- 7) Kematian pasien <24 jam;
- 8) Khusus rumah sakit jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ± 48 (empat puluh delapan) jam; dan
- 9) Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka.



## 2. Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Dokter memberi pelayanan di poli klinik spesialis;
- 2) Ketersediaan pelayanan;
- 3) Ketersediaan pelayanan di rumah sakit jiwa;
- 4) Jam buka pelayanan;
- 5) Waktu tunggu di rawat jalan;
- 6) Kepuasan pelanggan; dan
- 7) Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB dan terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS

## 3. Rawat Inap

Pelayanan rawat inap diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Pemberian pelayanan di rawat inap;
- 2) Dokter penanggungjawab pasien di rawat inap;
- 3) Ketersediaan pelayanan rawat inap;
- 4) Jam *visite* dokter spesialis;
- 5) Kejadian infeksi pasca operasi;
- 6) Kejadian infeksi *nosocomial*;
- 7) Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian pasien >48jam;
- 8) Kematian pasien >48 jam;
- 9) Kejadian pulang paksa;
- 10) Kepuasan pelanggan;
- 11) Rawat inap TB, penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dan terlaksana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit;
- 12) Ketersediaan pelayanan rawat inap rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa;
- 13) Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri;
- 14) Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu  $\pm 1$  bulan; dan
- 15) Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa.

## 4. Bedah Sentral

Pelayanan bedah sentral diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Waktu tunggu operasi elektif;
- 2) Kejadian kematian dimeja operasi;
- 3) Tidak adanya kejadian operasi salah sisi;



- 4) Tidak adanya kejadian salah orang;
  - 5) Tidak adanya salah tindakan pada operasi;
  - 6) Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lainnya pada tubuh pasien setelah operasi; dan
  - 7) Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi *endotracheal-tube*.
5. Persalinan, Perinatologi (kecuali Rumah Sakit Khusus diluar Rumah Sakit Ibu dan Anak) dan KB Pelayanan persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus diluar rumah sakit ibu dan anak) diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :
- 1) Kejadian kematian ibu karena persalinan;
  - 2) Pemberian pelayanan persalinan normal;
  - 3) Pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit;
  - 4) Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi;
  - 5) Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr;
  - 6) Pertolongan persalinan melalui *seksio ceceria*;
  - 7) Keluarga berencana persentase KB (*Vasektomi* dan *Tubectomo*) yang dilakukan oleh tenaga komponen Dr.Sp.Og, Dr.St.B, Dr.Sp.U, dokter umum. terlatih dan persentase KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih; dan
  - 8) Kepuasan pelanggan.
6. Insentif
- Pelayanan intensif diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :
- 1) Rata-rata pasien yang kembali keperawatan insentif dengan kasus yang samakurang 72 jam; dan
  - 2) Pemberi pelayanan unit insentif
7. Radiologi
- Pelayanan radiologi diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :
- 1) Waktu tunggu hasil pelayanan *toraks* foto;
  - 2) Pelaksana ekspertisi;
  - 3) Kejaidan kegagalan pelayanan *rontgen*; dan
  - 4) Kepuasan pelanggan;
8. Lab. Patologi klinik
- Pelayanan lab. Patologi klinik diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :
- 1) Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium;
  - 2) Pelaksana ekspertisi;



- 3) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium; dan
- 4) Kepuasan pelanggan.

9. Rehabilitas Medik

Pelayanan rehabilitas medik diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan;
- 2) Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik; dan
- 3) Kepuasan pelanggan.

10. Farmasi

Pelayanan farmasi diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Waktu tunggu pelayanan, obat jadi dan racikan;
- 2) Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat;
- 3) Kepuasan pelanggan; dan
- 4) Penulisan resep sesuai formularium.

11. Gizi

Pelayanan gizi diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien;
- 2) Sisah makanan yang tidak termakan oleh pasien; dan
- 3) Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet.

12. Transfusi Darah

Pelayanan transfusi darah diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi; dan
- 2) Kejadian reaksi transfusi.

13. Pelayanan BPJS

Pelayanan BPJS diukur dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :  
Pelayanan terhadap Pasien BPJS yang datang ke RS pada setiap Unit Pelayanan.

14. Rekam Medik

Pelayanan rekam medik diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Kelengkapan mengisi rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan;
- 2) Kelengkapan *informed conncert* setelah mendapatkan informasi yang jelas;
- 3) Menyediakan waktu dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan; dan



4) Waktu menyediakan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap.

15. Pengelolah limbah

Pelayanan pengelolah limbah diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Baku mutu limbah cair; dan
- 2) Pengelolaan limbah padat *infeksius* sesuai dengan aturan.

16. Administrasi dan Manajemen

Pelayanan administrasi dan manajemen diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi;
- 2) Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja;
- 3) Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat;
- 4) Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala;
- 5) Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun;
- 6) *Cost recovery*;
- 7) Ketepatan waktu menyusun laporan keuangan;
- 8) Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap; dan
- 9) Ketepatan pemberian imbalan (insentif sesuai kesepakatan waktu).

17. Ambulance (Kereta Jenazah)

Pelayanan ambulance (kereta jenazah) diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah;
- 2) Kecepatan pemberian pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit; dan
- 3) Respon time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan.

18. Pemulasaran Jenazah

Pelayanan pemulasaran jenazah diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

Yaitu Waktu tanggap (*respon time*) pelayanan pemulasaran jenazah.

19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Kecepatan waktu menanggapi kerusakan;
- 2) Kecepatan waktu pemeliharaan alat; dan
- 3) Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.



## 20. Pelayanan Laundry

Pelayanan laundry diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Tidak adanya kejadian linen yang hilang; dan
- 2) Ketepatan waktu menyediakan linen untuk ruang rawat inap.

## 21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) diukur dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- 1) Ada anggota tim PPI yang terlatih;
- 2) Tersedia APBD disetiap instalasi/departemen
- 3) Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (*Health Care Associated Infection*) di RS (min 1 parameter)

Penjabaran lebih lanjut terkait pengukuran kinerja dijelaskan lebih *detail* pada Peraturan Bupati tentang Pedoman Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kaur.

## BAB VII

### KEBIJAKAN KEUANGAN

#### A. KEBIJAKAN LAYANAN JASA

Rumah Sakit merupakan unit kerja yang secara fungsional menyelenggarakan kegiatan yang bersifat operasional, yang tugas pokok dan fungsinya memberikan pelayanan kepada masyarakat. Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan BLU, fleksibilitas diberikan dalam rangka pelaksanaan anggaran, termasuk pengelolaan pendapatan dan belanja, pengelolaan kas dan pengadaan barang/jasa. Di samping itu, diberikan kesempatan untuk mempekerjakan Tenaga Profesional non PNS serta kesempatan pemberian imbalan jasa kepada pegawai sesuai dengan kontribusinya dalam koridor Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.

Pemimpin BLUD pada RSUD bertanggungjawab atas kebijakan layanan yang hendak dihasilkan dan bertanggung jawab untuk menyediakan layanan yang diberikan kepada masyarakat, tetapi tetap menjadi unit kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kaur dan karenanya seluruh pendapatan yang diperolehnya dari non APBD dilaporkan dan dikonsolidasikan dalam pertanggungjawaban APBD. Laporan Keuangan BLUD RSUD Kabupaten Kaur disampaikan secara berkala kepada Bupati untuk dikonsolidasikan dengan Laporan Keuangan Dinas Kesehatan.

Tujuan yang hendak dicapai dalam penerapan PPK-BLUD adalah untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan masyarakat dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip-prinsip ekonomi dan produktivitas serta penerapan praktek bisnis yang sehat atau dengan kata lain mewirausahakan RSUD dengan

menekankan pada basis kinerja dalam penganggarannya dan ini menjadi bagian paradigma baru yang memberi awal yang tepat bagi keuangan sektor publik.

Pendapatan menjadi bagian yang terpenting dalam pencapaian tujuan penerapan PPK- BLUD. Pendapatan RSUD Kabupaten Kaur berasal dari layanan langsung meliputi retribusi RSUD, Jamkesda dan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang terdiri dari kapitasi JKN dan non kapitasi.

Layanan langsung umum yang dimaksud adalah masyarakat yang tidak mempunyai jaminan kesehatan. Besaran tarif layanan ditentukan oleh Peraturan Daerah. Sedangkan

klaim Jamkesda yang dimaksud adalah jasa pelayanan dari pelayanan pasien BPJS dengan menggunakan Jaminan Kesehatan Daerah. Pendapatan dari Non Kapitasi JKN besaran pembayarannya per bulan dibayarkan kepada RSUD berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Dibayarkan langsung oleh BPJS melalui rekening RSUD.

Dana kapitasi dimanfaatkan seluruhnya untuk biaya operasional pelayanan kesehatan dan jasa pelayanan kesehatan. Biaya operasional pelayanan kesehatan meliputi biaya obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan dukungan operasional kesehatan lainnya. Sedangkan jasa pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan dengan berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Non Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan milik Pemerintah Daerah. Berdasarkan Permenkes Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bahwa tarif kapitasi di RSUD dengan ketentuan INA CBGS dan penetapan tarif kapitasi tersebut berdasarkan kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan.

Pendapatan yang diperoleh dari jasa pelayanan yang diberikan kepada masyarakat merupakan pendapatan operasional dan dikelola langsung untuk membiayai belanja RSUD. Bila terjadi kekurangan anggaran, RSUD dapat mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD.

Dari uraian tersebut di atas, RSUD dalam menerapkan PPK-BLUD, kebijakan keuangan yang dilaksanakan adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip-prinsip efisiensi dan produktivitas.

→ 

## B. KEBIJAKAN KEUANGAN

### 1. Penganggaran

Atas dasar Rencana Strategis (Renstra) dan mengacu pada Kebijakan Umum APBD (KUA) serta Prioritas dan Plafond Anggaran (PPA), RSUD Kaur menyusun penganggaran keuangan dan kegiatan tahunan dalam bentuk Rencana Bisnis Anggaran (RBA). Penyusunan RBA berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang meliputi :

- 1) Seluruh pendapatan yang akan diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat;
- 2) Hibah tidak terikat dan/atau hibah terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain;
- 3) Hasil kerjasama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya;
- 4) Penerimaan anggaran yang bersumber dari APBD;
- 5) Penerimaan anggaran yang bersumber dari APBN;
- 6) Sumber-sumber pendapatan BLUD lainnya;
- 7) Belanja yang telah ditetapkan sesuai dengan ambang batas, proyeksi arus kas, serta jumlah dan kualitas jasa layanan yang akan dihasilkan oleh RSUD Kaur.
- 8) RBA merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan BLUD dengan berpedoman pada Pengelolaan Keuangan BLUD.
- 9) RBA, disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.
- 10) RBA disajikan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari Rancangan Peraturan Daerah tentang APBD.
- 11) RBA, dipersamakan sebagai Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (RKA-SKPD) disampaikan kepada Pejabat Pengelola Daerah (PPKD), kemudian oleh PPKD disampaikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) untuk dilakukan penelaahan.
- 12) RBA yang telah dilakukan penelaahan oleh TAPD, disampaikan kepada PPKD untuk dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang APBD.



- 13) Setelah Rancangan Peraturan Daerah tentang APBD ditetapkan menjadi Peraturan Daerah, pemimpin BLUD melakukan penyesuaian terhadap RBA untuk ditetapkan menjadi RBA definitif yang dipakai sebagai dasar penyusunan Dokumen Pelaksanaan Anggaran BLUD (DPA-BLUD) untuk diajukan kepada PPKD.
- 14) PPKD mengesahkan DPA-BLUD sebagai dasar pelaksanaan anggaran dengan berpedoman pada Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.
- 15) DPA-BLUD, dipakai sebagai dasar penarikan dana baik yang berasal dari subsidi pemerintah daerah maupun pendapatan operasional, sedangkan penarikan dana dari pemerintah pusat menggunakan DIPA (Dokumen Isian Pelaksanaan Anggaran) dengan mekanisme/prosedur yang diatur Menteri Keuangan.

## 2. Pelaksanaan dan Pertanggungjawaban

Akuntansi dan Laporan Keuangan BLUD disusun berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan yang diterbitkan oleh Ikatan Akuntan Indonesia. Dalam rangka konsolidasi dengan Laporan Keuangan Pemerintah Daerah terlebih dulu harus dilakukan penyesuaian atau dikonversikan dengan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) dan mengacu pada Permendagri Nomor 13 Tahun 2006, Nomor 21 Tahun 2011 dan Nomor 59 Tahun 2007.

RSUD sebagai SKPD, kebijakan akuntansi yang digunakan dalam laporan keuangan SKPD mengacu sepenuhnya pada Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintah dan Peraturan Bupati tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten.

Seluruh mekanisme/prosedur penerimaan dan pengeluaran menyangkut transaksi keuangan yang terjadi di RSUD Kaur dilaksanakan secara terpusat di Kepala Bagian Tata Usaha sebagai Pejabat Keuangan melalui Sub Bagian Keuangan, sebagai berikut :

- a. Semua transaksi keuangan yang meliputi penerimaan dan pengeluaran kas mengacu pada DPA-BLUD yang memuat antara lain pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang akan dihasilkan.
- b. Dalam hal DPA-BLUD, belum disahkan oleh PPKD, BLUD dapat melakukan pengeluaran uang setinggi-tingginya sebesar angka DPA-BLUD tahun sebelumnya.
- c. DPA-BLUD menjadi lampiran perjanjian kinerja yang ditandatangani oleh kepala daerah dengan Pemimpin BLUD, dimana perjanjian kinerja tersebut merupakan manifestasi hubungan kerja antara Kepala Daerah dan pemimpin BLUD.



- d. Dalam perjanjian kinerja, Kepala Daerah menugaskan Pemimpin BLUD untuk menyeienggarakan kegiatan pelayanan umum dan berhak mengelola dana sesuai yang tercantum dalam DPA-BLUD, yang memuat antara lain kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan bagi masyarakat dan kinerja keuangan.

### 3. Pendapatan BLUD

Penerimaan anggaran yang bersumber dari APBD diberlakukan sebagai pendapatan BLUD. Pendapatan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat

dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain merupakan pendapatan operasional BLUD. Hibah terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain merupakan pendapatan yang harus diperlakukan sesuai dengan peruntukan. Hasil kerjasama BLUD dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya merupakan pendapatan bagi BLUD. Pendapatan dapat dikelola langsung untuk membiayai belanja BLUD sesuai RBA. Semua pendapatan tersebut dilaporkan sebagai pendapatan negara bukan pajak kementerian/lembaga atau pendapatan bukan pajak Pemerintah Daerah, Pendapatan BLUD dapat bersumber dari :

a. Jasa Layanan

Berupa imbalan yang diperoleh dari hasil pemberian jasa layanan kepada masyarakat.

b. Hibah

Dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.

c. Hasil kerjasama dengan pihak lain

Berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi BLUD

d. APBD

Berupa pendapatan yang berasal dari otorisasi kredit anggaran pemerintah daerah bukan dari kegiatan pembiayaan APBD

e. APBN

Berupa pendapatan yang berasal dari Pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan dan lain-lain. BLUD dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan/atau berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas bantuan dan lain-lain.

f. Lain-lain pendapatan BLUD yang sah antara lain :

- a. Hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan ;
- b. Hasil pemanfaatan kekayaan;
- c. Jasa giro;



- d. Pendapatan bunga;
- e. Keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
- f. Komisi dan potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD;
- g. Hasil investasi; dan lain-lain.

#### 4. Belanja BLUD

Belanja BLUD terdiri atas :

##### a. Belanja operasi

Belanja operasi mencakup seluruh belanja BLUD untuk menjalankan tugas dan fungsi. Belanja operasi meliputi belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja bunga dan belanja lain.

##### b. Belanja modal

Belanja modal mencakup seluruh belanja BLUD untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD. Belanja modal meliputi belanja tanah, belanja peralatan dan mesin, belanja gedung dan bangunan, belanja jalan, irigasi dan jaringan, dan belanja aset tetap lainnya.

Belanja BLUD terdiri dari unsur biaya yang sesuai dengan struktur biaya yang dituangkan dalam RBA definitif. Pengelolaan belanja BLUD diselenggarakan secara fleksibel berdasarkan kesetaraan antara volume kegiatan pelayanan dengan jumlah pengeluaran, mengikuti praktek bisnis yang sehat. Fleksibilitas pengelolaan belanja berlaku dalam ambang batas sesuai dengan yang ditetapkan dalam RBA. Belanja BLUD yang melampaui ambang batas fleksibilitas harus mendapat persetujuan Bupati atas usulan Kepala SKPD, sesuai dengan kewenangannya. Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, BLUD dapat mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada PPKD melalui Kepala SKPD sesuai dengan kewenangannya. Belanja BLUD dilaporkan sebagai belanja barang dan jasa SKPD/Pemerintah Daerah.

#### 5. Pembiayaan BLUD

Pembiayaan merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada Tahun Anggaran berikutnya. Pembiayaan BLUD terdiri atas :

##### a. Penerimaan pembiayaan

Penerimaan pembiayaan meliputi :

- 1) Sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya;
- 2) Divestasi; dan



- 3) Penerimaan utang/pinjaman.
- b. Pengeluaran pembiayaan  
Pengeluaran pembiayaan meliputi:
  - 1) Investasi; dan
  - 2) Pembayaran pokok utang/pinjaman.

#### 6. Pengadaan Barang dan Jasa

Pengadaan barang dan jasa harus mengikuti Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2021. Sedangkan pada PPK BLUD pengadaan barang dan jasa sesuai dengan Permendagri 79 Tahun 2018 bahwa BLUD dengan status penuh dapat diberikan fleksibilitas berupa pembebasan sebagian atau seluruhnya dari ketentuan yang berlaku umum bagi pengadaan barang dan/atau jasa pemerintah apabila terdapat alasan efektivitas dan atau efisiensi. Pengadaan barang/jasa oleh BLUD dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi dan ekonomis, sesuai dengan praktek bisnis yang sehat. Kewenangan pengadaan Barang/Jasa diselenggarakan berdasarkan jenjang nilai yang diatur dalam Peraturan Bupati.

#### 7. Pengelolaan Barang

Rumah Sakit yang menerapkan PPK-BLUD dalam melaksanakan pengelolaan barang mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai barang milik daerah.

#### 8. Pengelolaan Kas

Dalam rangka pengelolaan kas, BLUD menyelenggarakan hal-hal sebagai berikut :

1. Merencanakan penerimaan dan pengeluaran kas;
2. Melakukan pemungutan pendapatan atau tagihan;
3. Menyimpan kas dan mengelola rekening Bank;
4. Melakukan pembayaran; dan
5. Mendapatkan sumber dana untuk menutup defisit jangka pendek;

Memanfaatkan surplus kas jangka pendek untuk memperoleh pendapatan tambahan Pengelolaan kas BLUD dilaksanakan berdasarkan praktek bisnis yang sehat. Penarikan dana yang bersumber dari APBD dilakukan dengan menerbitkan Surat Perintah Membayar (SPM) sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan. Rekening Bank dibuka oleh Pemimpin BLUD pada Bank umum. Pemanfaatan surplus kas dilakukan sebagai investasi jangka pendek pada Instrumen Keuangan dengan risiko rendah.



## 9. Pengelolaan Piutang dan Hutang

BLUD dapat memberikan piutang sehubungan dengan penyerahan barang, jasa dan/atau transaksi lainnya yang berhubungan langsung atau tidak langsung dengan kegiatan BLUD. Piutang BLUD dikelola dan diselesaikan secara tertib, efisien, ekonomis, transparan dan bertanggung jawab serta dapat memberikan nilai tambah, sesuai dengan praktek bisnis yang sehat dan berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan. Piutang BLUD dapat dihapus secara mutlak atau bersyarat oleh pejabat berwenang yang nilainya ditetapkan secara berjenjang. Kewenangan penghapusan piutang secara berjenjang ditetapkan dengan Peraturan Bupati, sesuai dengan kewenangannya, dengan memperhatikan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

BLUD dapat memiliki utang sehubungan dengan kegiatan operasional dan/atau perikatan peminjaman dengan pihak lain. Utang BLUD dikelola dan diselesaikan secara tertib, efisien, ekonomis, transparan dan bertanggung jawab, sesuai dengan praktek bisnis yang sehat. Pemanfaatan utang yang berasal dari perikatan peminjaman jangka pendek ditujukan hanya untuk belanja operasional. Pemanfaatan utang yang berasal dari perikatan peminjaman jangka panjang ditujukan hanya untuk belanja modal. Perikatan peminjaman dilakukan oleh pejabat yang berwenang secara berjenjang berdasarkan nilai pinjaman. Kewenangan peminjaman diatur dengan Peraturan Bupati. Pembayaran kembali utang merupakan tanggung jawab BLUD. Hak tagih atas Utang BLUD menjadi kadaluarsa setelah 5 (lima) tahun sejak utang tersebut jatuh tempo, kecuali ditetapkan lain oleh Undang-Undang.

### C. SISTEM AKUNTANSI DAN KEUANGAN

BLUD menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan praktek bisnis yang sehat. Setiap transaksi keuangan BLUD dicatat dalam dokumen pendukung yang dikelola secara tertib. BLUD menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat. Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan tersebut menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana. Dalam hal tidak terdapat standar akuntansi tersebut di atas maka BLUD dapat menerapkan standar akuntansi industri yang spesifik setelah mendapatkan persetujuan dari Menteri Keuangan. BLUD mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi dengan berpedoman pada standar akuntansi yang berlaku untuk BLUD yang bersangkutan dan ditetapkan oleh Kepala Daerah dengan Peraturan Kepala Daerah.



Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual tersebut Pemimpin BLUD menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya dan dapat digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya. Laporan keuangan BLUD berdasarkan Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 terdiri dari:

1. Neraca;
2. Laporan Perubahan Saldo Anggaran Lebih;
3. Laporan Realisasi Anggaran;
4. Laporan Operasional;
5. Laporan Perubahan Ekuitas;
6. Laporan Arus Kas;
7. Catatan Atas Laporan Keuangan.

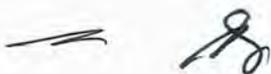
Laporan keuangan tersebut di atas disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran BLUD dan diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan.

Setiap triwulan, BLUD RSUD menyusun dan menyampaikan Laporan Operasional dan Laporan Arus Kas kepada PPKD melalui kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kaur. Sedangkan setiap semester dan setiap tahunnya BLUD RSUD wajib menyusun dan menyampaikan Laporan Keuangan lengkap disertai

Laporan Kinerja kepada PPKD melalui Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kaur untuk dikonsolidasikan ke dalam Laporan Keuangan SKPD dan Pemerintah Daerah.

## BAB VIII HAK DAN KEWAJIBAN

- a. Setiap Pegawai yang memberikan pelayanan berhak mendapatkan jasa pelayanan
- b. Manajemen Rumah Sakit berkewajiban menyediakan alokasi biaya untuk jasa pelayanan Pegawai Rumah Sakit yang dianggarkan melalui anggaran rumah sakit atau Rencana Bisnis Anggaran.
- c. Setiap pegawai yang memiliki jabatan pada pusat pendapatan atau *revenue center* berkewajiban memberikan pelayanan yang optimal sesuai dengan kode etik profesi dan standar operasional prosedur rumah sakit.
- d. Pusat pendapatan atau *revenue center* sebagaimana dimaksud pada ayat (3), terdiri dari :
  - 1) Instalasi gawat darurat;
  - 2) Instalasi rawat jalan;
  - 3) Instalasi rawat inap;



- 4) Instalasi *high care unit*;
  - 5) *NICU, PICU, ICU* dan *ICCU*;
  - 6) Instalasi bedah sentral;
  - 7) Instalasi farmasi;
  - 8) Instalasi radiologi;
  - 9) Instalasi laboratorium patologi klinik;
  - 10) Instalasi rehabilitasi medik;
  - 11) Instalasi haemodialisa;
  - 12) *Ambulance*;
  - 13) *Medical check up*;
  - 14) Instalasi diagnostic;
  - 15) *One day care/ one day surgery*;
  - 16) UTDRS
  - 17) Pengolahan limbah;
  - 18) Pemulasaran Jenazah;
  - 19) Instalasi diklat;
  - 20) Pelayanan gizi;
  - 21) Pelayanan parkir;
  - 22) Instalasi laundry CSSD;
  - 23) Sewa gedung ruang; dan
  - 24) Usaha lainnya.
- e. Setiap pegawai yang memiliki jabatan structural atau pada pusat pengeluaran berkewajiban menyusun rencana aksi strategis atau *strategic action plan* secara transparan yang dilengkapi dengan sistem akuntabilitas.
- f. Pegawai sebagaimana dimaksud pada angka 5, terdiri dari:
- 1) Direktur;
  - 2) Bidang pelayanan medik dan keperawatan;
  - 3) Bidang penunjang pelayanan;
  - 4) Bidang pengembangan hukum dan humas;
  - 5) Bagian tata usaha;
  - 6) Seksi pelayanan medik;
  - 7) Seksi Keperawatan;
  - 8) Seksi penunjang medik;
  - 9) Seksi penunjang non medik;
  - 10) Seksi pengembangan dan diklat;
  - 11) Sub bagian umum dan kepegawaian;
  - 12) Sub bagian keuangan;
- g. Setiap pegawai berkewajiban memberikan pelayanan yang optimal sesuai dengan Visi dan Misi Rumah Sakit.



BAB IX  
DISTRIBUSI JASA PELAYANAN LANGSUNG DAN  
PELAYANAN TIDAK LANGSUNG

1. Jasa Pelayanan meliputi Jasa Pelayanan Langsung dan Jasa Pelayanan Tidak Langsung.
2. Jasa Pelayanan Langsung dan pelayanan Jasa Tidak Langsung yang merupakan Pendapatan Rumah Sakit Distribusinya 56 % (*lima puluh enam persen*) untuk Jasa Sarana dan Prasarana, dan untuk Jasa Pelayanan maksimal 44 % (*empat puluh empat persen*).
3. Jasa yang bersumber dari tarif paket Jaminan Kesehatan Nasional dan Asuransi lain yang menggunakan tarif INA-CBG's sesuai dengan perhitungan Proporsi Jasa Pelayanan Umum yang dikonversikan dalam Jaminan Kesehatan Nasional dengan besaran Jasa Pelayanan Maksimal 44 % (*empat puluh empat persen*) dari total Klaim Paket Jaminan Kesehatan Nasional yang diterima.

BAB X  
KEBIJAKAN PENGELOLAAN  
LINGKUNGAN DAN LIMBAH

A. PENGERTIAN LIMBAH

Limbah rumah sakit meliputi semua limbah yang dihasilkan dari kegiatan pelayanan dalam bentuk padat, cair dan gas merupakan bahan yang tidak berguna, tidak digunakan atau terbuang. Limbah rumah sakit dapat dibedakan menjadi limbah medis dan non medis.

Limbah medis berupa limbah yang berasal dari pelayanan medis, kefarmasian atau yang sejenis, yang menggunakan bahan-bahan yang beracun, infeksius, berbahaya atau bisa membahayakan kecuali jika dilakukan dengan pengamanan tertentu. Sedangkan limbah non medis adalah limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan diluar medis di rumah sakit/fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, yang berasal dari dapur, perkantoran, taman dan halaman yang dapat dimanfaatkan kembali apabila ada teknologi. Penyimpanannya pada tempat sampah berplastik hitam.

Rumah sakit sebagai salah satu institusi penyelenggara kesehatan yang dimiliki oleh pemerintah sudah seharusnya menjadi model dan contoh bagi institusi penyelenggara kesehatan yang lain (swasta) baik dalam bidang pelayanan dan terutama bagaimana seharusnya penerapan ilmu sanitasi dan kesehatan lingkungan dilaksanakan termasuk dalam menangani limbah secara benar. Apabila tidak ditangani dengan baik limbah rumah sakit dapat menimbulkan masalah. Selain dapat menyebabkan pencemaran lingkungan

— 8

juga dapat menjadi sumber penularan penyakit. Oleh karena itu, pengelolaan limbah rumah sakit perlu mendapat perhatian yang serius dan memadai agar dampak negatif yang terjadi dapat dihindari atau dikurangi.

## B. KEBIJAKAN PENGELOLAAN LINGKUNGAN DAN LIMBAH

Pengelolaan lingkungan dan limbah di RSUD Kaur diatur sesuai dengan Kebijakan Direktur RSUD Kaur yang tercantum pada Surat Keputusan Direktur.

Untuk pengolahan limbah cair medis dan non medis telah dibangun unit Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL). Sementara limbah padat medis pengolahannya melalui kerjasama dengan pihak ketiga yang memiliki izin pengolahan limbah B3. Dalam pelaksanaannya, pengelolaan limbah medis RSUD Kaur dengan berpedoman pada SPO yang ada yaitu :

1. SPO Penanganan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun;
2. SPO Pengangkutan Limbah B3;
3. SPO Penyimpanan Sementara Limbah B3;
4. SPO Kondisi Darurat Penanganan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun;  
dan
5. SPO Pengurangan dan Pemilahan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun.

Bentuk upaya pengelolaan lingkungan hidup atas dampak yang ditimbulkan akibat dari kegiatan dan/atau usaha operasional rumah sakit dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Timbulnya Sampah :
  - a. Menyediakan tempat sampah sesuai jenisnya (sampah medis dan non medis); dan
  - b. Menyediakan Tempat Penimbunan Sementara (TPS).
2. Timbulnya Limbah Padat Medis :
  - a. Melakukan upaya meminimalisasi limbah yang dihasilkan dengan cara :
    - 1) Menyeleksi bahan-bahan yang kurang menghasilkan limbah sebelum membelinya;
    - 2) Meminimalkan penggunaan bahan-bahan kimia;
    - 3) Mengutamakan metode pembersihan secara fisik daripada secara kimiawi;
    - 4) Mencegah bahan-bahan yang dapat menjadi limbah seperti dalam kegiatan petugas kesehatan dan kebersihan;
    - 5) Memonitor alur penggunaan bahan kimia dari bahan baku sampai menjadilimbah bahan berbahaya dan beracun;
    - 6) Memesan bahan-bahan sesuai kebutuhan;



- 7) Menggunakan bahan-bahan yang diproduksi lebih awal untuk menghindari kedaluwarsa;
  - 8) Menghabiskan bahan dari setiap kemasan; dan
  - 9) Mengecek tanggal kedaluwarsa bahan.
- b. Setiap unit pelayanan memiliki wadah untuk limbah medis (kantong warna kuning) dan limbah non medis (kantong warna hitam).
- c. Menyediakan wadah limbah medis dengan persyaratan sebagai berikut :
- 1) Terbuat dari bahan yang kuat, cukup ringan, tahan karat, kedap air, dan mempunyai permukaan yang halus pada bagian dalamnya.
  - 2) Di setiap sumber penghasil limbah medis harus tersedia tempat pewadahan yang terpisah dengan limbah medis.
  - 3) Kantong plastik diangkat setiap hari atau kurang sehari apabila 2/3 bagian telah terisi.
3. Timbulnya Limbah Cair Medis (*Medikal Waste*) Upaya pengelolaan kesehatan lingkungan dilakukan dengan metode :
- a. mengalirkan limbah cair yang berasal dari unit-unit pelayanan ke tangki septik IPAL.
  - b. melakukan upaya minimalisasi limbah cair yang dihasilkan dari kegiatan pelayanan.
4. Timbulnya Limbah Cair Non Medis :
- Upaya penanganan limbah cair non medis yaitu buangan yang berasal dari kamar mandi/WC dialirkan ke tangki septik.
5. Bahaya Infeksi Nosokomial
- Upaya pengelolaan kesehatan lingkungan dilakukan dengan metode :
- a. Mencuci tangan pakai sabun sesuai SOP untuk menghindari Infeksi Silang.
  - b. Penggunaan alat pelindung diri untuk menghindari kontak dengan darah atau cairan tubuh lain (contoh: apron, masker, sarung tangan, topi, pelindung mata dan hidung).
  - c. Manajemen alat tajam secara benar untuk menghindari risiko penularan penyakit melalui benda tajam yang tercemar oleh produk darah pasien dengan menyediakan tempat sampah khusus (*safety box*).
  - d. Melakukan dekontaminasi, pencucian dan sterilisasi instrumen dengan prinsip yang benar.
  - e. Menjaga sanitasi lingkungan yang benar.



### C. UPAYA PEMANTAUAN LINGKUNGAN

Upaya pemantauan lingkungan hidup dilakukan atas dampak yang ditimbulkan akibat dari operasional rumah sakit. Lingkungan rumah sakit meliputi lingkungan fisik, kimia, biologi serta pembuangan limbah yang berdampak pada kesehatan lingkungan internal, lingkungan eksternal, halaman, taman, dan lain-lain sesuai dengan ketentuan peraturan Perundang-Undangan.

Pengelolaan lingkungan dan limbah rumah sakit mempunyai tugas pokok dan fungsi sebagai berikut :

1. Tugas Pokok Pengelolaan Lingkungan dan Limbah :
  - a. Mengelola limbah dan sampah;
  - b. Mengelola sistem Lingkungan Fisik dan Biologi; dan
  - c. Penyuluhan kesehatan lingkungan.
2. Fungsi Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit
  - a. Penyehatan ruang dan bangunan rumah sakit;
  - b. Pemantauan pengelolaan linen;
  - c. Pengelolaan limbah cair; dan
  - d. Upaya penyuluhan kesehatan lingkungan.

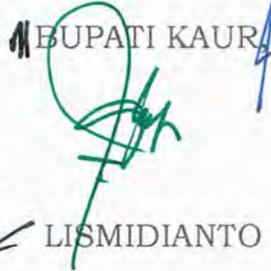
Periode pemantauan kesehatan lingkungan di Rumah Sakit dilakukan minimal 3 (tiga) bulan sekali baik secara Internal maupun Eksternal oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kaur atau Dinas Lingkungan Hidup Kabupaten Kaur.



BAB XI  
PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Seluruh kebijakan Rumah Sakit harus berpedoman pada dan tidak bertentangan dengan Pola Tata Kelola, Kebijakan Rumah Sakit tidak terbatas pada Surat Keputusan Bupati dan Pemerintah Daerah, Surat Edaran Kepala Dinas Kesehatan dan seluruh Buku Pedoman Rumah Sakit, Kebijakan Rumah Sakit yang telah diterbitkan dan bertentangan dengan Pedoman Tata Kelola ini wajib disesuaikan.
2. Pola Tata Kelola ini ditelaah dan dimutakhirkan secara berkala untuk disesuaikan dengan fungsi, tanggung jawab dan wewenang Rumah Sakit serta perubahan lingkungan yang terjadi.
3. Setiap perubahan terhadap Pola Tata Kelola harus disetujui oleh Pemerintah Daerah.
4. Hal-hal lain yang tidak dimuat dalam pedoman ini tetap mengacu pada ketentuan peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.
5. Pola Tata Kelola ini dinyatakan berlaku efektif sejak ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Kaur.

—    
BUPATI KAUR  
LISMIDIANTO