



PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
PERATURAN BUPATI KUTAI KARTANEGARA
NOMOR 57 TAHUN 2022
TENTANG

PEMBENTUKAN, KEDUDUKAN, SUSUNAN ORGANISASI, URAIAN TUGAS,
FUNGSI, TANGGUNG JAWAB DAN WEWENANG SERTA TATA KERJA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

- Menimbang :
- a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 dan Pasal 84A Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 tahun 2016 tentang Perangkat Daerah;
 - b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan surat Kementerian Kesehatan tanggal : 15 Juli 2019, Nomor : HK. 04.01/I/2963/2019, Hal: Rekomendasi Penyesuaian Kelas Rumah Sakit Hasil Reviu Kelas Rumah Sakit;
 - c. bahwa Peraturan Bupati Nomor 48 Tahun 2021 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Wewenang Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti Kabupaten Kutai Kartanegara sudah tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan saat ini sehingga perlu diganti;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Wewenang serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti;
- Mengingat :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 2. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) Sebagai Undang-Undang (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Tanah Laut, Daerah Tingkat II Tapin, dan Daerah Tingkat II Tabalong dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2756);

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573)
6. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
8. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pedoman Pembentukan dan Klasifikasi Cabang Dinas (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 451);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);

12. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 7 Tahun 2022 tentang Sistem Kerja pada Instansi Pemerintah untuk Penyederhanaan Birokrasi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 184);
13. Peraturan Daerah Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara (Lembaran Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2016 Nomor 73) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara (Lembaran Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2022 Nomor 153):

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PEMBENTUKAN, KEDUDUKAN, SUSUNAN ORGANISASI, URAIAN TUGAS, FUNGSI, TANGGUNG JAWAB DAN WEWENANG SERTA TATA KERJA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Kutai Kartanegara.
2. Bupati adalah Bupati Kutai Kartanegara.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom Kabupaten Kutai Kartanegara.
4. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti Kutai Kartanegara yang selanjutnya disebut RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang menerapkan sistem badan layanan umum daerah.
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.

8. Direktur adalah Direktur RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti.
9. Kelompok Jabatan Fungsional adalah Kelompok Jabatan Fungsional pada Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti.
10. Jabatan Pelaksana adalah Kelompok Jabatan Fungsional pada Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti.
11. Sistem Kerja adalah serangkaian prosedur dan tata kerja yang membentuk suatu proses aktivitas pelaksanaan tugas dan fungsi organisasi.
12. Mekanisme Kerja adalah proses dan cara kerja organisasi yang menggambarkan alur pelaksanaan tugas pegawai aparatur sipil negara yang dilakukan dalam suatu sistem dengan mengedepankan kompetensi, keahlian dan/atau keterampilan.
13. Rencana Strategis yang selanjutnya disebut Renstra adalah dokumen perencanaan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti untuk periode 5 (lima) tahun.
14. Rencana Kerja yang selanjutnya disebut Renja adalah dokumen perencanaan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti untuk periode 1 (satu) tahun.
15. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran.
16. Perjanjian Kinerja adalah keluaran atau hasil dari program atau kegiatan atau sub kegiatan yang hendak dicapai sehubungan dengan penggunaan anggaran dengan kuantitas dan kualitas terukur.
17. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

BAB II KEDUDUKAN, TUGAS DAN FUNGSI

Bagian Kesatu Kedudukan

Pasal 2

- (1) Dengan Peraturan Bupati ini dibentuk Unit Organisasi Bersifat Khusus RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti.
- (2) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rumah sakit umum Daerah Kelas C.
- (3) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti merupakan unit organisasi bersifat khusus yang memberikan layanan secara professional di bawah Dinas.

- (4) Sebagai unit organisasi bersifat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
- (5) Otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah sebagaimana dimaksud dalam (4) meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah.
- (6) Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti merupakan organisasi yang menerapkan pola keuangan BLUD.
- (7) Dalam penerapan pola keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (6), Direktur bertanggung jawab kepada Bupati selaku pemilik melalui Dewan Pengawas.

Bagian Kedua Tugas

Pasal 3

RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti mempunyai tugas membantu Dinas Kesehatan dalam melaksanakan urusan pemerintahan dalam upaya kesehatan perorangan secara paripurna sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga Fungsi

Pasal 4

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti 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; dan
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

BAB III SUSUNAN ORGANISASI

Pasal 5

- (1) Susunan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti terdiri atas:
 - a. Direktur;
 - b. Bidang Pelayanan Medik, membawahkan:
 1. Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik; dan
 2. Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik.
 - c. Bidang Keperawatan, membawahkan:
 1. Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan; dan
 2. Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan.
 - d. Bidang Penunjang, membawahkan:
 1. Seksi Penunjang Medik; dan
 2. Seksi Penunjang Non Medik.
 - e. Bagian Umum, SDM dan Keuangan, membawahkan:
 1. Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 2. Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan; dan
 3. Sub Bagian Umum dan Tata Laksana.
 - f. Kelompok Jabatan Fungsional.
- (2) Bagan Susunan Organisasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dengan Peraturan Bupati ini.

BAB IV URAIAN TUGAS, TANGGUNG JAWAB DAN WEWENANG

Bagian Kesatu Direktur

Pasal 6

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf a bertugas membantu Bupati melalui Dinas dalam urusan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur bertanggung jawab:
 - a. menyusun rencana strategis rumah sakit;
 - b. mengupayakan pemenuhan sumber daya di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membangun budaya organisasi yang sesuai dengan nilai rumah sakit agar tercipta budaya kerja melayani yang mampu memberikan pelayanan publik berkualitas;

- d. mewujudkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*good corporate governance dan good clinical governance*);
 - e. mengimplementasikan konsep BLUD di rumah sakit untuk mewujudkan kemandirian keuangan melalui pengelolaan keuangan rumah sakit yang efektif dan efisien;
 - f. mengimplementasikan rumah sakit yang ramah lingkungan;
 - g. menghimpun dan menyampaikan laporan keuangan, data/informasi laporan penyelenggaraan pemerintahan Daerah, laporan kinerja instansi pemerintah, profil kesehatan dan laporan lain yang dibutuhkan kepada Dinas;
 - h. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan rumah sakit kepada Dinas;
 - i. melaporkan capaian kinerja rumah sakit meliputi {laporan kinerja BLUD, SPM, dan indikator mutu rumah sakit} kepada Bupati melalui Dinas Kesehatan;
 - j. melaporkan perencanaan dan pelaksanaan program upaya kesehatan perorangan kepada Dinas; dan
 - k. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Bupati melalui Dinas.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Direktur berwenang dalam memimpin:
- a. pembangunan zona integritas di rumah sakit untuk menuju wilayah bebas korupsi/wilayah birokrasi bersih melayani;
 - b. implementasi kendali biaya, kendali mutu, dan pencegahan terhadap potensi fraud dan gratifikasi di rumah sakit sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;
 - c. implementasi sistem pengendalian intern pemerintah dan manajemen risiko di lingkungan rumah sakit;
 - d. implementasi tata kelola arsip sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. implementasi pengadaan barang dan jasa yang senantiasa berpedoman pada prinsip efektif, efisien, dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. menandatangani surat perintah membayar;
 - g. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan dan pejabat penatausahaan keuangan;
 - h. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan Daerah.

- i. pendistribusian dan pendelegasian tugas kepada seluruh jajarannya sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing; dan
- j. pembinaan pegawai dan penilaian kinerja pegawai.

Bagian Kedua
Bidang Pelayanan Medik

Pasal 7

- (1) Bidang Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf b dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Pelayanan Medik yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Bidang Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Pelayanan Medik;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (input, proses dan *output/outcome*) dari Bidang Pelayanan Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Pelayanan Medik bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai rumah sakit pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - b. menyelenggarakan asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mengembangkan layanan unggulan dan upaya pemenuhan sumber daya medis serta peningkatan pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
 - d. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;
 - e. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Rawat Intensif dan rekam medik;
 - f. melakukan penyusunan dan evaluasi *Medical Staff By Laws* (MSBL);

- g. menyediakan seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan pada seluruh instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Pelayanan Medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- h. melaksanakan peninjauan terhadap seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan pada seluruh instalasi yang berada dibawah supervisi Pelayanan Medik secara berkala;
- i. melakukan penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Pelayanan Medik;
- j. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Pelayanan Medik dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- k. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Medik serta Kelompok Staf Medis dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- l. melakukan pembinaan dan pendampingan terhadap Kelompok Staf Medis agar terwujud asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien;
- m. mendampingi/menyusun indikator mutu unit kerja dan mutu unit pelayanan yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
- n. mengupayakan pencapaian target indikator mutu yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
- o. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- p. menyusun panduan praktik klinik dan standar operasional prosedur pelayanan yang menunjang kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit;
- q. memfasilitasi penyusunan, monitoring dan evaluasi *clinical pathway* (CP) bersama komite/bidang/instalasi terkait;
- r. menyediakan alur dan sistem pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi untuk semua layanan di rumah sakit termasuk pengembangan layanan baru;
- s. menjaga kontinuitas asuhan medik dari UGD/IRJA-IRNA/IRIN/IBS yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- t. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan medis dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *patient centre care* (PCC);

- u. menyusun standar penilaian kinerja (*focused professional practice evaluation/FPPE*) dan indikator kinerja individu /indikator kinerja unit bagi staf medis serta pegawai di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - v. mendorong kepatuhan staf medis terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - w. mendorong kepatuhan staf medis terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - x. mendorong kepatuhan staf medis terhadap SPM;
 - y. mendorong kepatuhan staf medis terhadap panduan praktik klinik, standar operasional prosedur pelayanan serta *clinical pathway* (CP) dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
 - z. melakukan penyajian data menjadi informasi dari Bidang Pelayanan Medik;
 - aa. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Bidang Pelayanan Medik;
 - bb. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Pelayanan Medik;
 - cc. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Pelayanan Medik;
 - dd. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
 - ee. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Bidang Pelayanan Medik berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan HBL, MSBL, PPK, SOP Pelayanan, CP serta SPM pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;

- e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada IRJA, IBS, IRIN dan rekam medik di bawah supervisi Direktur;
- f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
- g. memimpin penilaian kinerja staf medis serta pegawai di bawah Bidang Pelayanan Medik melalui *focused professional practice evaluation*/FPPE serta indikator kinerja individu/indikator kinerja unit dan melaporkan kepada Direktur; dan
- h. memimpin pembinaan pada staf medis serta pegawai lain yang berada dibawah Bidang Pelayanan Medik atas kepatuhan terhadap HBL, MSBL, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Direktur.

Paragraf 1

Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik

Pasal 8

- (1) Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf b angka 1 dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bidang Pelayanan Medik.
- (2) Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Seksi/Sub Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bidang Pelayanan Medik terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) dari Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf medis serta pegawai lain yang berada dibawah Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - b. terhadap penyelenggaraan asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;

- d. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan: IBS dan IRIN;
- e. terhadap penyusunan dan evaluasi *Medical Staff By Laws* (MSBL);
- f. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- g. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik secara berkala;
- h. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
- i. mendampingi /menyusun indikator mutu unit kerja dan mutu unit elayanan yang berada dibawah Bidang Pelayanan Medik;
- j. upaya pencapaian target indikator mutu yang berada dibawah Bidang Pelayanan Medik;
- k. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- l. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Medik serta Kelompok Staf Medis (KSM) dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- m. melakukan pembinaan dan pendampingan terhadap KSM agar terwujud asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien;
- n. penyusunan Panduan Praktik Klinik (PPK) dan SOP Pelayanan yang menunjang kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit;
- o. mem-fasilitasi penyusunan, monitoring dan evaluasi *Clinical Pathway (CP)* bersama Komite/Bidang/Instalasi terkait;
- p. tersedianya alur dan sistem pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi untuk semua layanan di rumah sakit termasuk pengembangan layanan baru;
- q. menjaga kontinuitas asuhan medik dari UGD/IRJA-IRNA/IRIN/IBS yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- r. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan medik dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
- s. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf medis serta pegawai lain yang berada dibawah Bidang Pelayanan Medik;
- t. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
- u. menyajikan data dari Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;

- v. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Pelayanan Medik;
 - w. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - x. membuat laporan pertanggung jawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik erwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - d. memimpin sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Pelayanan Medik dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada IBS dan IRIN dibawah supervisi Kepala Bidang Pelayanan Medik;
 - f. melakukan upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi terhadap pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - g. memberikan penilaian kinerja pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik; dan
 - h. melakukan pembinaan pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik.

Paragraf 2

Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik

Pasal 9

- (1) Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf b angka 2 dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bidang Pelayanan Medik.
- (2) Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;

- b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Seksi/Sub Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bidang Pelayanan Medik terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) dari Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik bertanggung jawab:
- a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf medis serta pegawai lain yang berada dibawah Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - b. penyelenggaraan asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. pengembangan layanan unggulan dan upaya pemenuhan sumber daya medis serta peningkatan pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
 - d. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
 - e. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan: IRJA dan Instalasi Manajemen Data Rekam Medik;
 - f. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - g. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik secara berkala;
 - h. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Medik serta Kelompok Staf Medis (KSM) dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
 - j. melakukan pembinaan dan pendampingan terhadap KSM agar terwujud asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien;
 - k. upaya pencapaian target indikator mutu yang berada dibawah Bidang Pelayanan Medik;
 - l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;

- m. tersedianya alur dan sistem pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi untuk semua layanan di rumah sakit termasuk pengembangan layanan baru;
 - n. menjaga kontinuitas asuhan medik dari UGD/IRJA-IRNA/IRIN/IBS yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
 - o. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan medik dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
 - p. mendorong kepatuhan staf medis terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - q. mendorong kepatuhan staf medis terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - r. mendorong kepatuhan staf medis terhadap Standar Pelayanan Minimal (SPM);
 - s. mendorong kepatuhan staf medis terhadap PPK, SOP Pelayanan serta *Clinical Pathway* (CP) dalam menjalankan asuhan medik untuk mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
 - t. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Pelayanan Medik;
 - s. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - t. menyajikan data dari Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - u. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - v. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan HBL, MSBL, PPK, SOP Pelayanan, CP serta Standar Pelayanan Minimal;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada IRJA dan Instalasi Manajemen Data Rekam Medik dibawah supervisi Kepala Bidang Pelayanan Medik;

- f. melakukan upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf medis serta pegawai pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
- g. melakukan penilaian kinerja staf medis serta pegawai pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik melalui *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE* serta Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik; dan
- h. melakukan pembinaan pada staf medis dan pegawai pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik.

Bagian Ketiga
Bidang Keperawatan

Pasal 10

- (1) Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf c dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Keperawatan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Keperawatan;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Bidang/Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) dari Bidang Keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Keperawatan bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf keperawatan serta pegawai dibawah Bidang Keperawatan;
 - b. terselenggaranya mutu pelayanan keperawatan melalui implementasi Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP);
 - c. kegiatan asuhan keperawatan, peningkatan mutu dan etika pelayanan keperawatan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - d. pengembangan pelayanan dan sumber daya keperawatan, layanan unggulan, pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;

- e. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi fraud sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- f. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan: IRD dan IRNA;
- g. penyusunan dan evaluasi *Nursing Staff By Laws* (NSBL);
- h. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- i. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan secara berkala;
- j. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Pelayanan Keperawatan;
- k. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Keperawatan dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- l. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Keperawatan serta seminat keperawatan dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- m. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Bidang Keperawatan;
- n. upaya pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Bidang Keperawatan;
- o. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- p. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap PPK, SOP Keperawatan serta *Clinical Pathway* (CP) dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- q. menjaga kontinuitas asuhan keperawatan dari UGD/IRJA-IRNA/IRIN/IBS yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- r. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);

- s. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf keperawatan serta pegawai dibawah Bidang Keperawatan;
 - t. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - u. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - v. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap Standar Pelayanan Minimal (SPM);
 - w. penyajian data menjadi informasi dari Bidang Keperawatan;
 - x. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Keperawatan;
 - y. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya keperawatan serta pendidikan dan pelatihan;
 - z. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Keperawatan;
 - aa. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - bb. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Bidang Keperawatan berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan HBL, NSBL, SOP Keperawatan, CP serta Standar Pelayanan Minimal;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada IRD dan IRNA dibawah supervisi Direktur;
 - f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf keperawatan serta pegawai lain yang berada dibawah Bidang Keperawatan;

- g. memimpin penilaian kinerja staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan melalui *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE* serta Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Direktur; dan
- h. memimpin pembinaan pada staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan atas kepatuhan terhadap HBL, NSBL, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Direktur

Paragraf 1

Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan

Pasal 11

- (1) Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf c angka 1 dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Keperawatan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Seksi/Sub Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Kepala Bidang Keperawatan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Keperawatan bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf keperawatan serta pegawai lain dibawah Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;
 - b. terselenggaranya mutu pelayanan keperawatan melalui implementasi Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP);
 - c. kegiatan asuhan keperawatan, peningkatan mutu dan etika pelayanan keperawatan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - d. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
 - e. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan: IRD;

- f. penyusunan dan evaluasi *Nursing Staff By Laws* (NSBL);
 - g. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - h. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan secara berkala;
 - i. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;
 - j. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Keperawatan serta seminar keperawatan dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
 - k. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Bidang Keperawatan;
 - l. upaya pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Bidang Keperawatan;
 - m. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
 - n. menjaga kontinuitas asuhan keperawatan dari UGD/IRJA-IRNA/IRIN/IBS yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
 - o. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
 - p. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation*/FPPE) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf keperawatan serta pegawai lain yang berada dibawah Bidang Keperawatan;
 - q. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Asuhan Dan Mutu Pelayanan Keperawatan;
 - r. menyajikan data dari Seksi Asuhan Dan Mutu Pelayanan Keperawatan;
 - s. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Keperawatan;
 - t. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan;dan
 - u. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Bidang Keperawatan berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;

- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;
- d. memimpin sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Keperawatan dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada IRD dibawah supervisi Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan;
- f. melakukan upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada pegawai pada Asuhan dan Mutu Keperawatan;
- g. memberikan penilaian kinerja pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan; dan
- h. melakukan pembinaan pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan.

Paragraf 2

Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan

Pasal 12

- (1) Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf c angka 1 dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Keperawatan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Seksi/Sub Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bidang Keperawatan terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) dari Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Keperawatan bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada pada staf keperawatan serta pegawai lain dibawah Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;

- b. terselenggaranya mutu pelayanan keperawatan melalui implementasi Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP);
- c. kegiatan asuhan keperawatan, peningkatan mutu dan etika pelayanan keperawatan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
- d. pengembangan pelayanan dan sumber daya keperawatan, layanan unggulan, pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
- e. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- f. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan: IRNA;
- g. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- h. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan secara berkala;
- i. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
- j. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Keperawatan serta seminar keperawatan dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- k. upaya pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Bidang Keperawatan;
- l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- m. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap PPK, SOP Keperawatan serta *Clinical Pathway* (CP) untuk mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- n. menjaga kontinuitas asuhan keperawatan dari UGD/IRJA-IRNA/IRIN/IBS yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- o. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
- p. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
- q. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap peraturan perundang – undangan serta kebijakan rumah sakit;

- r. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap Standar Pelayanan Minimal (SPM);
 - s. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya keperawatan serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Keperawatan;
 - t. menyajikan data dari Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - u. pengelolaan kearsipan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - v. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - w. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Bidang Keperawatan berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan HBL, NSBL, PPK, SOP Pelayanan, CP serta Standar Pelayanan Minimal;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada IRNA dibawah supervisi Kepala Bidang Keperawatan;
 - f. melakukan upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf keperawatan serta pegawai pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - g. melakukan penilaian kinerja staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan melalui *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE* serta Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Kepala Bidang Keperawatan; dan
 - h. melakukan pembinaan pada staf keperawatan dan pegawai pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan.

Bagian Keempat
Bidang Penunjang

Pasal 13

- (1) Bidang Penunjang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf d dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Penunjang yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Bidang Penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Penunjang;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Bidang/Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) dari Bidang Penunjang untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Penunjang bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada tenaga kesehatan lain dan pada pegawai di bawah Bidang Penunjang;
 - b. kegiatan asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
 - d. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi penunjang: Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, Radiologi, Farmasi, Instalasi Pusat Sterilisasi dan Binatu, IPS-RS dan Gizi;
 - e. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan non medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - f. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan non medik secara berkala;
 - g. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Penunjang;

- h. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Penunjang dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Tenaga Kesehatan Lain dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- j. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Bidang Penunjang;
- k. upaya pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Bidang Penunjang;
- l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- m. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain terhadap PPK, SOP Pelayanan serta *Clinical Pathway* (CP) dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- n. menjaga kontinuitas pelayanan penunjang dari Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, Radiologi, Farmasi, Instalasi Pusat Sterilisasi dan Binatu, IPS-RS dan Gizi pada UGD/IRJA-IRNA/IRIN/IBS sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- o. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan tenaga kesehatan lain dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
- p. menyusun standar penilaian kinerja berupa Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Bidang Penunjang;
- q. pemeliharaan peralatan kesehatan/penunjang secara berkala;
- r. pelaksanaan inventarisasi dan rekonsiliasi peralatan kesehatan/penunjang serta persediaan perbekalan farmasi bersama Bagian Umum dan Bagian Penyusunan Program dan Keuangan secara berkala;
- s. melakukan perhitungan dan audit utilisasi alat kesehatan bersama instalasi terkait;
- t. mengkoordinasikan penyusunan dan pelaksanaan formularium rumah sakit secara tepat waktu;
- u. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Bidang Penunjang terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
- v. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Bidang Penunjang terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;

- w. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Bidang Penunjang terhadap Standar Pelayanan Minimal (SPM);
 - x. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Penunjang;
 - y. penyajian data menjadi informasi pada urusan penunjang medik dan non medik;
 - z. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Penunjang;
 - aa. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Penunjang;
 - bb. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - cc. membuat laporan pertanggung jawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Bidang Penunjang berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan penunjang medik dan non medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan penunjang medik dan non medik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan penunjang medik dan non medik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPK, SOP, CP serta Standar Pelayanan Minimal;
 - e. melaksanakan monitoring dan evaluasi kerjasama dalam bentuk KSO peralatan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - f. memfasilitasi penyelesaian masalah pada instalasi penunjang dibawah supervisi Direktur;
 - g. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Bidang Penunjang;
 - h. memimpin penilaian kinerja tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Bidang Penunjang melalui Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Direktur; dan
 - i. memimpin pembinaan pada tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Bidang Penunjang atas kepatuhan terhadap HBL, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Direktur.

Paragraf 1
Seksi Penunjang Medik

Pasal 14

- (1) Seksi Penunjang Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf d angka 1 dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Penunjang Medik yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bidang Penunjang.
- (2) Seksi Penunjang Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Penunjang Medik;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Seksi/Sub Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bidang Penunjang terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) dari Seksi Penunjang Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Penunjang Medik bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada tenaga kesehatan lain dan pada pegawai di bawah Seksi Penunjang Medik;
 - b. kegiatan asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
 - d. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi penunjang medik: Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, Radiologi dan Farmasi;
 - e. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - f. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik secara berkala;
 - g. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Penunjang Medik;

- h. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, Radiologi serta Farmasi dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Tenaga Kesehatan Lain dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- j. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Seksi Penunjang Medik;
- k. upaya pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Seksi Penunjang Medik;
- l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- m. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain terhadap PPK, SOP Pelayanan serta *Clinical Pathway* (CP) dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- n. menjaga kontinuitas pelayanan penunjang dari Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, Radiologi serta Farmasi pada UGD/IRJA –IRNA/IRIN/IBS sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- o. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan tenaga kesehatan lain dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
- p. menyusun standar penilaian kinerja berupa Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik;
- q. mengkoordinasikan penyusunan dan pelaksanaan formularium rumah sakit secara tepat waktu;
- r. pelaksanaan inventarisasi dan rekonsiliasi persediaan perbekalan farmasi bersama Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan secara berkala;
- s. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
- t. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
- u. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik terhadap Standar Pelayanan Minimal (SPM);

- v. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Seksi Penunjang Medik;
 - w. penyajian data menjadi informasi pada Seksi Penunjang Medik;
 - x. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Penunjang Medik;
 - y. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Seksi Penunjang Medik;
 - z. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - aa. membuat laporan pertanggung jawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Seksi Penunjang Medik berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Penunjang Medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Penunjang Medik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Penunjang Medik;
 - d. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPK, SOP, CP serta Standar Pelayanan Minimal;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada instalasi Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, Radiologi serta Farmasi di bawah supervisi Kepala Bidang Penunjang;
 - f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik;
 - g. memimpin penilaian kinerja tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik melalui Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Kepala Bidang Penunjang; dan
 - h. memimpin pembinaan pada tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik atas kepatuhan terhadap HBL, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Kepala Bidang Penunjang.

Paragraf 2
Seksi Penunjang Non Medik

Pasal 15

- (1) Seksi Penunjang Non Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf d angka 2 dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Penunjang Non Medik yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bidang Penunjang.
- (2) Seksi Penunjang Non Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Penunjang Non Medik;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Seksi/Sub Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bidang Penunjang terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) dari Seksi Penunjang Non Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Penunjang Non Medik bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada tenaga kesehatan lain dan pada pegawai di bawah Seksi Penunjang Non Medik;
 - b. kegiatan asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
 - d. melakukan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi penunjang non medik: Instalasi Pusat Sterilisasi dan Binatu, IPS-RS dan Gizi;
 - e. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang non berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - f. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang non medik secara berkala;
 - g. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Penunjang Non Medik;

- h. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja Instalasi Pusat Sterilisasi dan Binatu, IPS-RS dan Gizi dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Tenaga Kesehatan Lain dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- j. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Seksi Penunjang Non Medik;
- k. upaya pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Seksi Penunjang Non Medik;
- l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- m. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain terhadap PPK, SOP Pelayanan serta *Clinical Pathway* (CP) dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- n. menjaga kontinuitas pelayanan penunjang Instalasi Pusat Sterilisasi dan Binatu, IPS-RS dan Gizi pada UGD/IRJA-IRNA/IRIN/IBS sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- o. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan tenaga kesehatan lain dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
- p. menyusun standar penilaian kinerja berupa Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Non Medik;
- q. pemeliharaan peralatan kesehatan/penunjang secara berkala;
- r. pelaksanaan inventarisasi dan rekonsiliasi peralatan kesehatan/penunjang bersama Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan secara berkala;
- s. melakukan perhitungan dan audit utilisasi alat kesehatan bersama instalasi terkait;
- t. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Non Medik terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
- u. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Non Medik terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
- v. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Non Medik terhadap Standar Pelayanan Minimal (SPM);

- w. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Seksi Penunjang Non Medik;
 - x. penyajian data menjadi informasi pada Seksi Penunjang Non Medik;
 - y. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Penunjang Non Medik;
 - z. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Seksi Penunjang Non Medik;
 - aa. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - bb. membuat laporan pertanggung jawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Seksi Penunjang Non Medik berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Penunjang Non Medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Penunjang Non Medik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Penunjang Non Medik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPK, SOP, CP serta Standar Pelayanan Minimal;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada Instalasi Pusat Sterilisasi dan Binatu, IPS-RS dan Gizi di bawah supervisi Kepala Bidang Penunjang;
 - f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Non Medik;
 - g. memimpin penilaian kinerja tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Non Medik melalui Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Kepala Bidang Penunjang; dan
 - h. memimpin pembinaan pada tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Non Medik atas kepatuhan terhadap HBL, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Kepala Bidang Penunjang.

Bagian Kelima
Bagian Umum, SDM dan Keuangan

Pasal 16

- (1) Bagian Umum, SDM dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf e dipimpin oleh seorang Kepala Bagian Umum, SDM dan Keuangan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Bagian Umum, SDM dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) dari Bagian Umum, SDM dan Keuangan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bagian Umum, SDM dan Keuangan bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - b. penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - f. penyajian data menjadi informasi pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - g. menunjang mutu rumah sakit melalui penyediaan sumber daya manusia, sarana prasarana/peralatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - h. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit kerja pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - i. penyusunan tugas pokok dan fungsi/uraian tugas, pemutakhiran *Hospital By Laws* (HBL)/tata kelola rumah sakit dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;

- j. terlaksananya perencanaan, pengadaan, penatausahaan, pemeliharaan, penghapusan, penataan serta penertiban asset serta persediaan rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- k. keamanan, ketertiban, kebersihan, kerapian dan keindahan rumah sakit;
- l. pengadaan dan pemeliharaan peralatan, sarana, prasarana, bangunan serta jalan di rumah sakit;
- m. pelaksanaan pengadaan barang dan jasa yang efektif, efisien dan bebas dari kepentingan;
- n. implementasi Reformasi Birokrasi, Keterbukaan Informasi Publik, Zona Integritas, Layanan Pengaduan Masyarakat, Survei Indeks Kepuasan Masyarakat, Survei Internal Organisasi, serta pelaksanaan fungsi PPID Pembantu;
- o. pelaksanaan kompilasi Standar Operasional Prosedur (SOP), Standar Pelayanan (SP), pemutakhiran regulasi rumah sakit serta penguatan kelembagaan;
- p. melakukan upaya pemasaran dan kehumasan sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk meningkatkan dan mempertahankan citra (*branding*) serta reputasi rumah sakit yang baik;
- q. membangun kerjasama yang baik dengan berbagai *stakeholder* agar tercapai sinergisitas yang optimal bagi kedua belah pihak;
- r. tersusunnya Analisis Jabatan (ANJAB) dan Analisis Beban Kerja (ABK), Pola Ketenagaan serta *Training Need Assessment* (TNA);
- s. penatausahaan kepegawaian dan pelaksanaan manajemen sumber daya manusia di rumah sakit dalam hal perencanaan, rekrutmen, pendidikan dan pelatihan, penghargaan dan sanksi, pola karir serta retensi pegawai rumah sakit;
- t. menyelenggarakan penatausahaan keuangan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan;
- u. optimalisasi pendapatan, penggalan potensi pendapatan serta pengendalian biaya operasional rumah sakit sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- v. mengelola sistem pembayaran jasa pelayanan berbasis kinerja dengan melibatkan bagian/bidang/instalasi/unit/kelompok/unsur lain yang terkait dibawah supervisi Direktur;
- w. menjaga ketepatan waktu pembayaran gaji, tunjangan, jasa pelayanan dan kewajiban pada pihak ketiga sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- x. menghimpun dan melakukan sinkronisasi terhadap usulan kebutuhan bidang/bagian;

- y. tersusunnya dokumen perencanaan dan anggaran secara tepat waktu;
 - z. tersusunnya dokumen pelaporan kinerja serta keuangan rumah sakit secara tepat waktu;
 - aa. pengelolaan kearsipan di rumah sakit sesuai dengan perundang-undangan;
 - bb. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - cc. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - dd. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Bagian Umum, SDM dan Keuangan berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - d. memimpin kepatuhan atas Laporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara (LHKPN) dan Laporan Harta Kekayaan Aparatur Sipil Negara (LHKASN) di rumah sakit;
 - e. memimpin pemenuhan atas permintaan data kinerja keuangan rumah sakit dari Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP);
 - f. memberikan pendapat dari sisi keuangan terhadap rencana Kerjasama Operasional (KSO) yang akan dilakukan oleh rumah sakit;
 - g. memimpin upaya penyelesaian komplain berkoordinasi dengan bidang di rumah sakit sesuai standar waktu yang telah ditetapkan;
 - h. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - i. memimpin penilaian kinerja staf pada urusan kepegawaian pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan dan pelaksanaan penilaian kinerja seluruh rumah sakit; dan
 - j. memimpin pembinaan pegawai pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan serta memfasilitasi pembinaan seluruh pegawai rumah sakit sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada.

Paragraf 1
Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM

Pasal 17

- (1) Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf e angka 1 dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Umum, SDM, dan Keuangan.
- (2) Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Sub Bagian/Seksi terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bagian Umum, SDM dan Keuangan terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) dari Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - b. implementasi standar akreditasi pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - f. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - g. menyajikan data dari Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;

- h. pelaksanaan manajemen sumber daya manusia di rumah sakit dalam hal perencanaan, rekrutmen, pendidikan dan pelatihan, penghargaan dan sanksi, pola karir serta retensi pegawai rumah sakit berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - i. penyusunan Analisis Jabatan (ANJAB), Analisis Beban Kerja (ABK), Pola Ketenagaan, *Training Need Assessment* (TNA) serta Perjanjian Kinerja (PK);
 - j. mengkoordinasikan dan melaksanakan diklat sesuai dokumen *Training Need Assessment* (TNA);
 - k. mengusulkan kebutuhan sumber daya manusia rumah sakit kepada pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan;
 - l. melaksanakan penatausahaan kepegawaian di rumah sakit;
 - m. mengkoordinasikan terlaksananya kegiatan pembelajaran, bimbingan dan pelatihan dari pihak eksternal di rumah sakit;
 - n. pengelolaan kearsipan pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM sesuai dengan perundang-undangan;
 - o. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - p. menyusun laporan dari Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - q. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM berwenang:
- a. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - c. menghimpun Laporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara (LHKPN) dan Laporan Harta Kekayaan Aparatur Sipil Negara (LHKASN) di rumah sakit;
 - d. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;

- e. memberikan penilaian kinerja staf pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM serta menghimpun penilaian kinerja staf seluruh pegawai rumah sakit; dan
- f. memimpin pembinaan pegawai pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM serta memfasilitasi upaya pembinaan pegawai seluruh rumah sakit.

Paragraf 2

Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan

Pasal 18

- (1) Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf e angka 2 dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bagian Umum, SDM, dan Keuangan.
- (2) Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Sub Bagian/Seksi terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bagian Umum, SDM dan Keuangan terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) dari Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - b. implementasi standar akreditasi pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;

- f. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
- g. menyajikan data dari Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
- h. penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) serta input RKA kedalam Sistem Informasi Perencanaan Daerah (SIPD) secara tepat waktu;
- i. tersedianya Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) rumah sakit;
- j. menyajikan data capaian kinerja pelayanan maupun kinerja keuangan rumah sakit secara berkala (triwulan);
- k. tersusunnya dokumen laporan kinerja rumah sakit (Laporan SPM, Laporan Kinerja BLUD dan Capaian Indikator Mutu rumah sakit) secara tepat waktu;
- l. menghimpun data/informasi yang akan di konsolidasikan kedalam penyusunan Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (LPPD), Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP), Profil Kesehatan serta laporan lain yang dibutuhkan oleh Dinas Kesehatan;
- m. menghimpun data/informasi capaian program dari upaya kesehatan perorangan untuk di konsolidasikan kepada laporan program Dinas Kesehatan;
- n. optimalisasi penerimaan rumah sakit baik dari kegiatan pelayanan pasien maupun non pelayanan;
- o. pembayaran jasa pelayanan berbasis kinerja dengan secara tepat jumlah dan tepat waktu;
- p. ketepatan waktu pembayaran gaji, tunjangan dan kewajiban pada pihak ketiga sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- q. penatausahaan dan pelaporan perpajakan yang dipungut oleh rumah sakit;
- r. menerbitkan *invoice*/tagihan atas pelayanan kepada pihak ketiga secara tepat waktu;
- s. mengelola piutang secara optimal (monitoring arus kas masuk yang berasal dari pelunasan piutang) agar penerimaan rumah sakit tetap berkesinambungan;
- t. mengelola utang rumah sakit secara optimal;
- u. penyusunan laporan keuangan triwulan, semester dan tahunan sesuai standar akuntansi yang berlaku;
- v. dalam penyusunan laporan pengesahan pendapatan dan belanja BLUD setiap triwulan;

- w. melaksanakan rekonsiliasi neraca aset dan persediaan dengan Seksi Penunjang Medik/Non Medik dan BPKAD;
 - x. menghimpun dan menyampaikan dokumen data kinerja keuangan rumah sakit kepada Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) bila diperlukan;
 - y. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - z. pengelolaan kearsipan pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan sesuai dengan perundang-undangan;
 - aa. menyusun laporan dari Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - bb. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - cc. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan berwenang:
- a. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - c. menghimpun dan melakukan sinkronisasi terhadap usulan kebutuhan bidang/bagian/instalasi/unit di rumah sakit sebagai bahan penyusunan RKA;
 - d. memimpin rekonsiliasi keuangan, administrasi dan fisik kegiatan terhadap pengadaan barang dan jasa serta modal dirumah sakit secara berkala (triwulan);
 - e. melakukan pengujian kelengkapan dokumen pertanggungjawaban penerimaan dan belanja;
 - f. memimpin penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah pada tingkat rumah sakit;
 - g. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - h. memberikan penilaian kinerja staf pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan; dan
 - i. memimpin pembinaan pegawai pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan.

Paragraf 3
Sub Bagian Umum dan Tata Laksana

Pasal 19

- (1) Sub Bagian Umum dan Tata Laksana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf e angka 3 dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian Umum dan Tata Laksana yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bagian Umum, SDM, dan Keuangan.
- (2) Sub Bagian Umum dan Tata Laksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Sub Bagian/Seksi terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bagian Umum, SDM dan Keuangan terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) dari Sub Bagian Umum dan Tata Laksana untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Sub Bagian Umum dan Tata Laksana bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - b. implementasi standar akreditasi pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - f. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - g. menyajikan data dari Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - h. mengelola kebersihan, kerapian dan keindahan ruangan, gedung serta lingkungan rumah sakit;

- i. terhadap pengadaan dan pemeliharaan peralatan (*non alkes*), sarana prasarana gedung serta jalan di rumah sakit termasuk penyediaan suku cadang dan pembayaran listrik, air telepon serta internet;
- j. mengelola parkir, keamanan dan ketertiban dalam lingkungan rumah sakit;
- k. pengadaan, pembinaan, monitoring dan evaluasi semua pihak ketiga (*outsourcing*) yang bekerjasama dengan rumah sakit;
- l. perencanaan, pengelolaan dan penatausahaan logistik serta persediaan rumah sakit;
- m. pelaksanaan Reformasi Birokrasi dan pembangunan Zona Integritas menuju Wilayah Bebas Korupsi;
- n. mempersiapkan penilaian rumah sakit terkait Reformasi Birokrasi, Zona Integritas, Pelayanan Publik, Penilaian Ombudsman serta Proper Lingkungan Hidup;
- o. pelaksanaan survei indeks kepuasan masyarakat, survei kepuasan pegawai serta survei indeks persepsi korupsi;
- p. penyusunan dokumen Rencana Operasional rumah sakit yang merupakan tindak lanjut roadmap pengembangan layanan rumah sakit;
- q. mengkoordinasikan pelaksanaan urusan surat menyurat rumah sakit;
- r. terlaksananya pengelolaan aset secara umum meliputi: perencanaan, pengadaan, penatausahaan, penertiban, pemeliharaan, penghapusan dan pelaporan aset rumah sakit (Barang Milik Negara, Barang Milik Daerah dan aset perolehan lainnya) sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- s. melakukan pemutakhiran Kartu Inventaris Ruangan (KIR) di seluruh rumah sakit secara berkala (triwulan);
- t. melakukan inventarisasi dan rekonsiliasi aset dengan Sub Bagian/Seksi terkait secara berkala;
- u. melakukan rekonsiliasi aset dengan Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan untuk kepentingan Laporan Keuangan Rumah Sakit;
- v. penataan dan kompilasi Standar Operasional Prosedur (SOP), Standar Pelayanan (SP), pemutakhiran regulasi rumah sakit serta penguatan kelembagaan;
- w. penyusunan dokumen Perjanjian Kerjasama (MOU) dengan stakeholder terkait sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- x. upaya membangun dan mempertahankan citra (*branding*) serta reputasi rumah sakit sesuai dengan visi, misi, motto dan nilai-nilai rumah sakit;

- y. menyelenggarakan Keterbukaan Informasi Publik sesuai dengan peraturan perundang-undangan melalui optimalisasi fungsi PPID Pembantu;
 - z. mengelola Pelayanan Pengaduan sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
 - aa. pengelolaan kearsipan pada Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga sesuai dengan perundang-undangan;
 - bb. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga;
 - cc. menyusun laporan dari Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga;
 - dd. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - ee. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Sub Bagian Umum dan Tata Laksana berwenang:
- a. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap proses *turnover* pegawai *outsourcing* yang dikelola oleh pihak ketiga;
 - d. memimpin penertiban atas aset baik yang merupakan tindak lanjut temuan BPK/Inspektorat atau atas aset yang pemanfaatannya tidak sesuai dengan kebijakan yang rumah sakit;
 - e. melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap komplain dari pelanggan serta memfasilitasi penyelesaian komplain sesuai dengan kebijakan manajemen komplain di rumah sakit;
 - f. memberikan pendapat/kajian terhadap rancangan kerjasama yang akan dilakukan oleh rumah sakit dengan pihak lain;
 - g. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga;
 - h. memberikan penilaian kinerja staf Sub Bagian Umum dan Tata Laksana; dan
 - i. memimpin pembinaan pegawai pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana.

BAB V KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

Pasal 20

- (1) Jabatan Fungsional adalah sekelompok jabatan yang melaksanakan tugas dan fungsi berkaitan dengan kegiatan teknis program dan pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti.
- (2) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) terdiri dari sekelompok jabatan fungsional berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.
- (3) Jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu Jabatan Fungsional yang telah ditetapkan dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Jenis, Jenjang dan Jumlah Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja pada Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti.
- (5) Sistem dan Mekanisme Kerja Kelompok Jabatan Fungsional pada Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti mengacu pada Peraturan tentang Sistem Kerja Pada Instansi Pemerintah untuk Penyederhanaan Birokrasi yang berlaku.

BAB VI TATA KERJA

Bagian Kesatu Umum

Pasal 21

- (1) Dalam melaksanakan otonomi pengelolaan keuangan dan barang milik daerah, Direktur ditetapkan selaku Kuasa Pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna Barang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Direktur dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.
- (3) Pertanggungjawaban sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui penyampaian laporan pelaksanaan pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah.
- (4) Rencana Kerja Dan Anggaran serta Dokumen Pelaksanaan Anggaran disampaikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah untuk diverifikasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Dalam pelaksanaan keuangan, Direktur melaksanakan belanja berdasarkan dokumen pelaksanaan anggaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (6) Direktur bertanggung jawab atas pelaksanaan anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit yang dipimpinnya.
- (7) Dalam pertanggung jawaban keuangan, Direktur Rumah Sakit melakukan penyusunan laporan pertanggung jawaban keuangan yang merupakan bagian dari laporan kinerja untuk disajikan dalam Laporan Keuangan Dinas Kesehatan.
- (8) Dalam hal pengelolaan kepegawaian, Direktur dapat mengusulkan pengangkatan, pemindahan, dan pemberhentian pegawai aparatur sipil negara.
- (9) Direktur memiliki kewenangan dalam menyelenggarakan pengelolaan dan pembinaan pegawai aparatur sipil negara.

Pasal 22

Hal-hal terkait pengaturan dan penjabaran jenis, tugas dan fungsi struktur fungsional internal rumah sakit akan ditetapkan secara terintegrasi dalam Peraturan Internal RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti.

Bagian Kedua Hak Mewakili

Pasal 23

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

BAB VII JABATAN

Pasal 24

- (1) Direktur merupakan jabatan struktural eselon III.a atau jabatan administrator.
- (2) Kepala Bagian dan Kepala Bidang merupakan jabatan struktural eselon III.b atau jabatan administrator.
- (3) Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi merupakan jabatan struktural eselon IV.a atau jabatan pengawas.

BAB VIII KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 25

Pejabat yang sudah ada sebelum berlakunya Peraturan Bupati ini tetap melaksanakan tugasnya sampai dengan ditetapkannya pejabat baru sesuai ketentuan dalam Peraturan Bupati ini.

BAB IX PEMBIAYAAN

Pasal 26

- (1) Pembiayaan operasional rumah sakit dibebankan pada anggaran pendapatan dan belanja negara, anggaran pendapatan dan belanja daerah dan anggaran pendapatan dan belanja badan layanan umum daerah (pendapatan yang sah).
- (2) Pembiayaan operasional rumah sakit sebagai mana dimaksud pada ayat (1) dibebankan pada anggaran kegiatan sesuai peraturan perundang-undangan.

BAB X KETENTUAN PENUTUP

Pasal 27

Dengan diberlakukannya Peraturan Bupati ini, maka Peraturan Bupati Nomor 48 Tahun 2021 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Wewenang Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti Kabupaten Kutai Kartanegara dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 28

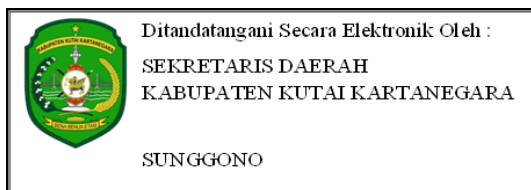
Peraturan Bupati ini dinyatakan berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Tenggarong
pada tanggal 5 Desember 2022



Diundangkan di Tenggarong
pada tanggal 6 Desember 2022
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA,



BERITA DAERAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA TAHUN...NOMOR....

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI KUTAI KARTANEGARA
 NOMOR 57 TAHUN 2022
 TENTANG PEMBENTUKAN, KEDUDUKAN, SUSUNAN
 ORGANISASI, URAIAN TUGAS, FUNGSI, TANGGUNG JAWAB
 DAN WEWENANG SERTA TATA KERJA RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI.

