



BUPATI KUTAI KARTANEGARA

PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

PERATURAN BUPATI KUTAI KARTANEGARA NOMOR 31 TAHUN 2017

TENTANG

URAIAN TUGAS PEJABAT STRUKTURAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

- Menimbang : a. bahwa untuk meningkatkan kinerja pegawai, mutu dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan sejalan dengan keberhasilan pembangunan di Kabupaten Kutai Kartanegara, perlu dilakukan penataan Uraian Tugas Pejabat Struktural di Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit;
- b. bahwa Peraturan Bupati Nomor 71 Tahun 2015 tentang Uraian Tugas Pejabat Struktural pada Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit Kabupaten Kutai Kartanegara sudah tidak sesuai dengan perkembangan dan keadaan serta dalam memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang sejalan dengan keberhasilan pembangunan rumah sakit sesuai dengan tugas dan fungsinya sehingga perlu dilakukan perubahan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b tersebut diatas, maka perlu membentuk Peraturan Bupati tentang Uraian Tugas Pejabat Struktural pada Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit Kabupaten Kutai Kartanegara;
- 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 Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) sebagai Undang-Undang, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
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);
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5035);
6. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5156);
9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
10. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2012 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 155);
11. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29);
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2007 Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;

13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971/MENKES/PER/XI/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/XI/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2012 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembangunan Zona Integritas Menuju Wilayah Bebas Dari Korupsi dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional;
17. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Nomor 52 Tahun 2014 tentang Pedoman Pembangunan Zona Integritas Menuju Wilayah Bebas dari Korupsi dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani;
18. Peraturan Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Nomor 11 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan yang Menjadi Kewenangan Pemerintah Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 11);
19. Peraturan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 117 Tahun 2016 tentang Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit (Berita Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2016 Nomor 117).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG URAIAN TUGAS PEJABAT STRUKTURAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA.**

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Kutai Kartanegara.
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.

3. Kepala Daerah selanjutnya disebut Bupati adalah Bupati Kutai Kartanegara.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara.
5. Direktur adalah Direktur RSUD A.M Parikesit Kabupaten Kutai Kartanegara.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit selanjutnya disingkat RSUD A.M Parikesit adalah Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Kabupaten Kutai Kartanegara.
7. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya.
8. Dewan Pengawas adalah unsur-unsur yang dibentuk pemerintah daerah Kabupaten Kutai Kartanegara yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan keuangan dan Pelayanan Rumah Sakit.
9. Eselonisasi adalah tingkatan jabatan struktural.
10. Satuan Pengawas Internal selanjutnya disingkat SPI adalah unsur pengawasan internal yang bertugas melaksanakan pengawasan internal terhadap pengelolaan dan pemanfaatan sumber daya di RSUD A.M. Parikesit.
11. Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan Rumah Sakit.
12. Instalasi adalah unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian Rumah Sakit.
13. Kelompok Jabatan Fungsional adalah kelompok (Tenaga) Pegawai Negeri Sipil yang diberi hak dan wewenang secara penuh oleh pejabat berwenang sesuai keahliannya dalam rangka menunjang tugas Kepala dan Direktur masing-masing Organisasi Perangkat Daerah.
14. Staf Medik Fungsional selanjutnya disebut SMF adalah Kelompok Dokter yang bekerja di Bidang Medis dalam Jabatan Fungsional.
15. Rencana Strategis selanjutnya disingkat RENSTRA adalah dokumen perencanaan Satuan Kerja Perangkat Daerah untuk periode 5 (lima) Tahun.
16. Rencana Kerja selanjutnya disebut RENJA adalah dokumen perencanaan Satuan Kerja Perangkat Daerah untuk periode 1 (satu) tahun.

17. Perjanjian Kinerja adalah keluaran/hasil dari kegiatan/program yang hendak dicapai sehubungan dengan penggunaan anggaran dengan kredibilitas dan keluaran terukur.
18. Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah selanjutnya disebut LAKIP adalah iktisar yang menjelaskan secara ringkas dan lengkap tentang capaian kinerja yang disusun berdasarkan rencana kerja yang ditetapkan dalam rangka pelaksanaan APBD.
19. Laporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara selanjutnya disingkat LHKPN adalah daftar seluruh harta kekayaan penyelenggaraan Negara yang dituangkan dalam formulir LHKPN yang ditetapkan oleh Komisi Pemberantasan Korupsi sebagaimana diatur dalam Keputusan KPK Nomor KEP/07/KPK/02/2005.
20. Laporan Pajak-pajak Pribadi selanjutnya disingkat LP2P adalah laporan pajak-pajak pribadi yang wajib disampaikan Pegawai Negeri Sipil Pusat dan Pegawai Negeri Sipil Daerah Golongan III.a keatas sesuai dengan penghasilannya kepada Menteri Dalam Negeri.
21. Laporan Keterangan Pertanggungjawaban Kepala Daerah kepada DPRD selanjutnya disingkat LKPJ adalah laporan yang berupa informasi penyelenggaraan pemerintahan daerah selama 1 (satu) tahun anggaran atau akhir masa jabatan yang disampaikan oleh Kepala Daerah kepada DPRD.
22. Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah kepada Pemerintah selanjutnya disingkat LPPD adalah laporan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah selama 1 (satu) tahun anggaran berdasarkan Rencana Kerja Pembangunan Daerah yang disampaikan oleh kepala daerah kepada Pemerintah.
23. Laporan Keuangan Pemerintah Daerah selanjutnya disingkat LKPD adalah laporan keuangan berupa realisasi anggaran, neraca dan catatan atas laporan keuangan yang disampaikan oleh satuan kerja perangkat daerah selama 3 (tiga) bulan setelah tahun anggaran berakhir.
24. Kelompok Jabatan Fungsional disebut Kelompok Jafung adalah sekelompok jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan fungsional berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.
25. Sistem Pengendalian Intern Pemerintah selanjutnya disingkat SPIP adalah Sistem Pengendalian Intern yang diselenggarakan secara menyeluruh di lingkungan pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

BAB II KEDUDUKAN, TUGAS DAN FUNGSI

Bagian Kesatu Kedudukan

Pasal 2

- (1) RSUD A.M. Parikesit merupakan Unsur Pelaksana Teknis Pelayanan Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah.**
- (2) RSUD A.M. Parikesit dipimpin oleh seorang Kepala yang disebut Direktur.**

Bagian Kedua Tugas

Pasal 3

RSUD mempunyai tugas pokok melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah bidang pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan dan penelitian.

Bagian Ketiga Fungsi

Pasal 4

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, RSUD menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

- a. perumusan kebijakan teknis bidang pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan dan penelitian sesuai dengan rencana strategis yang telah ditetapkan oleh pemerintah daerah;**
- b. pemberian dukungan atas perencanaan, pembinaan dan pengendalian kebijakan bidang pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan dan penelitian;**
- c. perumusan, perencanaan, pembinaan, koordinasi dan pengendalian urusan umum dan keuangan;**
- d. perumusan, perencanaan, pembinaan, koordinasi, dan pengendalian pelayanan bidang medik dan keperawatan;**
- e. perumusan, perencanaan, pembinaan, koordinasi, pengendalian, penunjang, dan pengembangan sumber daya manusia serta peningkatan mutu; dan**
- f. pembinaan kelompok jabatan fungsional.**

BAB III
SUSUNAN ORGANISASI

Pasal 5

(1) Susunan Organisasi RSUD A.M. Parikesit terdiri dari :

- a. Direktur;
- b. Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahkan :
 - 1. Bagian Umum, membawahkan :
 - (a) Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga;
 - (b) Sub Bagian Kepegawaian dan Tata Usaha; dan
 - (c) Sub Bagian Hukum dan Humas.
 - 2. Bagian Keuangan, membawahkan :
 - (a) Sub Bagian Perencanaan dan Anggaran;
 - (b) Sub Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana; dan
 - (c) Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi.
 - 3. Bagian Pengembangan, membawahkan :
 - (a) Sub Bagian Pengembangan RS dan pemasaran;
 - (b) Sub Bagian Diklat dan Kerjasama; dan
 - (c) Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan.
- c. Wakil Direktur Pelayanan, membawahkan :
 - 1. Bidang Pelayanan Medis, membawahkan :
 - (a) Seksi Pelayanan Medis Rawat Inap; dan
 - (b) Seksi Pelayanan Medis Non Rawat Inap.
 - 2. Bidang Keperawatan, membawahkan :
 - (a) Seksi Keperawatan Rawat Inap; dan
 - (b) Seksi Keperawatan Non Rawat Inap.
 - 3. Bidang Penunjang, membawahkan :
 - (a) Seksi Penunjang Medik; dan
 - (b) Seksi Penunjang Non Medik.
- d. Kelompok Jabatan Fungsional.

(2) Bagan Struktur Susunan Organisasi pada RSUD A.M. Parikesit sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Peraturan Bupati ini.

BAB IV URAIAN TUGAS

Bagian Kesatu
Direktur, Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1
Direktur

Pasal 6

Uraian Tugas Direktur, meliputi :

- a. memimpin penyelenggaraan rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- b. bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai standar akreditasi rumah sakit;
- c. memimpin upaya pemenuhan sumber daya di rumah sakit sesuai dengan persyaratan perundang-undangan;
- d. bertanggungjawab menyusun strategi perencanaan rumah sakit;
- e. mewujudkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinik yang baik (*good corporate governance* dan *goodclinical governance*);
- f. memimpin implementasi sistem pelayanan di rumah sakit yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- g. memimpin implementasi konsep BLUD di rumah sakit dalam rangka meningkatkan fleksibilitas dan kemandirian dalam pengelolaan keuangan rumah sakit;
- h. memimpin pelaksanaan kendali biaya, kendali mutu, dan pencegahan terhadap potensi *fraud* dan gratifikasi di rumah sakit;
- i. membangun budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit agar tercipta budaya kerja melayani yang mampu memberikan pelayanan publik berkualitas;
- j. memimpin pembangunan Zona Integritas di rumah sakit untuk menuju Wilayah Bebas Korupsi/Wilayah Birokrasi Bersih Melayani;
- k. memimpin implementasi Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP) di lingkungan rumah sakit;
- l. memimpin pengadaan barang dan jasa yang senantiasa berpedoman pada prinsip efektif, efisien, dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- m. mendistribusikan dan mendelegasikan tugas kepada seluruh jajarannya sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya masing-masing;
- n. membuat dan menyampaikan laporan hasil pelaksanaan tugas kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah; dan
- o. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Bupati.

Paragraf 2
Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 7

Ukuran Hasil Kinerja Direktur meliputi :

- a. terselenggaranya rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- b. terakreditasinya rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- c. terpenuhinya sumber daya di rumah sakit sesuai dengan persyaratan perundang-undangan;
- d. dokumen perencanaan rumah sakit (Renstra, RSB, RBA, Renja), *Hospital By Laws* (HBL);
- e. dokumen laporan kinerja sesuai dengan peraturan perundangan-undangan (LKJIP, LKPD, LPPD, Laporan Kinerja BLUD);
- f. terwujudnya tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*good corporate governance* dan *goodclinical governance*);
- g. terselenggaranya implementasi konsep BLUD di rumah sakit dalam rangka meningkatkan fleksibilitas dan kemandirian dalam pengelolaan keuangan rumah sakit;
- h. terwujudnya pelaksanaan kendali biaya, kendali mutu, dan pencegahan terhadap potensi *fraud* dan gratifikasi di rumah sakit;
- i. terbangunnya budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit agar tercipta budaya kerja melayani yang mampu memberikan pelayanan publik berkualitas;
- j. terselenggaranya pembangunan Zona Integritas di rumah sakit untuk menuju Wilayah Bebas Korupsi/Wilayah Birokrasi Bersih Melayani;
- k. terselenggaranya implementasi Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP) di lingkungan rumah sakit;
- l. terselenggaranya pengadaan barang dan jasa yang senantiasa berpedoman pada prinsip efektif, efisien, dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan; dan
- m. terdistribusinya delegasi tugas kepada seluruh jajarannya sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya masing-masing.

Paragraf 3
Persyaratan

Pasal 8

Persyaratan Jabatan Direktur, sebagai berikut :

- a. seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakit;

- b. direktur rumah sakit telah mengikuti pelatihan perumahsakitannya yang meliputi : kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, tatakelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem remunerasi rumah sakit, pengelolaan sumber daya manusia;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama satu tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan pernah memimpin Rumah Sakit Kelas C dan atau pernah menjabat sebagai Wakil Direktur Rumah Sakit Kelas B paling singkat selama 3 (tiga) tahun.

Bagian Kedua
Wakil Direktur Umum dan Keuangan,
Ukuran Hasil Kinerja Persyaratan

Paragraf 1
Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Pasal 9

Uraian Tugas Wakil Direktur Umum dan Keuangan,
meliputi :

- a. bertanggungjawab menunjang penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit yang menjamin standar mutu dan keselamatan pasien melalui akreditasi rumah sakit;
- b. bertanggungjawab terhadap terlaksananya penyusunan, implementasi, monitoring, dan evaluasi seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur pada direktorat umum dan keuangan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. memimpin pengelolaan informasi sebagai bahan pengambilan keputusan dalam penyelesaian masalah pada direktorat umum dan keuangan;
- d. bertanggungjawab membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada direktorat umum dan keuangan;
- e. bertanggungjawab terhadap tersedianya sumber daya (SDM/sarana-prasarana/peralatan) yang dibutuhkan untuk menunjang pelayanan kesehatan paripurna;
- f. bertanggungjawab memimpin upaya peningkatan pendapatan rumah sakit sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- g. bertanggungjawab memimpin upaya pengendalian biaya operasional rumah sakit sesuai target yang telah ditetapkan;
- h. bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya, dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;

- i. bertanggungjawab terhadap terlaksananya penyusunan dan evaluasi dokumen perencanaan rumah sakit (RENSTRA, RSB, RBA, RENJA) sesuai waktu yang ditetapkan;
- j. bertanggungjawab menyusun perencanaan pada direktorat umum dan keuangan dengan memperhatikan pemenuhan standar (input, proses, dan *output/outcome*) untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien serta mengusulkan pengembangan pelayanan rumah sakit;
- k. bertanggungjawab terhadap terlaksananya penyusunan dan evaluasi *Hospital By Laws* (HBL), dokumen tata kelola, serta dokumen infrastruktur lainnya;
- l. bertanggungjawab terhadap terlaksananya pemuktahiran tugas pokok dan fungsi (uraian tugas), tata kelola rumah sakit, *Hospital By Laws* (HBL), dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya yang sesuai dengan perkembangan rumah sakit;
- m. bertanggungjawab terhadap terlaksananya penyusunan laporan pertanggungjawaban (LKJiP, LPPD, LKPD, Laporan Kinerja, Perjanjian Kinerja) sesuai waktu yang ditetapkan;
- n. bertanggungjawab dalam pencapaian indikator kinerja BLUD serta indikator mutu kunci rumah sakit terkait kinerja umum dan keuangan;
- o. bertanggungjawab terhadap terlaksananya pembinaan disiplin kepegawaian pada seluruh staf rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- p. bertanggungjawab terhadap terlaksananya penilaian kinerja di seluruh rumah sakit;
- q. bertanggungjawab mengembangkan pendidikan dan pelatihan, jejaring dan kemitraan strategis yang bermanfaat bagi rumah sakit dan *stakeholder* serta memfasilitasi penelitian dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan;
- r. bertanggungjawab dalam pengelolaan aset dan persediaan rumah sakit meliputi perencanaan, pengadaan, penatausahaan, pemeliharaan, dan penghapusan;
- s. bertanggungjawab terhadap pelaksanaan rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa, belanja modal dan aset/persediaan rumah sakit per triwulan, semester dan tahunan;
- t. bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan sistem informasi rumah sakit (SIM RS, Sistem Informasi Keuangan, SIMPEG) sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
- u. memimpin pengelolaan permintaan informasi dari pihak luar rumah sakit dalam rangka keterbukaan informasi publik dan jika terjadi sengketa informasi;

- v. bertanggungjawab dalam pelaksanaan kerjasama operasional (KSO) peralatan bersama Wakil Direktur Pelayanan;
- w. bersama Wakil Direktur Pelayanan bertanggungjawab terhadap pembinaan *Manager on Duty/ Assistant Manager on Duty* terkait masalah pada direktorat umum dan keuangan;
- x. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan; dan
- y. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

Paragraf 2 Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 10

Ukuran Hasil Kinerja Wakil Direktur Umum dan Keuangan, meliputi :

- a. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur termutakhir pada direktorat umum dan keuangan sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- b. terlaksananya implementasi standar akreditasi rumah sakit sesuai kebijakan, pedoman, dan prosedur pada direktorat umum dan keuangan;
- c. dokumen *self assessment* PMKP, TKP, KPS, MFK setiap 3 (tiga) bulan;
- d. dapat mempertahankan nilai capaian PMKP, TKP, KPS lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);
- e. bersama wakil direktur pelayanan dalam mempertahankan nilai capaian MPO, MFK, MKI, PPK lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);
- f. terlaksananya penyelesaian masalah pada direktorat umum dan keuangan berdasarkan informasi dari bidang dan peraturan perundang-undangan;
- g. terwujudnya budaya organisasi rumah sakit sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit yaitu : Ramah, Peduli, Profesional, Rendah Hati, dan Integritas pada seluruh karyawan rumah sakit;
- h. terpenuhinya sumber daya (SDM/sarana prasarana/peralatan) yang dibutuhkan dalam menunjang pelayanan kesehatan paripurna;
- i. terjadi peningkatan pendapatan rumah sakit sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- j. terkendalinya biaya operasional rumah sakit sesuai target yang telah ditetapkan;
- k. terwujudnya penyelenggaraan rumah sakit tanpa *fraud* dan gratifikasi pada direktorat umum dan keuangan;

- l. terlaksananya penyusunan dokumen perencanaan rumah sakit sesuai dengan konsep *SMAR-T* dan tepat waktu;
- m. dokumen usulan perencanaan rumah sakit dan *review* pada direktorat umum dan keuangan sebagai bahan masukan penyusunan (Renstra/RSB/RBA/Renja);
- n. terlaksananya penyusunan *Hospital by Laws* (HBL) sesuai dengan kaidah penyelenggaraan rumah sakit yang ada pada TKP;
- o. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit serta indikator mutu unit terkait direktorat umum dan keuangan sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- p. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja umum dan keuangan sesuai target Renstra rumah sakit;
- q. terlaksananya pembinaan kepegawaian pada direktorat umum dan keuangan serta seluruh pegawai rumah sakit sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada;
- r. dokumen penilaian kinerja unit (IKU) terhadap bagian dibawah direktorat umum dan keuangan serta terlaksananya penilaian kinerja individu (IKI) seluruh pegawai rumah sakit;
- s. terlaksananya pendidikan, pelatihan, penelitian serta jejaring/kemitraan strategis yang bermanfaat bagi rumah sakit dan *stakeholder* dalam rangka pengembangan pelayanan;
- t. terlaksananya pengelolaan aset dan persediaan rumah sakit meliputi perencanaan, pengadaan, penatausahaan, pemeliharaan, dan penghapusan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- u. terlaksananya aktifitas pengendalian terhadap pengadaan barang/jasa dan modal;
- v. terselenggaranya sistem informasi rumah sakit (SIM RS, Sistem Informasi Keuangan, SIMPEG) sesuai dengan kebijakan rumah sakit dengan baik dan benar;
- w. terlaksananya pengelolaan terhadap permintaan informasi publik sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- x. terlaksananya kerjasama operasional yang efektif dan efisien sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- y. terlaksananya pembinaan *Manager on Duty/Asistant Manager on Duty* terkait masalah pada direktorat umum dan keuangan; dan
- z. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada Direktur persemester.

**Paragraf 3
Persyaratan**

Pasal 11

Persyaratan Jabatan Wakil Direktur Umum dan Keuangan, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata 2 (dua) bidang kesehatan atau sarjana ekonomi akuntansi;
- b. telah mengikuti pelatihan perumahsakitian yang meliputi : kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategi, rencana implementasi dan rencana tahunan, tata kelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem remunerasi rumah sakit, dan pengelolaan sumber daya manusia, laporan pokok keuangan, akuntansi, rencana bisnis anggaran, dan sistem informasi;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan;
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun di bidang keuangan.

**Bagian Ketiga
Bagian Umum, Ukuran Hasil Kinerja
dan Persyaratan**

**Paragraf 1
Bagian Umum**

Pasal 12

Uraian Tugas Bagian Umum, meliputi :

- a. bertanggungjawab dalam menunjang mutu rumah sakit melalui penyediaan sumber daya manusia, sarana prasarana/peralatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- b. bertanggungjawab dalam penyusunan, monitoring, dan evaluasi (*review*) seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait bagian umum berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab turut melakukan pendampingan terhadap standar akreditasi terkait bagian umum (MFK, KPS, MPO, MKI, PPK, TKP);
- d. berkoordinasi dengan bagian dan bidang lain dalam melakukan *self assessment* secara berkala terkait bagian umum;
- e. menjadikan informasi di bagian umum sebagai bahan pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah;

- f. bertanggungjawab melakukan pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf bagian umum;
- g. bertanggungjawab membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf bagian umum;
- h. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian pada bagian umum serta memfasilitasi pembinaan seluruh pegawai rumah sakit sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada;
- i. bertanggungjawab melakukan penilaian kinerja staf bagian umum dan pelaksanaan penilain kinerja seluruh rumah sakit;
- j. memberikan masukan kepada wakil direktur umum dan keuangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari bagian umum untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien;
- k. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait bagian umum sesuai target yang telah ditetapkan;
- l. bertanggungjawab dalam tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja bagian umum;
- m. bertanggungjawab memimpin pengelolaan aset dan persediaan rumah sakit yang meliputi : perencanaan, pengadaan, penatausahaan, pemeliharaan, dan penghapusan;
- n. bertanggung jawab terhadap kesinambungan pelaksanaan pengadaan barang, jasa dan modal di rumah sakit;
- o. memimpin penyusunan tugas pokok dan fungsi/uraian tugas, pemutakhiran *Hospital by laws* (HBL)/tata kelola rumah sakit dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
- p. memimpin pelaksanaan pengelolaan sumber daya manusia terkait perencanaan, rekrutmen, penghargaan dan sanksi, pola karir serta retensi pegawai rumah sakit;
- q. bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan tugas umum dan kerumahtanggaan yang meliputi : keamanan dan ketertiban, kebersihan, kerapian tata letak, keindahan-pertamanan, operasional rutin rumah sakit (listrik, telepon, air, surat kabar, penyediaan bahan bakar, logistik pasien/kegiatan kantor dll), pemeliharaan kendaraan operasional, fasilitas umum (tempat beribadah, aula/auditorium, ruang rapat, ruang tunggu, tempat bermain anak, ruang laktasi, toko, kantin, parkir dll), permebelan serta pergudangan;

- r. memimpin pengelolaan permintaan informasi dari pihak luar rumah sakit dalam rangka keterbukaan informasi publik termasuk penanganan sengketa informasi;
- s. bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan kehumasan dan penatalaksanaan produk hukum di rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan
- t. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan; dan
- u. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

Paragraf 2 Ukura Hasil Kinerja

Pasal 13

Ukuran Hasil Kinerja Bagian Umum, meliputi :

- a. terpenuhinya sumber daya manusia, sarana/prasarana/peralatan untuk menunjang pelayanan;
- b. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait bagian umum yang selalu di mutakhirkan;
- c. dokumen *self assessment* pada standar akreditasi terkait bagian umum setiap 3 (tiga) bulan;
- d. dapat turut mempertahankan nilai capaian standar akreditasi terkait bagian umum (TKP, KPS, MFK, MPO, MKI, PPK) lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);
- e. dokumen pelaporan analisis data dan masalah terkait bagian umum kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan secara berkala menggunakan siklus PDSA;
- f. rekapitulasi *fraud/gratifikasi* staf bagian umum;
- g. terbangunnya budaya organisasi sesuai dengan nilai-nilai Ramah, Peduli, Profesional, Rendah hati dan Integritas pada staf bagian umum;
- h. dokumen pembinaan kepegawaian di bagian umum serta terlaksananya pembinaan seluruh pegawai rumah sakit sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada;
- i. dokumen penilaian kinerja unit (IKU) sub bagian di bawahnya serta penilain kinerja individu (IKI) seluruh staf rumah sakit setiap bulan;
- j. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait bagian umum sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- k. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait bagian umum sesuai dengan target yang telah ditetapkan;

- l. terlaksananya pengelolaan aset dan persediaan rumah sakit yang meliputi : perencanaan, pengadaan, penatausahaan, pemeliharaan, dan penghapusan sesuai dengan aturan perundang undangan;
- m. daftar Kartu Inventaris Barang (KIB);
- n. data stok *opname* persediaan secara berkala;
- o. terlaksananya kesinambungan kegiatan pengadaan barang, jasa dan modal di rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan;
- p. dokumen tugas pokok dan fungsi/uraian tugas yang di mutakhirkan;
- q. dokumen HBL/tata kelola rumah sakit yang dimutakhirkan;
- r. terlaksananya manajemen SDM terkait perencanaan, rekrutmen, penghargaan dan sanksi, pola karir serta retensi di rumah sakit secara optimal ;
- s. pola ketenagaan rumah sakit selalu di mutakhirkan;
- t. terlaksananya penyelenggaraan tugas umum dan kerumahtanggaan secara baik dan benar;
- u. terwujudnya pengelolaan permintaan informasi publik/sengketa informasi sesuai dengan peraturan perundang undangan;
- v. terlaksananya kegiatan kehumasan dan penatalaksanaan produk hukum rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan; dan
- w. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan.

Paragraf 3 Persyaratan

Pasal 14

Persyaratan Jabatan Bagian Umum, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang administrasi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun sesuai dengan bidang tugasnya.

Bagian Keempat
Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga,
Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1
Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga

Pasal 15

Uraian Tugas Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga, meliputi :

- a. memimpin penyusunan dan mereview seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait Sub Bagian Umum dan Rumah tangga berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- b. bertanggungjawab melakukan sosialisasi, implementasi, dan monitoring standar akreditasi rumah sakit terkait Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga;
- c. turut melakukan *self assesment* secara berkala pada standar akreditasi terkait Sub bagian umum dan Rumah Tangga (MFK, MPO);
- d. bertanggungjawab membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh Staf Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga;
- e. melakukan inventarisasi data/permasalahan terkait Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga serta mengolah menjadi informasi untuk pengambilan keputusan;
- f. memimpin pogram *Lean Hospital*;
- g. Bertanggungjawab terhadap pengelolaan persediaan rumah tangga/logistik sesuai dengan kebijakan yang berlaku;
- h. bertanggungjawab melakukan pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga;
- i. memimpin pencapaian indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- j. memimpin pencapaian indikator kinerja BLUD terkait Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga;
- k. mengkoordinasikan penyusunan dan pemutakhiran *hospital by laws* (HBL)/tata kelola rumah sakit dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
- l. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh Staf Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- m. bertanggungjawab melakukan penilaian kinerja pada Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga;

- n. memimpin pengelolaan aset dan persediaan rumah sakit yang meliputi : perencanaan, pengadaan, penatausahaan, pemeliharaan, dan penghapusan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bersama bidang penunjang dan Sub Bagian Perencanaan dan Anggaran;
- o. memimpin pelaksanaan rekonsiliasi aset/ persediaan per triwulan;
- p. memimpin penyelenggaraan tugas umum dan kerumahtanggaan yang meliputi : keamanan dan ketertiban, kebersihan, kerapian tata letak, keindahan-pertamanan, operasional rutin rumah sakit (listrik, telepon, air, surat kabar, penyediaan bahan bakar, logistik pasien/kegiatan kantor dll), pemeliharaan kendaraan operasional, fasilitas umum (tempat beribadah, aula/auditorium, ruang rapat, ruang tunggu, tempat bermain anak, ruang laktasi, toko, kantin, parkir dll), permebelan serta pergudangan;
- q. memimpin pengadaan sarana prasarana, peralatan terkait umum dan rumah tangga sesuai standar akreditasi rumah sakit dan peraturan perundang-undangan;
- r. bertanggungjawab mengusulkan pejabat dan atau panitia/tim pengadaan, penerima hasil pekerjaan, pejabat pembuat komitmen dan pejabat pelaksana teknis kegiatan pengadaan barang dan jasa yang transparan dan akuntabel sesuai peraturan perundang-undangan;
- s. bertanggungjawab terhadap pelayanan keprotokoliran di rumah sakit;
- t. bertanggungjawab melaksanakan penyimpanan dokumen-dokumen penting rumah sakit serta dokumen terkait pengadaan barang dan jasa;
- u. bertanggungjawab melakukan pendataan terhadap perijinan rumah sakit serta perijinan sarana prasarana/peralatan;
- v. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan; dan
- w. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

Paragraf 2

Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 16

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga, meliputi:

- a. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian umum dan rumah tangga yang selalu di mutakhirkan;

- b. tersosialisasinya dokumen kebijakan, pedoman dan prosedur terkait sub bagian umum dan rumah tangga;
- c. terimplementasinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian umum dan rumah tangga;
- d. dapat mempertahankan capaian nilai standar akreditasi MFK dan MPO terkait sub bagian umum dan rumah tangga;
- e. terbangunnya budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai ramah peduli profesional rendah hati dan integritas pada seluruh staf sub bagian umum dan rumah tangga
- f. dokumen rekapitulasi data dan analisis masalah di sub bagian umum dan rumah tangga;
- g. kesesuaian pencatatan dengan fisik barang rumah tangga dan logistik pada setiap stok *opname*;
- h. terkendalinya biaya operasional rumah sakit yang sesuai dengan target yang telah ditetapkan melalui pelaksanaan program *Lean Hospital*;
- i. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi di sub bagian umum dan rumah tangga;
- j. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian umum dan rumah tangga sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- k. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait sub bagian umum dan rumah tangga;
- l. dokumentasi proses penyusunan *Hospital by Laws* (HBL)/tata kelola rumah sakit dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
- m. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf sub bagian umum dan rumah tangga sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- n. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) staf sub bagian umum dan rumah Tangga setiap bulan;
- o. terlaksananya pengelolaan aset yang lain (perencanaan, pengadaan, pemeliharaan, dan penghapusan) bersama sub bagian perencanaan dan bidang penunjang sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
- p. Kartu Inventaris Ruangan (KIR) yang selalu diperbaharui oleh sub bagian umum dan rumah tangga;
- q. terlaksananya kegiatan inventarisasi aset sesuai dengan target yang telah ditetapkan Kartu Inventaris Barang (KIB);
- r. dokumentasi kegiatan stok *opname* persediaan secara berkala;

- s. terlaksananya penyelenggaraan tugas umum dan kerumahtanggaan yang meliputi :
 - 1. keamanan dan ketertiban;
 - 2. kebersihan, kerapian tata letak, keindahan-pertamanan;
 - 3. operasional rutin rumah sakit (listrik, telepon, air, surat kabar, penyediaan bahan bakar, logistik pasien/kegiatan kantor dll);
 - 4. pemeliharaan kendaraan operasional;
 - 5. fasilitas umum (tempat beribadah, aula/auditorium, ruang rapat, ruang tunggu, tempat bermain anak, ruang laktasi, toko, kantin, parkir dll);
 - 6. permebelan; dan
 - 7. pergudangan yang efektif dan efisien.
- t. terlaksananya pengadaan sarana prasarana, peralatan terkait umum dan rumah tangga sesuai standar akreditasi rumah sakit dan peraturan perundang-undangan;
- u. usulan pejabat dan atau panitia/tim pengadaan, penerima hasil pekerjaan, pejabat pembuat komitmen dan pejabat pelaksana teknis kegiatan pengadaan barang dan jasa;
- v. terlaksananya pelayanan keprotokoleraan di rumah sakit yang baik dan benar;
- w. telaksananya penyimpanan dokumen penting rumah sakit serta dokumen terkait pengadaan barang/jasa;
- x. rekapitulasi pendataan perijinan rumah sakit serta perijinan sarana prasarana/peralatan; dan
- y. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada kepala bagian umum.

Paragraf 3 Persyaratan

Pasal 17

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang administrasi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana *implementation* dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Bagian Kelima
Sub Bagian Kepegawaian dan Tata Usaha,
Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1
Sub Bagian Kepegawaian dan Tata Usaha

Pasal 18

Uraian Tugas Sub Bagian Kepegawaian dan Tata Usaha, meliputi :

- a. bertanggungjawab melaksanakan kegiatan kepegawaian dan tata usaha sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- b. memimpin penyusunan dan mereview kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian kepegawaian dan tata usaha berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab melakukan sosialisasi, implementasi dan monitoring standar akreditasi rumah sakit terkait sub bagian kepegawaian dan tata usaha;
- d. turut melakukan *self assesment* secara berkala pada standar akreditasi terkait sub bagian kepegawaian dan tata usaha (KPS);
- e. melakukan inventarisasi data/permasalahan terkait kepegawaian dan tata usaha serta mengolah menjadi informasi untuk pengambilan keputusan;
- f. memimpin upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf sub bagian kepegawaian dan tata usaha;
- g. memimpin pembangunan budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf sub bagian kepegawaian dan tata usaha;
- h. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf sub bagian kepegawaian dan tata usaha serta memfasilitasi pembinaan kepegawaian seluruh pegawai rumah sakit sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada;
- i. bertanggungjawab terhadap penilaian kinerja staf sub bagian kepegawaian dan tata usaha serta seluruh pegawai di rumah sakit;
- j. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator BLUD terkait sub bagian kepegawaian dan tata usaha sesuai target yang telah ditetapkan;
- k. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian kepegawaian dan tata usaha sesuai target yang telah ditetapkan;

- l. memimpin pelaksanaan manajemen sumber daya manusia terkait perencanaan, rekrutmen, penghargaan dan sanksi, pola karir serta retensi pegawai rumah sakit;
- m. mengkoordinasikan penyusunan dan pemutakhiran tugas pokok dan fungsi/uraian tugas sesuai dengan kebutuhan rumah sakit;
- n. memimpin pelaksanaan pelayanan naskah dinas, kearsipan, pengetikan, penggandaan, pendistribusian, rapat dan pelayanan penerimaan tamu;
- o. memimpin penyelenggaraan tata kearsipan yang baik berkerjasama dengan sub bagian umum dan rumah tangga dan bagian keuangan;
- p. bertanggungjawab dalam pelaksanaan administrasi kepegawaian, personal *file* setiap pegawai, daftar urut kepangkatan, buku induk pegawai, kenaikan pangkat/gaji berkala, cuti/ijin dll;
- q. bertanggungjawab mengelola kegiatan rapat rutin/non rutin di rumah sakit;
- r. bertanggungjawab melaksanakan penyusunan dan pemutakhiran nilai dan kelas jabatan (*corporate grade*) seluruh pegawai rumah sakit;
- s. bertanggungjawab melakukan rekapitulasi absensi dan menghitung keberadaan riil pegawai setiap bulan;
- t. bertanggungjawab melakukan pendataan terhadap perijinan seluruh staf klinis yang ada di rumah sakit;
- u. memimpin penerapan Sistem Informasi Kepegawaian (SIMPEG) di rumah sakit;
- v. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
- w. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

Paragraf 2 Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 19

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Kepegawaian dan Tata Usaha, meliputi :

- a. terlaksananya kegiatan kepegawaian dan tata usaha sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- b. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian kepegawaian dan tata usaha yang selalu di mutakhirkan;
- c. tersosialisasi dan terimplementasinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian kepegawaian dan tata usaha;

- d. dapat mempertahankan capaian nilai standar akreditasi KPS terkait sub bagian kepegawaian dan tata usaha;
- e. dokumen rekapitulasi data dan analisis masalah sub bagian kepegawaian dan tata usaha;
- f. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi di sub bagian kepegawaian dan tata usaha;
- g. terbangunnya budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai ramah, peduli, profesional, rendah hati dan integritas pada staf sub bagian kepegawaian dan tata usaha;
- h. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap seluruh pegawai rumah sakit sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- i. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) seluruh pegawai dan penilaian kinerja unit (IKU) ;
- j. tercapainya indikator BLUD terkait sub bagian kepegawaian dan tata usaha sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- k. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian kepegawaian dan tata usaha sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- l. terlaksananya manajemen sumber daya manusia terkait perencanaan, rekrutmen, penghargaan dan sanksi, pola karir serta retensi pegawai sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
- m. dokumentasi penyusunan pola ketenagaan yang selalu di mutakhirkan;
- n. dokumentasi penyusunan *road map* pemenuhan jumlah dan kualifikasi pegawai;
- o. dokumentasi penyusunan dan pemutakhiran tugas pokok dan fungsi/uraian tugas sesuai dengan kebutuhan rumah sakit;
- p. terlaksananya pelayanan naskah dinas, kearsipan, pengetikan, penggandaan, pendistribusian, rapat dan pelayanan penerimaan tamu yang efektif dan efisien;
- q. terlaksananya tata kearsipan yang baik berkerjasama dengan sub bagian umum dan rumah tangga dan bagian keuangan sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
- r. daftar *check list* dan *personal file* setiap pegawai;
- s. Daftar Urut Kepangkatan (DUK);
- t. buku induk pegawai;
- u. terlaksananya kenaikan pangkat/gaji berkala tepat waktu;
- v. laporan daftar pegawai yang naik pangkat persemester;
- w. laporan daftar kenaikan gaji berkala;
- x. kartu kendali cuti/ijin;
- y. terselenggaranya kegiatan rapat sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada;

- z. nilai dan kelas jabatan (*corporate grade*) seluruh pegawai rumah sakit setiap tahun;
- aa. rekapitulasi absensi dan keberadaan *riil* pegawai setiap bulan;
- bb. dokumen rekapitulasi perijinan seluruh staf klinis yang ada di rumah sakit (SIP, STR, SPK);
- cc. Sistem Informasi Kepegawaian (SIMPEG); dan
- dd. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada kepala bagian umum.

Paragraf 2 Persyaratan

Pasal 20

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Kepegawaian, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang administrasi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana *implementation* dan rencana tahunan, sistem *rekrutmen* dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Bagian Kelima Sub Bagian Hukum dan Humas, Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1 Sub Bagian Hukum dan Humas

Pasal 21

Uraian Tugas Sub Bagian Hukum dan Humas, meliputi :

- a. bertanggungjawab melaksanakan penyelenggaraan hukum dan humas sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan standar akreditasi rumah sakit;
- b. memimpin penyusunan dan mereview seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian hukum dan humas berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab melakukan sosialisasi, implementasi, dan monitoring standar akreditasi rumah sakit terkait sub bagian hukum dan humas;
- d. turut melakukan *self assessment* secara berkala pada standar akreditasi terkait sub bagian hukum dan humas (MKI, PPK);
- e. melakukan inventarisasi data/permasalahan terkait hukum dan humas serta mengolah menjadi informasi untuk pengambilan keputusan;

- f. bertanggungjawab melakukan pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf sub bagian hukum dan humas;
- g. bertanggungjawab membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf sub bagian hukum dan humas;
- h. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap staf sub bagian hukum dan humas sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- i. bertanggungjawab terhadap penilaian kinerja staf sub bagian hukum dan humas;
- j. memimpin pencapaian indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian hukum dan humas sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- k. memimpin pencapaian indikator kinerja BLUD terkait sub bagian hukum dan humas sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- l. bertanggungjawab melakukan pengelolaan regulasi rumah sakit yang meliputi : penatausahaan, pengarsipan/penyimpanan, dan penghapusan;
- m. memimpin penyusunan usulan Surat Keputusan Bupati, Peraturan Bupati dan Peraturan Daerah;
- n. bertanggungjawab melakukan sosialisasi kepada seluruh *stakeholder* tentang visi, misi, jenis pelayanan, prosedur pelayanan, kegiatan rumah sakit serta informasi lainnya yang bermanfaat untuk membina hubungan kemitraan dengan menggunakan media informasi rumah sakit (*website, facebook, SMS gateway, media massa, media promosi yang lain*) bersama tim Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS);
- o. bertanggungjawab terhadap kesinambungan publikasi/pemberitaan tentang rumah sakit melalui media cetak, elektronik/*online*/sosial dalam rangka membangun citra positif rumah sakit;
- p. memimpin pengelolaan komplain sesuai dengan kebijakan dan prosedur;
- q. memimpin penanganan terhadap pemberitaan negatif tentang rumah sakit di media massa;
- r. memimpin pelaksanaan *survey* kepuasan pelanggan eksternal rumah sakit secara berkala;
- s. bertanggungjawab terhadap desain, pembuatan serta penempatan *signage*, papan nama, spanduk, *neon box* serta *banner*;
- t. bertanggungjawab terhadap peliputan kegiatan rumah sakit melalui fotografi maupun video;
- u. turut serta dalam melakukan finalisasi penyusunan dokumen profil rumah sakit;

- v. bertanggungjawab terhadap finalisasi draft naskah perjanjian kerjasama (MoU) antar rumah sakit dengan pihak lain yang telah disusun dan dokumen yang berkaitan dengan kepegawaian termasuk draft perjanjian kerja pegawai non PNS;
- w. bertanggungjawab memfasilitasi masalah hukum yang timbul dari pihak internal maupun eksternal terhadap rumah sakit;
- x. memimpin pengelolaan permintaan informasi dari pihak luar rumah sakit/sengketa informasi dalam rangka keterbukaan informasi publik sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- y. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan; dan
- z. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

Paragraf 2 Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 22

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Hukum dan Humas, meliputi :

- a. terlaksananya penyelenggaraan hukum dan humas sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan standar akreditasi rumah sakit;
- b. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian hukum dan humas yang selalu di mutakhirkan;
- c. tersosialisasinya dokumen kebijakan, pedoman dan prosedur terkait sub bagian hukum dan humas;
- d. terimplementasinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian hukum dan humas;
- e. dapat mempertahankan capaian nilai standar akreditasi MKI dan PPK terkait sub bagian hukum dan humas;
- f. dokumen rekapitulasi data dan analisis masalah di sub bagian hukum dan humas;
- g. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi terkait sub bagian hukum dan humas;
- h. terbangunnya budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai ramah, peduli, profesional, rendah hati dan integritas pada seluruh staf sub bagian hukum dan humas;
- i. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap staf sub bagian hukum dan humas sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- j. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) staf sub bagian hukum dan humas;

- k. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian hukum dan humas sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- l. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait sub bagian hukum dan humas sesuai target yang telah ditetapkan;
- m. terlaksananya pengelolaan regulasi rumah sakit meliputi penatausahaan, pengarsipan/penyimpanan, dan penghapusan;
- n. dokumen usulan Surat Keputusan Bupati, Peraturan Bupati dan Peraturan Daerah;
- o. tersosialisasinya visi, misi, jenis pelayanan, prosedur pelayanan, kegiatan rumah sakit serta informasi lainnya yang bermanfaat untuk membina hubungan kemitraan dengan menggunakan media informasi rumah sakit (*website, facebook, SMS gateway, media massa, leaflet/brosur, televisi* serta media promosi yang lain) bersama tim Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS);
- p. terjalinnya hubungan yang baik dengan media massa (*cetak/online*) dalam hal pemberitaan kegiatan-kegiatan rumah sakit;
- q. media publikasi rumah sakit (*website/facebook, instagram dll*) yang selalu *di update*;
- r. dokumen pengelolaan komplain perbulan/triwulan/tahun;
- s. terlaksananya penanganan terhadap pemberitaan media massa yang negatif tentang rumah sakit secara *responsive*;
- t. Arsip pemberitaan tentang rumah sakit/foto, video kegiatan rumah sakit;
- u. dokumen *survey* kepuasan pelanggan internal rumah sakit secara berkala;
- v. terlaksananya kegiatan desain, penyediaan dan penempatan *signage*, papan nama, spanduk, *neon box*, serta *banner* yang menarik dan informatif;
- w. terlaksananya kegiatan peliputan yang baik sesuai kebutuhan rumah sakit;
- x. dokumen MoU antar rumah sakit dengan pihak lain dan dokumen yang berkaitan dengan kepegawaian termasuk draft perjanjian kerja pegawai non PNS yang sesuai dengan kaidah hukum yang berlaku;
- y. terlaksananya fasilitasi penanganan masalah hukum yang timbul dari pihak internal maupun eksternal terhadap rumah sakit;
- z. terlaksananya pengelolaan permintaan informasi dari pihak luar rumah sakit/sengketa informasi dalam rangka keterbukaan informasi publik sesuai dengan peraturan perundang-undangan; dan
- aa. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh kepala bagian umum.

Pasal 23

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Hukum dan Humas, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang administrasi atau hukum;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana *implementation* dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Bagian Keenam Bagian Keuangan, Ukuran Hasil Kinerja Dan Persyaratan

Paragraf 1 Bagian Keuangan

Pasal 24

Uraian Tugas Bagian Keuangan, meliputi :

- a. bertanggungjawab menyelenggarakan penatausahaan keuangan di rumah sakit sesuai peraturan dan perundang-undangan;
- b. bertanggungjawab dalam penyusunan, monitoring, dan evaluasi (*review*) seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait bagian keuangan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. menjadikan informasi di bagian keuangan sebagai bahan pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah;
- d. bertanggungjawab dan mendorong pencegahan potensi *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf bagian keuangan;
- e. bertanggungjawab membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf bagian keuangan dan seluruh pegawai rumah sakit;
- f. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf bagian keuangan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- g. bertanggungjawab melakukan Penilaian Kinerja Unit (IKU) sub bagian dibawahnya dan Penilaian Kinerja Individu (IKI) seluruh staf bagian keuangan;
- h. memberikan masukan kepada wakil direktur umum dan keuangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari bagian keuangan untuk pengembangan pelayanan rumah sakit;

- i. memimpin kegiatan pengelolaan keuangan dalam rangka peningkatan pendapatan dan pengendalian biaya operasional rumah sakit sesuai dengan target;
- j. bertanggungjawab mengkoordinir dan mensinkronisasi usulan perencanaan dari seluruh bidang/ bagian/instalasi/unit termasuk dari sub bagian di bawahnya sebagai bahan penyusunan perencanaan dan anggaran rumah sakit;
- k. bertanggungjawab terhadap penyusunan perencanaan rumah sakit (Renstra, RSB, RBA dan Renja);
- l. bertanggungjawab terhadap kegiatan pengelolaan keuangan yang meliputi : penganggaran, perbendaharaan dan mobilisasi dana serta akuntansi dan verifikasi dalam pencapaian tujuan rumah sakit;
- m. bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan sistem informasi di rumah sakit terkait keuangan yang sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
- n. bertanggungjawab dalam tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja keuangan;
- o. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait keuangan sesuai target yang telah ditetapkan;
- p. bertanggungjawab terhadap pelaksanaan sistem remunerasi dengan melibatkan seluruh profesi serta mengkoordinir pengumpulan data dan informasi dalam proses penyusunan tarif pelayanan rumah sakit;
- q. bertanggungjawab terhadap laporan kinerja keuangan dan kepatuhan pengelolaan keuangan;
- r. bertanggungjawab terhadap *review* dan usulan tarif rumah sakit sesuai dengan tuntutan keadaan;
- s. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- t. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 2 Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 25

Ukuran Hasil Kinerja Bagian Keuangan, meliputi :

- a. terlaksananya penatausahaan keuangan di rumah sakit sesuai peraturan dan perundang-undangan;
- b. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait bagian keuangan yang selalu di mutakhirkan;
- c. dokumen pelaporan analisis data dan masalah terkait bagian keuangan kepada wakil direktur umum dan Keuangan secara berkala menggunakan siklus PDSA;

- d. peningkatan pendapatan rumah sakit sesuai dengan target;
- e. rekapitulasi *fraud*/gratifikasi terkait staf Bagian Keuangan;
- f. terbangunnya budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf bagian Keuangan rumah sakit;
- g. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap seluruh Bagian Keuangan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- h. dokumen penilaian IKU dan IKI pada staf bagian keuangan setiap bulan;
- i. terlaksananya pengelolaan keuangan yang optimal dalam rangka peningkatan pendapatan rumah sakit sesuai target;
- j. terlaksananya sinkronisasi usulan perencanaan dari seluruh bidang/bagian/instalasi/unit termasuk dari sub bagian di bawahnya sebagai bahan penyusunan perencanaan dan anggaran rumah sakit;
- k. tersusunnya perencanaan rumah sakit (Renstra, RSB, RBA dan Renja);
- l. terlaksananya kegiatan pengelolaan keuangan yang meliputi : penganggaran, perbendaharaan dan mobilisasi dana serta akuntansi dan verifikasi dalam pencapaian tujuan rumah sakit;
- m. terlaksananya penyelenggaraan sistem informasi di rumah sakit terkait keuangan yang sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
- n. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja Bagian Keuangan;
- o. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait Bagian Keuangan sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- p. terlaksananya sistem remunerasi dengan melibatkan seluruh profesi serta mengkoordinir pengumpulan data dan informasi dalam proses penyusunan tarif pelayanan rumah sakit;
- q. dokumen laporan capaian kinerja keuangan dan kepatuhan pengelolaan keuangan;
- r. tercapainya *cost recovery* $\geq 40\%$;
- s. tarif rumah sakit yang selalu mutakhir;
- t. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- u. laporan tugas lain yang diberikan oleh atasan kepada wakil direktur umum dan keuangan.

**Bagian Ketujuh
Persyaratan**

Pasal 26

Persyaratan jabatan Bagian Keuangan, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang keuangan akuntansi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana *implementation* dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun sesuai dengan bidang tugasnya.

**Bagian Ketujuh
Sub Bagian Perencanaan dan Anggaran,
Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan**

**Paragraf 1
Sub Bagian Perencanaan dan Anggaran**

Pasal 27

Uraian Tugas Sub Bagian Perencanaan dan Anggaran, meliputi :

- a. bertanggungjawab melaksanakan kegiatan perencanaan dan anggaran sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
- b. memimpin kegiatan pengelolaan anggaran sesuai dengan visi misi rumah sakit;
- c. memimpin penyusunan dan mereview kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian perencanaan dan anggaran berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- d. bertanggungjawab melakukan sosialisasi, implementasi dan monitoring standar akreditasi rumah sakit terkait sub bagian perencanaan dan anggaran;
- e. turut melakukan *self assessment* secara berkala pada standar akreditasi terkait sub bagian perencanaan dan anggaran;
- f. melakukan inventarisasi data/permasalahan terkait perencanaan dan anggaran serta mengolah menjadi informasi untuk pengambilan keputusan;
- g. memimpin upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf sub bagian perencanaan dan anggaran;
- h. memimpin pembangunan budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf sub bagian perencanaan dan anggaran;

- i. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf sub bagian perencanaan dan anggaran;
- j. bertanggungjawab terhadap penilaian kinerja staf sub bagian perencanaan dan anggaran;
- k. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator BLUD terkait sub bagian perencanaan dan anggaran sesuai target yang telah ditetapkan;
- l. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian perencanaan dan anggaran sesuai target yang telah ditetapkan;
- m. memimpin koordinasi dan sinkronisasi usulan perencanaan dari seluruh bidang/bagian/instalasi/unit sebagai bahan penyusunan perencanaan dan anggaran rumah sakit;
- n. memimpin proses penyusunan perencanaan rumah sakit (RENSTRA, RSB, RBA, RENJA, RKA dan DPA);
- o. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- p. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 2
Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 28

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Perencanaan dan Anggaran, meliputi :

- a. terlaksananya kegiatan perencanaan dan anggaran sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- b. terwujudnya pengalokasian penganggaran rumah sakit yang efektif dan efisien sesuai dengan visi dan misi rumah sakit;
- c. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian perencanaan dan anggaran yang selalu di mutakhirkan;
- d. tersosialisasi dan terimplementasinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian perencanaan dan anggaran;
- e. dapat mempertahankan capaian nilai standar akreditasi TKP terkait sub bagian perencanaan dan anggaran;
- f. dokumen rekapitulasi data dan analisis masalah sub bagian perencanaan dan anggaran;
- g. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi di sub bagian perencanaan dan anggaran;
- h. terbangunnya budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai ramah, peduli, profesional, rendah hati dan integritas pada staf sub bagian perencanaan dan anggaran;

- i. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf sub bagian perencanaan dan anggaran dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- j. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) Staf Sub Bagian Perencanaan dan Anggaran;
- k. tercapainya indikator BLUD terkait sub bagian perencanaan dan anggaran sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- l. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian perencanaan dan anggaran sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- m. sinkronnya usulan perencanaan dari seluruh bidang/bagian/instalasi/unit sebagai bahan penyusunan perencanaan dan anggaran rumah sakit;
- n. dokumentasi proses penyusunan perencanaan rumah sakit (RENSTRA, RSB, RBA, RENJA, RKA, DPA);
- o. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- p. laporan tugas lain yang diberikan oleh atasan kepada Kepala Bagian keuangan.

Paragraf 3 Persyaratan

Pasal 29

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Perencanaan dan Anggaran, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang administrasi atau keuangan atau bidang kesehatan;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana *implementation*, dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Bagian Kedelapan Sub Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana, Ukuran hasil dan Persyaratan

Paragraf 1 Sub Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana

Pasal 30

Uraian Tugas Sub Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana, meliputi :

- a. bertanggungjawab melaksanakan kegiatan perbendaharaan dan mobilisasi dana sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan kebijakan rumah sakit;

- b. memimpin penyusunan dan mereview kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab melakukan sosialisasi, implementasi dan monitoring standar akreditasi rumah sakit terkait sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- d. melakukan inventarisasi data/permasalahan terkait perbendaharaan dan mobilisasi dana serta mengolah menjadi informasi untuk pengambilan keputusan;
- e. memimpin upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- f. memimpin pembangunan budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- g. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- h. bertanggungjawab terhadap penilaian kinerja staf sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- i. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator BLUD terkait sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana sesuai target yang telah ditetapkan;
- j. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana sesuai target yang telah ditetapkan;
- k. bertanggungjawab melaksanakan evaluasi terhadap pendapatan dan pengeluaran rumah sakit secara berkala;
- l. berkoordinasi dengan tim remunerasi dalam pelaksanaan sistem remunerasi dengan melibatkan seluruh profesi;
- m. berkoordinasi dengan sub bagian diklat dan kerjasama dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi kerjasama dalam kaitannya dengan pendapatan rumah sakit;
- n. bertanggungjawab terhadap pengelolaan utang dan piutang dalam rangka optimalisasi pendapatan dan pengeluaran rumah sakit;
- o. bertanggungjawab melakukan mobilisasi pendapatan rumah sakit melalui optimalisasi penerimaan baik dari kegiatan pelayanan maupun kegiatan non pelayanan;
- p. bertanggungjawab terhadap ketepatan waktu pembayaran baik kepada pihak internal maupun eksternal;
- q. bekerjasama dengan tim *Case Mix* dalam pengelolaan tagihan BPJS;
- r. berkoordinasi dengan direktorat pelayanan dalam pelaksanaan kendali biaya;

- s. bertanggungjawab terhadap pengelolaan PPH sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- t. memimpin pelaksanaan kegiatan pelayanan kasir yang berorientasi pada pelayanan publik yang berkualitas;
- u. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- v. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 2
Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 31

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana, meliputi :

- a. terlaksananya kegiatan perbendaharaan dan mobilisasi dana sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- b. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana yang selalu di mutakhirkan;
- c. tersosialisasi dan terimplementasinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- d. dokumen rekapitulasi data dan analisis masalah sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- e. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi di sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- f. terbangunnya budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai ramah, peduli, profesional, rendah hati dan integritas pada staf sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- g. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- h. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) staf sub Bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- i. tercapainya indikator BLUD terkait sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- j. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- k. dokumen rekapitulasi pendapatan dan pengeluaran rumah sakit pertriwulan;
- l. terlaksananya sistem remunerasi dengan melibatkan seluruh profesi;

- m. terlaksananya pembayaran utang tepat waktu;
- n. terlaksananya pengelolaan piutang sesuai dengan target;
- o. optimalnya penerimaan rumah sakit sesuai dengan rekapitulasi potensi pendapatan baik dari kegiatan pelayanan pasien maupun non pelayanan;
- p. penagihan dan pembayaran BPJS tepat waktu;
- q. rekapitulasi tentang waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap (standar kurang dari sama dengan 2 jam);
- r. terlaksananya kolaborasi yang baik dengan sub bagian diklat dan kerjasama dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi kerjasama dalam kaitannya dengan pendapatan rumah sakit;
- s. terlaksananya kolaborasi dengan direktorat pelayanan dalam pelaksanaan kendali biaya dirumah sakit;
- t. pembayaran gaji, remunerasi, TTP dan uang makan tepat waktu;
- u. rekapitulasi waktu pemberian gaji/remunerasi/TTP/ uang makan dll;
- v. pembayaran pihak ketiga/rekanan tepat waktu sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
- w. rekapitulasi pembayaran PPH sesuai peraturan perundang-undangan;
- x. pelayanan kasir yang mengedepankan pelayanan publik yang berkualitas (tidak berbelit-belit, ramah, informatif, jujur dan bertanggungjawab);
- y. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- z. laporan tugas lain yang diberikan oleh atasan kepada Kepala Bagian keuangan.

Paragraf 3 Persyaratan

Pasal 32

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang keuangan akuntansi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana *implementation* dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Bagian Kesembilan
Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi,
Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1
Bagian Akuntansi dan Verifikasi

Pasal 33

Uraian Tugas Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi,
meliputi :

- a. bertanggungjawab melaksanakan kegiatan akuntansi dan verifikasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- b. memimpin penyusunan dan mereview kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian akuntansi dan verifikasi berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab melakukan sosialisasi, implementasi dan monitoring standar akreditasi rumah sakit terkait sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- d. melakukan inventarisasi data/permasalahan terkait akuntansi dan verifikasi serta mengolah menjadi informasi untuk pengambilan keputusan;
- e. memimpin upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- f. memimpin pembangunan budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- g. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- h. bertanggungjawab terhadap penilaian kinerja staf sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- i. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator BLUD terkait sub bagian akuntansi dan verifikasi sesuai target yang telah ditetapkan;
- j. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian akuntansi dan verifikasi sesuai target yang telah ditetapkan;
- k. bertanggungjawab terhadap seluruh kegiatan verifikasi dalam proses;
- l. bertanggungjawab terhadap laporan capaian kinerja keuangan dan kepatuhan pengelolaan keuangan (LKPD);
- m. memimpin *review* dan usulan tarif rumah sakit sesuai dengan tuntutan keadaan;
- n. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- o. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 2
Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 34

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi, meliputi :

- a. terlaksananya kegiatan akuntansi dan verifikasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- b. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian akuntansi dan verifikasi yang selalu di mutakhirkan;
- c. tersosialisasi dan terimplementasinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- d. dokumen rekapitulasi data dan analisis masalah sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- e. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi di sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- f. terbangunnya budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai ramah, peduli, profesional, rendah hati dan integritas pada staf sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- g. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf sub bagian akuntansi dan verifikasi dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- h. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) staf sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- i. tercapainya indikator BLUD terkait sub bagian akuntansi dan verifikasi sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- j. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian akuntansi dan verifikasi sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- k. terlaksananya kegiatan verifikasi semua pembayaran oleh rumah sakit kepada pihak lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan tepat waktu;
- l. dokumen laporan capaian kinerja keuangan dan kepatuhan pengelolaan keuangan sesuai kaidah akuntansi yang berlaku dan tepat waktu;
- m. dokumentasi pelaksanaan *review* tarif rumah sakit;
- n. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- o. laporan tugas lain yang diberikan oleh atasan kepada Kepala Bagian keuangan.

**Paragraf 3
Persyaratan**

Pasal 35

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi, meliputi :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang keuangan akuntansi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana *implementation* dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan.

**Bagian Kesepuluh
Bagian Pengembangan, Ukuran Hasil Kinerja
dan Persyaratan**

**Paragraf 1
Bagian Pengembangan**

Pasal 36

Uraian Tugas Bagian Pengembangan, meliputi :

- a. bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pengembangan rumah sakit yang menjamin mutu melalui implementasi standar akreditasi rumah sakit;
- b. bertanggungjawab dalam penyusunan, monitoring, dan evaluasi (*review*) seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait bagian pengembangan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab turut melakukan pendampingan terhadap standar akreditasi terkait bagian pengembangan (PMKP, KPS, TKP);
- d. berkoordinasi dengan bagian dan bidang lain dalam melakukan *self assessment* secara berkala terkait bagian pengembangan;
- e. menjadikan informasi di bagian pengembangan sebagai bahan pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah;
- f. bertanggungjawab melakukan pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf bagian pengembangan;
- g. bertanggungjawab membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh pegawai rumah sakit;
- h. memimpin monitoring dan evaluasi perkembangan budaya organisasi di rumah sakit;
- i. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian pada bagian pengembangan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada;

- u. inovasi layanan dalam rangka peningkatan pelayanan publik;
- v. terciptanya citra/*image* yang baik bagi rumah sakit;
- w. dokumen *road map* pemasaran rumah sakit;
- x. terwujudnya pertumbuhan layanan rumah sakit sesuai target yang telah ditetapkan;
- y. terciptanya peluang peningkatan pendapatan rumah sakit; dan
- z. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada wakil direktur umum dan keuangan.

Paragraf 3 Persyaratan

Pasal 38

Persyaratan Jabatan Bagian Pengembangan, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang administrasi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun sesuai dengan bidang tugasnya.

Bagian Kesebelas

Sub Bagian Pengembangan Rumah Sakit dan Pemasaran,
Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1

Sub Bagian Pengembangan Rumah Sakit dan Pemasaran

Pasal 39

Uraian Tugas Sub Bagian Pengembangan Rumah Sakit dan Pemasaran, meliputi :

- a. bertanggungjawab melaksanakan kegiatan pengembangan rumah sakit dan pemasaran sesuai dengan visi dan misi rumah sakit;
- b. bertanggungjawab menyusun dan mereview kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab melakukan pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;

- d. bertanggungjawab membangun budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- e. memimpin proses penyusunan buku panduan perilaku sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit;
- f. memimpin pelaksanaan *survey* kepuasan pegawai rumah sakit per semester;
- g. memimpin inventarisasi data dalam rangka membangun strategi pemasaran rumah sakit;
- h. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap staf sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada;
- i. bertanggungjawab terhadap penilaian kinerja individu (IKI) sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- k. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- l. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator BLUD terkait sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- j. memimpin monitoring dan evaluasi kegiatan penelitian di rumah sakit;
- k. memimpin upaya pengembangan rumah sakit dalam bentuk merencanakan produk unggulan pelayanan serta menciptakan inovasi dalam rangka peningkatan pelayanan publik;
- l. memimpin upaya penyediaan peluang peningkatan pendapatan rumah sakit;
- m. mengembangkan citra (*brand image*) rumah sakit dengan melakukan aktifitas pemasaran yang beretika;
- n. memimpin proses penyusunan profil rumah sakit;
- o. bertanggungjawab terhadap pelaporan terkait reformasi birokrasi dan pembangunan zona integritas menuju WBBM; dan
- p. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

Paragraf 2

Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 40

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Pengembangan Rumah Sakit dan Pemasaran, meliputi :

- a. terlaksananya kegiatan pengembangan rumah sakit dan pemasaran sesuai dengan visi dan misi rumah sakit;
- b. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran yang selalu di mutakhirkan;

- c. tersosialisasinya dokumen kebijakan, pedoman dan prosedur terkait sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- d. terimplementasinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- e. dokumen rekapitulasi komplain, *fraud* dan gratifikasi pada sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- f. terbangunnya budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai ramah, peduli, profesional, rendah hati dan integritas pada staf sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- g. buku panduan perilaku sesuai dengan nilai-nilai baru rumah sakit;
- h. dokumen *survey* kepuasan pegawai rumah sakit secara berkala;
- i. dokumen inventarisasi data dalam rangka membangun strategi pemasaran rumah sakit, dokumen rekapitulasi data pelanggan rumah sakit;
- j. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap staf sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- k. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) staf sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- l. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- m. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- n. dokumen monitoring dan evaluasi kegiatan penelitian di rumah sakit;
- o. dokumen usulan pelayanan unggulan rumah sakit;
- p. dokumen usulan inovasi layanan dalam rangka peningkatan pelayanan publik;
- q. terlaksananya aktifitas pembangunan citra (*brand image*) yang baik bagi rumah sakit;
- r. dokumen profil rumah sakit yang mutakhir;
- s. dokumentasi penyusunan dokumen *road map* pemasaran rumah sakit;
- t. terlaksananya kegiatan yang mendorong pertumbuhan layanan rumah sakit serta terciptanya peluang peningkatan pendapatan rumah sakit;
- u. terlaksananya pelaporan terkait reformasi birokrasi dan pembangunan zona integritas menuju WBBM; dan
- v. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada kepala bagian pengembangan.

Paragraf 3
Persyaratan

Pasal 41

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Pengembangan Rumah Sakit dan Pemasaran, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang administrasi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementation dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Bagian Kedua Belas
Sub Bagian Diklat dan Kerjasama,
Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1
Sub Bagian Diklat dan Kerjasama

Pasal 42

Uraian Tugas Sub Bagian Diklat dan Kerjasama, meliputi :

- a. bertanggungjawab terhadap perencanaan, pelaksanaan dan monitoring/evaluasi pendidikan dan pelatihan seluruh pegawai rumah sakit dalam bentuk *hardskill* maupun *softskill* agar memenuhi kualifikasi yang telah ditetapkan dalam pola ketenagaan RSUD A.M. Parikesit;
- b. bertanggungjawab menyusun dan mereview kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian diklat dan kerjasama berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab melakukan sosialisasi, implementasi dan monitoring standar akreditasi rumah sakit terkait sub bagian diklat dan kerjasama;
- d. turut melakukan *self assessment* secara berkala pada standar akreditasi terkait sub bagian diklat dan kerjasama;
- e. melakukan inventarisasi data/permasalahan terkait diklat dan kerjasama serta mengolah menjadi informasi untuk pengambilan keputusan;
- f. bertanggungjawab melakukan pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf sub bagian diklat dan kerjasama ;
- g. bertanggungjawab membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf sub bagian diklat dan kerjasama;

- h. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap staf sub bagian diklat dan kerjasama sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- i. bertanggungjawab terhadap penilaian kinerja staf sub bagian diklat dan kerjasama;
- j. memimpin pencapaian indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian diklat dan kerjasama sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- k. memimpin pencapaian indikator kinerja BLUD terkait sub bagian diklat dan kerjasama sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- l. bertanggungjawab memberikan meningkatkan *product knowledge* rumah sakit (Akreditasi, BLUD, BPJS) kepada seluruh karyawan;
- m. bertanggungjawab menyusun perencanaan dan pendidikan tahunan rumah sakit melalui *Learning Need Assessment* (LNA) dan *Training Need Assessment* (TNA);
- n. bertanggungjawab melaksanakan pendidikan dan pelatihan untuk peningkatan SDM rumah sakit;
- o. memimpin monitoring dan evaluasi kegiatan pendidikan dan pelatihan seluruh unit kerja di rumah sakit;
- p. bertanggungjawab memfasilitasi pembelajaran/*benchmarking/transfer of knowledge* dari pihak luar rumah sakit sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang berlaku;
- q. bertanggungjawab melaksanakan kegiatan orientasi pada karyawan baru;
- r. bertanggungjawab memfasilitasi, memonitoring dan mengevaluasi seluruh kerjasama yang dilakukan rumah sakit dengan pihak lain agar terjalin kemitraan yang menguntungkan bagi kedua belah pihak; dan
- s. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

Paragraf 2

Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 43

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Diklat dan Kerjasama, meliputi :

- a. pemenuhan kualifikasi pendidikan dan pelatihan pegawai tercapai sesuai target yang telah ditetapkan dalam pola ketenagaan serta *road map* pemenuhan dan pengembangan SDM ;
- b. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian diklat dan kerjasama yang selalu di mutakhir kan;

- c. tersosialisasinya dokumen kebijakan, pedoman dan prosedur terkait sub bagian diklat dan kerjasama;
- d. terimplementasinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian diklat dan kerjasama;
- e. dapat mempertahankan capaian nilai standar akreditasi KPS dan TKP terkait sub bagian diklat dan kerjasama;
- f. dokumen rekapitulasi data dan analisis masalah di sub bagian diklat dan kerjasama;
- g. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi di sub bagian diklat dan kerjasama;
- h. terbangunnya budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai ramah peduli profesional rendah hati dan integritas pada seluruh staf sub bagian diklat dan kerjasama;
- i. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap staf sub bagian diklat dan kerjasama sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- j. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) staf sub bagian diklat dan kerjasama setiap bulan;
- k. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit terkait sub bagian diklat dan kerjasama sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- l. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait sub bagian diklat dan kerjasama sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- m. dokumentasi proses penyusunan dokumen perencanaan pendidikan dan pelatihan (*hardskill/softskill/product knowledge*) rumah sakit per tahun;
- n. dokumentasi proses penyusunan LNA dan TNA;
- o. sertifikat pendidikan dan pelatihan seluruh karyawan rumah sakit;
- p. rekapitulasi data jam pelatihan karyawan (JPK);
- q. dokumen monitoring dan evaluasi pendidikan dan pelatihan;
- r. dokumen rekapitulasi kegiatan;
- s. pembelajaran / *benchmarking/transfer of knowledge*;
- t. rekapitulasi permintaan remunerasi bagi pemberi materi dalam rangka pembelajaran/*benchmarking/transfer of knowledge* sesuai dengan kebijakan yang ada setiap bulan;
- u. dokumentasi kegiatan orientasi karyawan baru;
- v. dokumen MoU yang mutakhir; dan
- w. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada kepala bagian pengembangan.

Paragraf 3
Persyaratan

Pasal 44

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Diklit dan Kerjasama sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang administrasi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementation dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Bagian Ketiga Belas
Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan,
Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1
Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan

Pasal 45

Uraian Tugas Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan, meliputi :

- a. bertanggungjawab terhadap pelaksanaan kegiatan evaluasi dan pelaporan sesuai peraturan perundang-undangan dan standar akreditasi di rumah sakit;
- b. bertanggungjawab menyusun dan mereview kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian evaluasi dan pelaporan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab melakukan sosialisasi, implementasi dan monitoring standar akreditasi rumah sakit terkait sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- d. turut melakukan *self assessment* secara berkala pada standar akreditasi terkait sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- e. melakukan inventarisasi data/permasalahan terkait evaluasi dan pelaporan serta mengolah menjadi informasi untuk pengambilan keputusan;
- f. memimpin upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- g. memimpin pembangunan budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- h. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf sub bagian evaluasi dan pelaporan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;

- i. bertanggungjawab terhadap penilaian kinerja individu (IKI) staf sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- j. memimpin pencapaian dan indikator mutu unit terkait sub bagian evaluasi dan pelaporan sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- k. memimpin pencapaian indikator kinerja BLUD/ indikator mutu kunci rumah sakit terkait sub bagian evaluasi dan pelaporan sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- l. memimpin proses penyusunan dokumen laporan kinerja rumah sakit (LKJiP, LPPD, Laporan Kinerja, Perjanjian Kinerja);
- m. memimpin proses pengumpulan, validasi dan analisis data terkait pencapaian indikator mutu unit/SPM diseluruh rumah sakit;
- n. berperan aktif dalam evaluasi capaian indikator mutu kunci rumah sakit bersama komite PMKP;
- o. memimpin proses evaluasi terhadap *tren* pembiayaan operasional rumah sakit;
- p. memimpin kegiatan rekonsiliasi pengadaan barang jasa, modal dirumah sakit;
- q. bertanggungjawab melakukan monitoring dan evaluasi terhadap Unit Pengendalian Gratifikasi (UPG) dan *Whistle Blower System* (WBS) di rumah sakit per semester;
- r. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
- s. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

Paragraf 2
Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 46

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan, meliputi :

- a. terlaksananya kegiatan evaluasi dan pelaporan sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan standar akreditasi rumah sakit;
- b. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian evaluasi dan pelaporan yang di mutakhirkan;
- c. terimplementasi dan tersosialisasinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- d. dapat mempertahankan capaian nilai standar akreditasi PMKP terkait sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- e. dokumen rekapitulasi data dan analisis masalah evaluasi dan pelaporan;

- f. rekapitulasi *komplain/fraud/gratifikasi* terkait sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- g. terbangunnya budaya organisasi yang sesuai dengan nilai-nilai ramah, peduli, profesional, rendah hati dan integritas pada staf sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- h. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap staf sub bagian evaluasi dan pelaporan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- i. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) staf sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- j. tercapainya indikator BLUD dan indikator mutu kunci rumah sakit terkait sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- k. dokumentasi proses penyusunan laporan kinerja rumah sakit (LKJiP, LPPD, Laporan Kinerja, Perjanjian Kinerja);
- l. dokumen capaian mutu unit/SPM diseluruh rumah sakit;
- m. terlaksananya koordinasi yang baik dengan komite PMKP capaian indikator mutu kunci rumah sakit;
- n. dokumen evaluasi *tren* pembiayaan operasional rumah sakit per 3 (tiga) bulan;
- o. dokumentasi kegiatan rekonsiliasi pengadaan barang jasa, modal dirumah sakit dan penyusunan RTP;
- p. laporan monitoring dan evaluasi terhadap Unit Pengendalian Gratifikasi (UPG) dan *Whistle Blower System* (WBS) di rumah sakit per semester; dan
- q. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

Paragraf 3 Persyaratan

Pasal 47

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang administrasi atau kesehatan;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementation dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Bagian Keempat Belas
Wakil Direktur Pelayanan,
Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1
Wakil Direktur Pelayanan

Pasal 48

- a. bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna yang menjamin standar mutu melalui akreditasi rumah sakit;
- b. memimpin terselenggaranya tata kelola klinik yang baik (*good clinical governance*);
- c. bertanggungjawab dalam penyusunan, implementasi, monitoring, dan evaluasi seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur pada direktorat pelayanan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- d. memimpin pengambilan keputusan pada direktorat pelayanan melalui pengelolaan informasi dari bidang;
- e. bertanggungjawab membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada direktorat pelayanan;
- f. bertanggungjawab mendorong penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya, dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud*/gratifikasi sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- g. bertanggungjawab menyusun perencanaan pada direktorat pelayanan dengan memperhatikan pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien serta mengusulkan pengembangan pelayanan rumah sakit;
- h. bertanggungjawab mendorong penyusunan, memimpin monitoring serta evaluasi terhadap pelaksanaan pedoman pengorganisasian, pedoman pelayanan, dan program kerja unit/instalasi pada direktorat pelayanan;
- i. memfasilitasi komite medik/komite keperawatan/komite tenaga kesehatan lain dalam penyusunan dan monitoring evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) dan *Clinical Pathway (CP)*;
- j. bertanggungjawab memimpin penilaian kinerja staf medis melalui *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*), staf keperawatan serta tenaga kesehatan lainnya;
- k. bertanggungjawab memimpin pembinaan terhadap pegawai yang berada dibawah direktorat pelayanan;
- l. bertanggungjawab dalam pencapaian indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan;

- m. menyusun indikator *dashboard* untuk penilaian keberhasilan pada setiap unit/instalasi pada direktorat pelayanan;
- n. berkoordinasi dengan wakil direktur umum dan keuangan dalam penyusunan, implementasi dan evaluasi *medical staff By laws* (MSBL), *Nursing staf By Laws* (NSBL);
- o. bertanggungjawab dalam pelaksanaan kerjasama operasional (KSO) peralatan bersama wakil direktur umum dan keuangan;
- p. bersama wakil direktur umum dan keuangan bertanggungjawab melakukan pembinaan *Manager on Duty/Assistant Manager on Duty* terkait masalah pada direktorat pelayanan;
- q. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- r. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 2
Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 49

Ukuran Hasil Kinerja Wakil Direktur Pelayanan, meliputi :

- a. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur termutakhir pada direktorat pelayanan sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- b. terlaksananya implementasi standar akreditasi rumah sakit sesuai kebijakan, pedoman, dan prosedur pada direktorat pelayanan;
- c. dokumen *self assessment* AP, APK, PP, MKI, PAB, HPK, PPK, SKP, MDGs, PPI, MPO setiap 3 (tiga) bulan;
- d. dapat mempertahankan nilai capaian standar akreditasi AP, APK, PP, MKI, PAB, HPK, PPK, SKP, MDGs dan PPI lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);
- e. terlaksananya koordinasi dengan wakil direktur umum dan keuangan dalam mempertahankan nilai capaian standar akreditasi MPO dan MFK lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);
- f. terselesaikannya masalah pada direktorat pelayanan berdasarkan informasi dari bidang dan peraturan perundang-undangan;
- g. seluruh staf pada direktorat pelayanan memberikan pelayanan sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit yaitu : ramah, peduli, profesional, rendah hati, dan integritas; rekapitulasi komplain sikap pelayanan;
- h. dokumen usulan perencanaan rumah sakit dan *review* pada direktorat pelayanan sebagai bahan masukan penyusunan (Renstra/RSB/RBA/Renja);

- i. dokumen pedoman pengorganisasian, pedoman pelayanan, dan program kerja unit/instalasi pada direktorat pelayanan;
- j. dokumen monitoring/evaluasi/*review* dari pedoman pengorganisasian, pedoman pelayanan, dan program kerja unit/instalasi pada direktorat pelayanan;
- k. dokumen *review* kepatuhan staf klinis (medis/keperawatan/tenaga kesehatan lain) terhadap MSBL dan NSBL setiap 6 (enam) bulan;
- l. dokumen Panduan Praktek Klinik (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP) sedikitnya 5 (lima) jenis penyakit pertahun;
- m. dokumen *review* kepatuhan staf pada direktorat pelayanan terhadap PPK dan CP setiap 3 (tiga) bulan;
- n. terwujudnya pelayanan kesehatan tanpa *fraud* dan gratifikasi pada direktorat pelayanan;
- l. terlaksananya pembinaan kepegawaian terhadap pegawai yang berada dibawah direktorat pelayanan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang berada di rumah sakit;
- m. dokumen penilaian kinerja unit/instalasi /KSM/panitia/bidang (IKU) pada direktorat pelayanan;
- n. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) terhadap kepala bidang/instalasi/KSM/panitia dibawah direktorat pelayanan;
- o. dokumen penilaian kinerja staf medis dalam bentuk *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*), staf keperawatan serta tenaga kesehatan lainnya;
- p. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit serta indikator mutu unit/instalasi terkait direktorat pelayanan sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- q. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan sesuai target Renstra rumah sakit;
- r. indikator *dashboard* untuk penilaian keberhasilan pada setiap unit/instalasi pada direktorat pelayanan;
- s. dokumen *medical staff by laws* (MSBL), *Nursing staff By Laws* (NSBL);
- t. terlaksananya kerjasama operasional yang efektif dan efisien sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- u. terlaksananya pembinaan *Manager on Duty/Assistant Manager on Duty* terkait masalah pada direktorat pelayanan
- v. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada direktur persemester; dan
- w. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 3
Persyaratan

Pasal 50

Persyaratan Wakil Direktur Pelayanan, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan tenaga medis dengan pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) Bidang Kesehatan, jika rumah sakit menyelenggarakan pendidikan, maka direktur pelayanan medik, penunjang dan keperawatan harus berpendidikan dokter spesialis atau dokter dengan pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) bidang kesehatan;
- b. telah mengikuti pelatihan perumahsakitannya yang meliputi : kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategi, rencana implementasi dan rencana tahunan, tata kelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem remunerasi rumah sakit, dan pengelolaan sumber daya manusia;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun di bidang pelayanan medik/kesehatan.

Bagian Kelima-Belas
Bidang Pelayanan Medis,
Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1
Bidang Pelayanan Medis

Pasal 51

Uraian Tugas Bidang Pelayanan Medis, meliputi :

- a. bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan medis yang menjamin mutu melalui implementasi standar akreditasi rumah sakit;
- b. bertanggungjawab dalam penyusunan, monitoring, dan evaluasi (*review*) seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait medis berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab membina standar akreditasi terkait medis (PP, PAB, APK, AP, MKI);
- d. berkoordinasi dengan bidang/bagian lain dalam melakukan *self assessment* secara berkala pada standar akreditasi terkait medis;
- e. menjadikan informasi di bidang medis sebagai bahan pengambilan keputusan dalam penyelesaian masalah;

- f. memberikan masukan kepada wakil direktur pelayanan terkait pemenuhan standar (input, proses dan *output/outcome*) dari bidang pelayanan medis untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien serta mengusulkan pengembangan pelayanan rumah sakit;
- g. bertanggungjawab membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf medis;
- h. bertanggungjawab melakukan pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf medis;
- i. bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan medis yang menjamin kendali mutu dan kendali biaya;
- j. bertanggungjawab terhadap kontinuitas pelayanan medis melalui koordinasi dengan instalasi pelayanan (IRD, IRJA-MCU, IRNA, IRIN, IBS, Rekam Medis);
- k. turut memfasilitasi penyusunan dan monitoring evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP);
- l. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf medis sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- m. memberikan masukan kepada wakil direktur pelayanan mengenai penilaian kinerja staf medis (*Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*), melakukan penilaian kinerja unit (IKU) pada seksi serta penilaian kinerja individu (IKI) seluruh staf non klinis dibawahnya;
- n. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi terkait medis;
- o. bertanggungjawab dalam tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui bidang pelayanan medis sesuai target yang telah ditetapkan;
- p. memberikan masukan kepada wakil direktur pelayanan dalam implementasi dan evaluasi *medical staff by laws* (MSBL);
- q. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- r. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 2 Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 52

Ukuran Hasil Kinerja Bidang Pelayanan Medis, meliputi :

- a. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait medis yang selalu di mutakhirkan;
- b. dokumen *self assessment* standar akreditasi terkait medis setiap 3 (tiga) bulan;

- c. dapat mempertahankan nilai capaian standar akreditasi terkait medis (AP, APK, PP, PAB, dan MKI) lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);
- d. dokumen pelaporan analisis data dan masalah medis kepada wakil direktur pelayanan secara berkala menggunakan siklus PDSA;
- e. seluruh staf pada bidang pelayanan medis memberikan pelayanan sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit yaitu : ramah, peduli, profesional, rendah hati, dan integritas; rekapitulasi komplain sikap pelayanan;
- f. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi terkait staf medis setiap bulan;
- g. optimalnya aktifitas pengendalian mutu dan biaya pelayanan dengan *Clinical Case Manager* (CCM);
- h. dokumen *review* kepatuhan staf medis terhadap PPK dan CP setiap 3 (tiga) bulan;
- i. terpenuhinya kontinuitas pelayanan medis melalui optimalisasi tugas dan fungsi DPJP, dokter ruangan, dokter jaga UGD/ruangan;
- j. jadwal jaga staf medis (dokter umum/dokter gigi/dokter spesialis)/surat pendelegasian antar staf medis setiap bulan;
- k. terselenggaranya monitoring dan evaluasi terhadap kontinuitas pelayanan medis melalui rapat rutin tentang pelayanan pasien pada setiap instalasi pelayanan (IRJA-MCU, IRNA, IRIN, IBS, IRD, Rekam Medik);
- l. dokumen rekapitulasi notulen rapat rutin instalasi terkait pelayanan pasien setiap minggu;
- m. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf medis sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- n. dokumen penilaian kinerja unit (IKU) Kelompok Staf Medis (KSM) setiap bulan;
- o. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) *Clinical Case Manager* (CCM) dan seluruh staf medis setiap bulan;
- p. dokumen penilaian kinerja staf medis dalam bentuk *Focused Professional Practice Evaluation*/(FPPE);
- q. dokumen review kepatuhan staf medis terhadap MSBL setiap 3 (tiga) bulan;
- r. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi yang melibatkan staf medis sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- s. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui bidang pelayanan medis sesuai target yang telah ditetapkan;
- t. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada wakil direktur pelayanan; dan
- u. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh wakil direktur pelayanan.

Paragraf 3
Persyaratan

Pasal 53

Persyaratan Jabatan Bidang Pelayanan Medis, sebagai berikut:

- a. berlatar belakang pendidikan tenaga medis dengan pendidikan minimal Sarjana Strata 1 (satu) bidang kesehatan;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai dan sistem remunerasi;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun di bidang pelayanan medik/kesehatan.

Bagian Keenam Belas
Seksi Pelayanan Medis Rawat Inap,
Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1
Seksi Pelayanan Medis Rawat Inap

Pasal 54

Uraian Tugas Seksi Pelayanan Medis Rawat Inap, meliputi :

- a. memimpin penyelenggaraan pelayanan medis rawat inap (IRNA, IRIN) yang menjamin mutu melalui implementasi standar akreditasi rumah sakit;
- b. memimpin penyusunan, monitoring, dan evaluasi (*review*) seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait pelayanan medis di rawat inap dan rawat intensif berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. melakukan pembinaan dalam implementasi standar akreditasi terkait pelayanan medis di rawat inap dan rawat intensif (PP, PAB, APK, AP, MKI);
- d. berkoordinasi dengan bidang/bagian lain dalam melakukan *self assessment* secara berkala pada standar akreditasi terkait pelayanan medis di rawat inap dan rawat intensif;
- e. melakukan inventarisasi data/permasalahan terkait pelayanan medis di rawat inap dan rawat intensif serta mengolah menjadi informasi untuk pengambilan keputusan;
- f. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf medis di rawat inap dan rawat intensif;

- g. melakukan pencegahan fraud serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf medis rawat inap dan rawat intensif;
- h. memimpin penyelenggaraan pelayanan medis yang menjamin kendali mutu dan kendali biaya di rawat inap dan rawat intensif;
- i. bertanggungjawab terhadap kontinuitas pelayanan medis di rawat inap dan rawat intensif melalui koordinasi dengan instalasi (IRNA, IRIN);
- j. turut memfasilitasi penyusunan dan monitoring evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) dan *Clinical Pathway (CP)* di rawat inap dan rawat intensif;
- k. membantu kepala bidang pelayanan medis dalam pembinaan kepegawaian terhadap staf medis sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- l. memberikan masukan kepada kepala bidang pelayanan medis mengenai penilaian kinerja staf medis (*Focused Professional Practice Evaluation*), serta penilaian kinerja individu (IKI) *Clinical Case Manager (CCM)* dan melakukan penilaian kinerja seluruh staf non klinis dibawahnya;
- m. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi terkait medis pada rawat inap dan rawat intensif;
- n. bertanggungjawab dalam tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui bidang pelayanan medis di rawat inap dan rawat intensif sesuai target yang telah ditetapkan;
- o. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- p. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 2 Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 55

Ukuran Hasil Kinerja Bidang Pelayanan Medis Rawat Inap, meliputi :

- a. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait medis di rawat inap dan rawat intensif yang selalu di mutakhirkan ;
- b. dokumen *self assessment* standar akreditasi terkait medis di rawat inap dan rawat intensif setiap 3 (tiga) bulan;
- c. dapat mempertahankan nilai capaian standar akreditasi terkait medis di rawat inap dan rawat intensif (AP, APK, PP, PAB, dan MKI) lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);
- d. dokumen hasil analisis data dan permasalahan pelayanan medis dirawat inap dan rawat intensif;

- e. seluruh staf pada bidang pelayanan medis di rawat inap dan rawat intensif memberikan pelayanan sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit yaitu : ramah, peduli, profesional, rendah hati, dan integritas rekapitulasi komplain sikap pelayanan;
- f. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi terkait staf medis di rawat inap dan rawat intensif setiap 3 (tiga) bulan;
- g. optimalnya aktifitas pengendalian mutu dan biaya pelayanan dengan *Clinical Case Manager* (CCM) di rawat inap dan rawat intensif;
- h. dokumen *review* kepatuhan staf medis terhadap PPK dan CP di rawat inap dan rawat intensif setiap 3 (tiga) bulan;
- i. terpenuhinya kontinuitas pelayanan medis melalui optimalisasi tugas dan fungsi DPJP, dokter ruangan, dokter jaga ruangan di rawat inap dan rawat intensif;
- j. jadwal jaga staf medis (dokter umum/dokter gigi/dokter spesialis) / surat pendelegasian antar staf medis di rawat inap dan rawat intensif setiap bulan;
- k. terselenggaranya monitoring dan evaluasi terhadap kontinuitas pelayanan medis melalui rapat rutin tentang pelayanan pasien pada setiap instalasi (IRNA, IRIN);
- l. dokumen rekapitulasi notulen rapat rutin instalasi di IRNA dan IRIN setiap minggu;
- m. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi yang melibatkan staf medis di rawat inap dan rawat intensif sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- n. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui bidang pelayanan medis di rawat inap dan rawat intensif sesuai target yang telah ditetapkan;
- o. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada wakil direktur pelayanan; dan
- p. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh wakil direktur pelayanan.

Paragraf 3 Persyaratan

Pasal 56

Persyaratan Jabatan Seksi Pelayanan Medis Rawat Inap, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang dokter dengan minimal pendidikan strata satu;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana Implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Bagian Ketujuh Belas
Seksi Pelayanan Medis Non Rawat Inap,
Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1
Seksi Pelayanan Medis Non Rawat Inap

Pasal 57

Uraian Tugas Seksi Pelayanan Medis Non Rawat Inap, meliputi :

- a. memimpin penyelenggaraan pelayanan medis non rawat inap (IRD, IRJA-MCU, IBS, Rekam dan Medis) yang menjamin mutu melalui implementasi standar akreditasi rumah sakit;
- b. memimpin penyusunan, monitoring, dan evaluasi (*review*) seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait pelayanan medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. melakukan pembinaan dalam implementasi standar akreditasi terkait pelayanan medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis (PP, PAB, APK, AP, MKI);
- d. berkoordinasi dengan bidang/bagian lain dalam melakukan *self assessment* secara berkala pada standar akreditasi terkait pelayanan medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis;
- e. melakukan inventarisasi data/permasalahan terkait pelayanan medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis serta mengolah menjadi informasi untuk pengambilan keputusan;
- f. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis;
- g. melakukan pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis;
- h. memimpin penyelenggaraan pelayanan medis yang menjamin kendali mutu dan kendali biaya di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis;
- i. bertanggungjawab terhadap kontinuitas pelayanan medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis melalui koordinasi dengan instalasi IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis;
- j. turut memfasilitasi penyusunan dan monitoring evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP) di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis;
- k. membantu kepala bidang pelayanan medis dalam pembinaan kepegawaian terhadap staf medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;

- l. memberikan masukan kepada kepala bidang pelayanan medis mengenai penilaian kinerja staf medis (*Focused Professional Practice Evaluation*), dan melakukan penilaian kinerja seluruh staf non klinis dibawahnya;
- m. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi terkait medis pada IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis;
- n. bertanggungjawab dalam tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui bidang pelayanan medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis sesuai target yang telah ditetapkan;
- o. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- p. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 2
Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 59

Ukuran Hasil Kinerja Bidang Pelayanan Medis Non Rawat Inap, meliputi :

- a. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis yang selalu di mutakhirkan ;
- b. dokumen *self assessment* standar akreditasi terkait medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis setiap 3 (tiga) bulan;
- c. dapat mempertahankan nilai capaian standar akreditasi terkait medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis (AP, APK, PP, PAB, dan MKI) lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);
- d. dokumen hasil analisis data dan permasalahan di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis;
- e. seluruh staf pada bidang pelayanan medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis memberikan pelayanan sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit yaitu : ramah, peduli, profesional, rendah hati, dan integritas; rekapitulasi komplain sikap pelayanan;
- f. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi terkait staf medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis setiap 3 (tiga) bulan;
- g. optimalnya aktifitas pengendalian mutu dan biaya pelayanan di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis;
- h. dokumen *review* kepatuhan staf medis terhadap PPK di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis setiap 3 (tiga) bulan;
- i. terpenuhinya kontinuitas pelayanan medis melalui optimalisasi tugas dan fungsi DPJP di IRJA-MCU, IBS, dokter jaga di UGD dan Rekam Medis;

- j. jadwal jaga staf medis (dokter umum/dokter gigi/dokter spesialis)/surat pendelegasian antar staf medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis setiap bulan;
- k. terselenggaranya monitoring dan evaluasi terhadap kontinuitas pelayanan medis melalui rapat rutin tentang pelayanan pasien pada setiap IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis;
- l. dokumen rekapitulasi notulen rapat rutin di IRD, IRJA-MCU, IBS, Rekam Medis setiap minggu;
- m. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi yang melibatkan staf medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- n. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui bidang pelayanan medis di IRD, IRJA-MCU, IBS, dan Rekam Medis sesuai target yang telah ditetapkan;
- o. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada wakil direktur pelayanan; dan
- p. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh wakil direktur pelayanan.

Bagian Kedelapan Belas
Bidang Keperawatan, Ukuran Hasil Kinerja
Dan Persyaratan

Paragraf 3
Persyaratan

Pasal 60

Uraian Tugas Bidang Keperawatan, meliputi :

- a. bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan keperawatan yang menjamin mutu melalui implementasi standar akreditasi rumah sakit;
- b. bertanggungjawab dalam penyusunan, monitoring, dan evaluasi (*review*) seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab membina standar akreditasi terkait keperawatan (HPK, SKP, MDGs, PPK, DAN PPI);
- d. berkoordinasi dengan bidang/bagian lain dalam melakukan *self assessment* secara berkala pada standar akreditasi terkait keperawatan;
- e. menjadikan informasi di bidang keperawatan sebagai bahan pengambilan keputusan dalam penyelesaian masalah;
- f. memberikan masukan kepada wakil direktur pelayanan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari bidang keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu

- dan keselamatan pasien serta mengusulkan pengembangan pelayanan rumah sakit;
- g. bertanggungjawab membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf keperawatan;
 - h. bertanggungjawab melakukan pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf keperawatan;
 - i. bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan yang menjamin kendali mutu dan kendali biaya;
 - j. bertanggungjawab terhadap kontinuitas pelayanan keperawatan melalui koordinasi dengan instalasi pelayanan (IRD, IRJA-MCU, IRNA, IRIN, IBS, Rekam Medis);
 - k. turut memfasilitasi penyusunan dan monitoring evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP);
 - l. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf keperawatan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
 - m. bertanggungjawab melakukan penilaian kinerja individu (IKI) staf keperawatan serta penilaian kinerja unit (IKU) pada seksi dibawahnya;
 - n. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi terkait keperawatan;
 - o. bertanggungjawab dalam tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui bidang pelayanan keperawatan sesuai target yang telah ditetapkan;
 - p. memberikan masukan kepada wakil direktur pelayanan dalam implementasi dan evaluasi *Nursing Staff By Laws* (NSBL);
 - q. bertanggungjawab dalam penyelenggaraan Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP);
 - r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
 - s. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 2
Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 61

Ukuran Hasil Kinerja Bidang Keperawatan adalah, meliputi :

- a. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait keperawatan yang selalu di mutakhirkan;
- b. dokumen *self assessment* standar akreditasi terkait keperawatan setiap 3 (tiga) bulan;
- c. dapat mempertahankan nilai capaian standar akreditasi terkait keperawatan (HPK, SKP, MDGs, PPK, DAN PPI) lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);

- d. dokumen pelaporan analisis data dan masalah medis kepada wakil direktur pelayanan secara berkala menggunakan siklus PDSA;
- e. seluruh staf pada bidang keperawatan memberikan pelayanan sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit yaitu: ramah, peduli, profesional, rendah hati, dan integritas;
- f. rekapitulasi *komplain/fraud/gratifikasi* terkait staf keperawatan setiap bulan;
- g. dokumen *review* kepatuhan staf keperawatan terhadap CP setiap 3 (tiga) bulan;
- h. terpenuhinya kontinuitas pelayanan keperawatan melalui optimalisasi tugas dan fungsi Ketua tim/*Pj Shift*/Perawat Pelaksana;
- i. jadwal jaga perawat (Ketua tim/*Pj Shift*/Perawat Pelaksana) setiap bulan;
- j. terselenggaranya monitoring dan evaluasi terhadap kontinuitas pelayanan keperawatan melalui rapat rutin tentang pelayanan pasien pada setiap instalasi pelayanan (IRJA-MCU, IRNA, IRIN, IBS, IRD, Rekam Medik);
- k. dokumen rekapitulasi notulen rapat rutin instalasi terkait pelayanan pasien setiap minggu;
- l. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf bidan keperawatan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- m. dokumen penilaian kinerja unit (IKU) seksi dibawah bidang keperawatan setiap bulan;
- n. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) staf keperawatan setiap bulan;
- o. dokumen *review* kepatuhan staf bidang keperawatan terhadap NSBL setiap 3 (tiga) bulan;
- p. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi yang melibatkan staf bidang keperawatan sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- q. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui bidang pelayanan keperawatan sesuai target yang telah ditetapkan;
- r. terselenggaranya Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) yang efektif dan efisien;
- s. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada wakil direktur pelayanan; dan
- t. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh wakil direktur pelayanan.

Paragraf 3
Persyaratan

Pasal 62

Persyaratan Jabatan Bidang Keperawatan, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan *NERS* dengan pendidikan minimal sarjana strata 1 (satu) keperawatan;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai dan sistem remunerasi;
- c. pelatihan sebagai mana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun di bidang keperawatan/kesehatan.

Bagian Kesembilan Belas
Seksi Keperawatan Rawat Inap,
Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1
Seksi Keperawatan Rawat Inap

Pasal 63

Uraian Tugas Seksi Keperawatan Rawat Inap, meliputi :

- a. bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan keperawatan rawat inap dan rawat intensif yang menjamin mutu melalui implementasi standar akreditasi rumah sakit;
- b. bertanggungjawab dalam penyusunan, monitoring, dan evaluasi (*review*) seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait pelayanan keperawatan di rawat inap dan rawat intensif berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab membina standar akreditasi terkait keperawatan di rawat inap dan rawat intensif (HPK, SKP, MDGs, PPK, DAN PPI);
- d. berkoordinasi dengan bidang/bagian lain dalam melakukan *self assessment* secara berkala pada standar akreditasi terkait keperawatan rawat inap dan rawat intensif;
- e. menjadikan informasi pelayanan keperawatan rawat inap dan rawat intensif sebagai bahan pengambilan keputusan dalam penyelesaian masalah;
- f. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf keperawatan rawat inap dan rawat intensif;

- g. melakukan pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf keperawatan rawat inap dan rawat intensif;
- h. memimpin penyelenggaraan pelayanan keperawatan yang menjamin kendali mutu dan kendali biaya dirawat inap;
- i. bertanggungjawab terhadap kontinuitas pelayanan keperawatan rawat inap dan rawat intensif melalui koordinasi dengan instalasi pelayanan (IRNA, IRIN);
- j. turut memfasilitasi penyusunan dan monitoring evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP) terkait keperawatan dirawat inap dan rawat intensif;
- k. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf keperawatan rawat inap dan rawat intensif sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- l. bertanggungjawab melakukan penilaian kinerja individu (IKI) staf keperawatan rawat inap dan rawat intensif;
- m. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi terkait keperawatan rawat inap dan rawat intensif;
- n. bertanggungjawab dalam tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui bidang pelayanan keperawatan rawat inap dan rawat intensif sesuai target yang telah ditetapkan;
- o. memimpin, memonitoring dan mengevaluasi penyelenggaraan Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) rawat inap dan rawat intensif;
- p. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- q. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 64

Ukuran Hasil Kinerja Seksi Keperawatan Rawat Inap, meliputi :

- a. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait keperawatan di rawat inap dan rawat intensif yang selalu di mutakhirkan;
- b. dokumen *self assessment* standar akreditasi terkait keperawatan di rawat inap dan rawat intensif setiap 3 (tiga) bulan;
- c. dapat mempertahankan nilai capaian standar akreditasi terkait keperawatan di rawat inap dan rawat intensif (HPK, SKP, MDGs, PPK, DAN PPI) lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);
- d. dokumen pelaporan analisis data dan masalah pelayanan keperawatan di rawat inap dan rawat intensif;

- e. seluruh staf keperawatan di rawat inap dan rawat intensif memberikan pelayanan sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit yaitu : ramah, peduli, profesional, rendah hati, dan integritas;
- f. rekapitulasi komplain sikap pelayanan di rawat inap dan rawat intensif;
- g. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi terkait staf keperawatan di rawat inap dan rawat intensif setiap bulan;
- h. dokumen *review* kepatuhan staf keperawatan terhadap CP di rawat inap dan rawat intensif setiap 3 (tiga) bulan;
- i. terpenuhinya kontinuitas pelayanan keperawatan di rawat inap dan rawat intensif melalui optimalisasi tugas dan fungsi Ketua tim/*Pj Shift*/Perawat Pelaksana;
- j. jadwal jaga perawat di rawat inap dan rawat intensif (Ketua tim/*Pj Shift*/Perawat Pelaksana) setiap bulan;
- k. terselenggaranya monitoring dan evaluasi terhadap kontinuitas pelayanan keperawatan di rawat inap dan rawat intensif melalui rapat rutin tentang pelayanan pasien pada setiap instalasi pelayanan (IRNA, IRIN);
- l. dokumen rekapitulasi notulen rapat rutin instalasi terkait pelayanan keperawatan pasien di rawat inap dan rawat intensif setiap minggu;
- m. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf keperawatan rawat inap dan rawat intensif sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- n. dokumen penilaian kinerja staf keperawatan seksi keperawatan rawat inap setiap bulan;
- o. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi yang melibatkan staf keperawatan rawat inap dan rawat intensif sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- p. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui seksi keperawatan rawat inap sesuai target yang telah ditetapkan;
- q. terselenggaranya Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) yang efektif dan efisien di rawat inap dan rawat intensif;
- r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada Kepala bidang keperawatan; dan
- s. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh kepala bidang keperawatan.

Pasal 65

Persyaratan Jabatan Seksi Keperawatan Rawat Inap, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang perawat dengan minimal pendidikan strata satu atau *ners*;

- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Bagian Kedua Puluh
Seksi Keperawatan Non Rawat Inap,
Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1
Seksi Keperawatan Non Rawat Inap

Pasal 66

Uraian Tugas Seksi Keperawatan Non Rawat Inap, meliputi :

- a. bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan keperawatan non rawat inap (IRD, IRJA-MCU, IBS) yang menjamin mutu melalui implementasi standar akreditasi rumah sakit;
- b. bertanggungjawab dalam penyusunan, monitoring, dan evaluasi (*review*) seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait pelayanan keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab membina standar akreditasi terkait keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS (HPK, SKP, MDGs, PPK, DAN PPI);
- d. berkoordinasi dengan bidang/bagian lain dalam melakukan *self assessment* secara berkala pada standar akreditasi terkait pelayanan keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS;
- e. menjadikan informasi pelayanan keperawatan di IRD, IRJA-MCU, dan IBS sebagai bahan pengambilan keputusan dalam penyelesaian masalah;
- f. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh Staf Keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS;
- g. melakukan pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS;
- h. memimpin penyelenggaraan pelayanan keperawatan yang menjamin kendali mutu dan kendali biaya di IRD, IRJA-MCU dan IBS;
- i. bertanggungjawab terhadap kontinuitas pelayanan keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS melalui koordinasi dengan instalasi pelayanan non rawat inap;

- j. turut memfasilitasi penyusunan dan monitoring evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP) terkait keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS;
- k. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- l. bertanggungjawab melakukan penilaian kinerja individu (IKI) staf keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS;
- m. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi terkait pelayanan keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS;
- n. bertanggungjawab dalam tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui bidang keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS sesuai target yang telah ditetapkan;
- o. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- p. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 2 Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 67

Ukuran Hasil Kinerja Seksi Keperawatan Non Rawat Inap, meliputi :

- a. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait keperawatan di IRD, IRJA-MCU, dan IBS yang selalu di mutakhirkan ;
- b. dokumen *self assessment* standar akreditasi terkait keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS setiap 3 (tiga) bulan;
- c. dapat mempertahankan nilai capaian standar akreditasi terkait keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS (HPK, SKP, MDGs, PPK, DAN PPI) lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);
- d. dokumen pelaporan analisis data dan masalah pelayanan keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS;
- e. seluruh staf keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS memberikan pelayanan sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit yaitu : ramah, peduli, profesional, rendah hati, dan integritas;
- f. rekapitulasi komplain sikap pelayanan di IRD, IRJA-MCU dan IBS;
- g. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi terkait staf keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS setiap bulan;
- h. dokumen *review* kepatuhan staf keperawatan terhadap CP di IRD, IRJA-MCU dan IBS setiap 3 (tiga) bulan;

- i. terpenuhinya kontinuitas pelayanan keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS melalui optimalisasi tugas dan fungsi;
- j. jadwal jaga perawat di IRD, IRJA-MCU dan IBS setiap bulan;
- k. terselenggaranya monitoring dan evaluasi terhadap kontinuitas pelayanan keperawatan di IRD, IRJA-MCU, dan IBS melalui rapat rutin tentang pelayanan pasien pada setiap instalasi pelayanan non rawat inap;
- l. dokumen rekapitulasi notulen rapat rutin instalasi terkait pelayanan keperawatan pasien di IRD, IRJA-MCU dan IBS setiap minggu;
- m. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- n. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) staf keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS setiap bulan;
- o. dokumen review kepatuhan staf keperawatan terhadap NSBL di IRD, IRJA-MCU dan IBS setiap 3 (tiga) bulan;
- p. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi yang melibatkan staf keperawatan di IRD, IRJA-MCU dan IBS sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- q. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui seksi keperawatan non rawat inap sesuai target yang telah ditetapkan;
- r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada Kepala bidang keperawatan; dan
- s. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh kepala bidang keperawatan.

Paragraf 3 Persyaratan

Pasal 68

Persyaratan Jabatan Seksi Keperawatan Non Rawat Inap, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang perawat dengan minimal pendidikan strata satu atau *ners*;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Bagian Kedua Puluh Satu
Bidang Penunjang, Ukuran Hasil Kinerja
dan Persyaratan

Paragraf 1
Bidang Penunjang

Pasal 69

Uraian Tugas Bidang Penunjang, meliputi :

- a. bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan penunjang yang menjamin mutu melalui implementasi standar akreditasi rumah sakit bersama kepala instalasi;
- b. bertanggungjawab dalam penyusunan, monitoring, dan evaluasi (*review*) seluruh kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait pelayanan penunjang berdasarkan peraturan perundang-undangan bersama kepala instalasi;
- c. bertanggungjawab membina standar akreditasi terkait bidang (AP, MPO, MFK) bersama ketua pokja dan kepala instalasi;
- d. berkoordinasi dengan bidang/bagian lain dalam melakukan *self assessment* secara berkala pada standar akreditasi terkait penunjang;
- e. menjadikan informasi di bidang penunjang sebagai bahan pengambilan keputusan dalam penyelesaian masalah;
- f. memberikan masukan kepada wakil direktur pelayanan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari bidang penunjang untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien serta mengusulkan pengembangan pelayanan rumah sakit;
- g. bertanggungjawab membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf penunjang;
- h. bertanggungjawab melakukan pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf penunjang;
- i. bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan penunjang yang menjamin kendali mutu dan kendali biaya bersama Kepala Instalasi;
- j. bertanggungjawab terhadap kontinuitas pelayanan penunjang melalui koordinasi dengan instalasi Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medis; Farmasi, CSSD, IPS-RS, *Laundry*, Gizi bersama kepala instalasi;
- k. turut memfasilitasi penyusunan dan monitoring evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) dan *Clinical Pathway* (CP);
- l. bertanggungjawab melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf bidang penunjang sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;

- m. memberikan masukan kepada wakil direktur pelayanan mengenai penilaian kinerja staf medis penunjang (*Focused Professional Practice Evaluation*), dan penilaian Indikator kinerja unit (IKU) instalasi penunjang serta melakukan penilaian kinerja unit (IKU) seksi dibawahnya dan penilaian kinerja individu (IKI) seluruh staf penunjang dan staf non klinis dibawahnya;
- n. bertanggungjawab terhadap tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi terkait bidang penunjang sesuai target yang telah ditetapkan bersama kepala instalasi;
- o. bertanggungjawab dalam tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui bidang penunjang sesuai target yang telah ditetapkan bersama kepala instalasi;
- p. berkoordinasi terkait inventarisasi peralatan medis/penunjang medis dan non medis serta persediaan perbekalan farmasi bersama bagian umum;
- q. bertanggungjawab terhadap pemeliharaan peralatan medis/penunjang medis serta non medis secara berkala bersama bagian umum;
- r. bertanggungjawab dalam memfasilitasi, mengarahkan, memonitoring dan mengevaluasi penyusunan dan pelaksanaan formularium rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- s. bertanggungjawab dalam memfasilitasi, memonitoring dan mengevaluasi kerjasama dalam bentuk KSO peralatan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- t. bertanggungjawab dalam penyelenggaraan perhitungan dan audit utilisasi alat kesehatan bersama kepala instalasi, tim SIM RS, dan sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- u. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- v. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 2

Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 70

Ukuran Hasil kinerja Bidang Penunjang, meliputi :

- a. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur terkait pelayanan penunjang yang selalu di mutakhirkan;
- b. dapat mempertahankan nilai capaian standar akreditasi terkait pelayanan penunjang (AP, MPO, MFK) lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);
- c. dokumen *self assessment* standar akreditasi terkait pelayanan penunjang setiap 3 (tiga) bulan;

- d. dokumen pelaporan analisis data dan masalah bidang penunjang kepada wakil direktur pelayanan secara berkala menggunakan siklus PDSA;
- e. seluruh staf pada bidang penunjang memberikan pelayanan sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit yaitu : ramah, peduli, profesional, rendah hati, dan integritas; rekapitulasi komplain sikap pelayanan;
- f. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi terkait staf penunjang setiap bulan;
- g. terpenuhinya kontinuitas pelayanan penunjang melalui optimalisasi tugas dan fungsi staf di instalasi Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medis, Farmasi, CSSD, IPS-RS, *Laundry*, Gizi;
- h. jadwal jaga staf di Instalasi Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medis, Farmasi, CSSD, IPS-RS, *Laundry*, Gizi setiap bulan;
- i. terselenggaranya monitoring dan evaluasi terhadap kontinuitas pelayanan medis melalui rapat rutin tentang pelayanan pada Instalasi Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medis, Farmasi, CSSD, IPS-RS, *Laundry*, Gizi;
- j. dokumen rekapitulasi notulen rapat rutin instalasi terkait Bidang Penunjang pasien setiap minggu;
- k. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf penunjang sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- l. dokumen Penilaian Kinerja Unit (IKU) seksi setiap bulan;
- m. dokumen Penilaian Kinerja Individu (IKI) pada staf medis penunjang serta tenaga kesehatan lainnya setiap bulan;
- n. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi yang melibatkan pelayanan penunjang sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- o. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan melalui bidang penunjang sesuai target yang telah ditetapkan;
- p. dokumen inventarisasi peralatan medis/penunjang medis dan non medis serta persediaan perbekalan farmasi secara berkala;
- q. dokumen pemeliharaan peralatan medis/penunjang medis serta non medis secara berkala;
- r. dokumen formularium rumah sakit yang mutakhir;
- s. terselenggaranya KSO peralatan yang efektif dan efisien sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- t. dokumen pelaporan utilisasi penunjang;
- u. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- v. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 3
Persyaratan

Pasal 71

Persyaratan Jabatan Bidang Penunjang, sebagai berikut :

- a. berlatar belakang pendidikan tenaga medis atau kesehatan dengan pendidikan minimal Sarjana Strata 1 (satu) bidang kesehatan;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai dan sistem remunerasi;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun di bidang pelayanan penunjang/kesehatan.

Bagian Kedua Puluh Dua
Seksi Penunjang Medik, Ukuran Hasil Kinerja
Dan Persyaratan

Paragraf 1
Seksi Penunjang Medik

Pasal 72

Uraian Tugas Seksi Penunjang Medik, meliputi :

- a. bertanggungjawab terhadap terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur pelayanan Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi yang menjamin mutu melalui implementasi standar akreditasi rumah sakit bersama kepala instalasi
- b. memimpin penyusunan dan mereview kebijakan, pedoman, dan prosedur Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggungjawab sosialisasi, monitoring implementasi standar akreditasi rumah sakit terkait penunjang medik (MPO, AP) bersama kepala instalasi;
- d. berkoordinasi dengan bidang/bagian lain dalam melakukan *self assessment* secara berkala pada standar akreditasi terkait pelayanan penunjang di Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi, Farmasi;
- e. melakukan inventarisasi data/permasalahan pada Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi, Farmasi serta mengolah menjadi informasi untuk pengambilan keputusan;
- f. bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan pelayanan Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi yang menjamin kendali mutu dan kendali biaya bersama kepala instalasi;

- g. bertanggungjawab pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf di Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi bersama kepala instalasi;
- h. bertanggungjawab terhadap kontinuitas pelayanan penunjang medis melalui koordinasi dengan Instalasi Radiologi, Instalasi Rehabilitasi Medik, Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi bersama kepala instalasi;
- i. bertanggungjawab terhadap Pembangunan budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi bersama kepala instalasi;
- j. melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit bersama kepala instalasi;
- k. memonitoring penilaian kinerja individu (IKI) seluruh staf di Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi dan staf non klinis dibawahnya;
- l. memonitoring tercapainya indikator kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi pada Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi;
- m. melakukan monitoring indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan pada instalasi Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi sesuai dengan target yang telah ditetapkan bersama kepala instalasi;
- n. berkoordinasi dalam pelaksanaan inventarisasi peralatan medis/penunjang medis dan persediaan perbekalan farmasi;
- o. memimpin kegiatan perencanaan pemeliharaan seluruh peralatan medis secara berkala bersama kepala instalasi;
- p. memfasilitasi, mengarahkan, memonitoring dan mengevaluasi penyusunan dan pelaksanaan formularium rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- q. memfasilitasi, memonitoring dan mengevaluasi kerjasama dalam bentuk KSO peralatan medis yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- r. bertanggungjawab dalam penyelenggaraan penghitungan dan audit utilisasi alat kesehatan bersama Kepala Instalasi, Tim SIM RS dan sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- s. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- t. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 2
Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 73

Ukuran Hasil Kinerja Seksi Penunjang Medik, meliputi :

- a. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur pada instalasi Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Farmasi, Gizi yang selalu di mutakhirkan;
- b. tersosialisasinya dokumen kebijakan, pedoman dan prosedur pada Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi;
- c. terimplementasinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur pada Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi;
- d. dokumen *self assessment* terkait standar akreditasi pada Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi;
- e. dapat mempertahankan nilai capaian standar akreditasi di Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);
- f. dokumen rekapitulasi data dan analisis masalah pada Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi;
- g. dokumen laporan bulanan instalasi mengenai kendali mutu dan laporan pemakaian BHP (Kendali Biaya) serta laporan hasil kerja;
- h. rekapitulasi *komplain/fraud/gratifikasi* terkait staf di Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi;
- i. terpenuhinya kontinuitas pelayanan di Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi;
- j. jadwal jaga petugas di Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi setiap bulan;
- k. terselenggaranya monitoring dan evaluasi terhadap kontinuitas pelayanan di Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi melalui rapat rutin tentang pelayanan pada instalasi tersebut;
- l. rekapitulasi notulen rapat rutin terkait pelayanan pasien pada Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi perminggu;
- m. seluruh staf pada Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi memberikan pelayanan sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit yaitu : ramah, peduli, profesional, rendah hati, dan integritas;
- n. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf di Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- o. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) staf pada Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi;

- p. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi pada Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- q. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan pada instalasi Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi dan Farmasi sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- r. dokumen inventarisasi peralatan medis/penunjang medis serta persediaan perbekalan farmasi secara berkala;
- s. dokumen pemeliharaan peralatan medis/penunjang medis secara berkala;
- t. dokumen formularium rumah sakit;
- u. terselenggaranya KSO peralatan medis yang efektif dan efisien sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- v. dokumen pelaporan utilisasi peralatan penunjang medis (maksimal waktu penggunaan);
- w. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada kepala bidang penunjang; dan
- x. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh kepala bidang penunjang.

Pasal 74

Persyaratan Jabatan Seksi Penunjang Medik, meliputi :

- a. berlatar belakang perawat atau dokter dengan minimal pendidikan strata satu atau strata satu bidang kesehatan;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Bagian Kedua Puluh Tiga Seksi Penunjang Non Medik, Ukuran Hasil Kinerja dan Persyaratan

Paragraf 1 Seksi Penunjang Non Medik

Pasal 75

Uraian Tugas Seksi Penunjang Non Medik, meliputi :

- a. bertanggungjawab terhadap terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur pelayanan CSSD, *Laundry* dan IPS RS yang menjamin mutu melalui implementasi standar akreditasi rumah sakit; bersama kepala instalasi;

- b. memimpin penyusunan dan mereview kebijakan, pedoman, dan prosedur CSSD, *Laundry* dan IPS RS berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. bertanggung jawab sosialisasi, monitoring implementasi standar akreditasi rumah sakit pada CSSD, *Laundry* dan IPS RS bersama kepala instalasi;
- d. berkoordinasi dengan bidang/bagian lain dalam melakukan *self assessment* secara berkala terhadap standar akreditasi pada CSSD, *Laundry* dan IPS RS;
- e. melakukan inventarisasi data/permasalahan terkait pelayanan pada CSSD, *Laundry* dan IPS RS serta mengolah menjadi informasi untuk pengambilan keputusan;
- f. bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan pelayanan CSSD, *Laundry* dan IPS RS yang menjamin kendali mutu dan kendali biaya bersama kepala instalasi;
- g. bertanggung jawab pencegahan *fraud* serta gratifikasi yang dilakukan oleh staf di CSSD, *Laundry* dan IPS RS bersama kepala Instalasi;
- h. bertanggung Jawab terhadap kontinuitas pelayanan CSSD, *Laundry* dan IPS RS bersama kepala instalasi;
- i. bertanggung jawab membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh staf CSSD, *Laundry* dan IPS RS bersama kepala instalasi;
- j. melakukan pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf CSSD, *Laundry* dan IPS RS sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- k. bertanggungjawab melakukan penilaian kinerja individu (IKI) seluruh staf CSSD, *Laundry* dan IPS RS; bersama kepala instalasi;
- l. monitoring terhadap tercapainya indikator kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi pada CSSD, *Laundry* dan IPS RS;
- m. bertanggung jawab terhadap tercapainya indikator kinerja BLUD terkait CSSD, *Laundry* dan IPS RS sesuai dengan target yang telah ditetapkan, bersama kepala instalasi;
- n. berkoordinasi dalam pelaksanaan inventarisasi peralatan penunjang non medis;
- o. memimpin kegiatan perencanaan pemeliharaan seluruh peralatan penunjang non medis secara berkala bersama kepala instalasi;
- p. memfasilitasi, memonitoring dan mengevaluasi kerjasama dalam bentuk KSO peralatan non medis yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- q. bertanggungjawab dalam penyelenggaraan dan audit utilisasi pada alat penunjang non medik bersama kepala instalasi, tim SIM RS dan sub bagian evaluasi dan pelaporan;

- r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- s. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Paragraf 2
Ukuran Hasil Kinerja

Pasal 76

Ukuran hasil Kinerja Seksi Penunjang Non Medik, meliputi :

- a. terpenuhinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur pada instalasi CSSD, *Laundry* dan IPS RS yang selalu di mutakhirkan;
- b. tersosialisasinya dokumen kebijakan, pedoman dan prosedur pada CSSD, *Laundry* dan IPS RS;
- c. terimplementasinya dokumen kebijakan, pedoman, dan prosedur pada CSSD, *Laundry* dan IPS RS;
- d. dokumen *self assessment* terkait standar akreditasi pada CSSD, *Laundry* dan IPS RS dan mempertahankan nilai capaian standar akreditasi di CSSD, *Laundry* dan IPS RS lebih dari atau sama dengan 80 (delapan puluh);
- e. dokumen rekapitulasi data dan analisis masalah pada CSSD, *Laundry* dan IPS RS;
- f. laporan bulanan indikator mutu dan laporan pemakaian BHP dan Laporan hasil kerja dari instalasi;
- g. rekapitulasi komplain/*fraud*/gratifikasi terkait staf di CSSD, *Laundry* dan IPS RS;
- h. terpenuhinya kontinuitas pelayanan di CSSD, *Laundry* dan IPS RS;
- i. jadwal jaga petugas di CSSD, *Laundry* dan IPS RS setiap bulan;
- j. terselenggaranya monitoring dan evaluasi terhadap kontinuitas pelayanan di CSSD, *Laundry* dan IPS RS melalui rapat rutin tentang pelayanan pada instalasi tersebut;
- k. rekapitulasi notulen rapat rutin terkait pelayanan pasien pada CSSD, *Laundry* dan IPS RS perminggu;
- l. seluruh staf pada CSSD, *Laundry* dan IPS RS memberikan pelayanan sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit yaitu : ramah, peduli, profesional, rendah hati, dan integritas;
- m. dokumen pembinaan kepegawaian terhadap seluruh staf di CSSD, *Laundry* dan IPS RS sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit;
- n. dokumen penilaian kinerja individu (IKI) staf pada CSSD, *Laundry* dan IPS RS, bersama kepala instalasi;
- o. tercapainya indikator mutu kunci rumah sakit dan indikator mutu unit/instalasi pada CSSD, *Laundry* dan IPS RS sesuai dengan target yang telah ditetapkan;

- p. tercapainya indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan pada instalasi CSSD, *Laundry* dan IPS RS sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
- q. dokumen monitoring inventarisasi peralatan penunjang non medis;
- r. dokumen pemeliharaan peralatan penunjang non medis secara berkala;
- s. Terselenggaranya KSO peralatan non medis yang efektif dan efisien sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- t. dokumen pelaporan utilisasi peralatan penunjang non medis;
- u. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada kepala bidang penunjang; dan
- v. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh kepala bidang penunjang.

Paragraf 3 Persyaratan

Pasal 77

Persyaratan Jabatan Seksi Penunjang Non Medik, sebagai berikut :

- a. minimal berpendidikan strata satu bidang kesehatan;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b dalam Pasal ini harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 tahun pertama setelah menduduki jabatan.

BAB V KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

Pasal 78

- (1) Kelompok Jafung mempunyai tugas melakukan kegiatan sesuai dengan Jabatan Fungsional masing-masing berdasarkan uraian tugas dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Uraian tugas Jafung akan diatur lebih lanjut oleh Direktur.

BAB VI KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 79

Hal-hal yang belum cukup diatur dalam Peraturan Bupati ini sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya akan diatur lebih lanjut oleh Direktur.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 80

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Tenggarong
pada tanggal 5 Juni 2017

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

ttd

RITA WIDYASARI

Diundangkan di Tenggarong
pada tanggal 6 Juni 2017

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA,

ttd

Ir. H. MARLI, M.Si
NIP. 195902061988021002

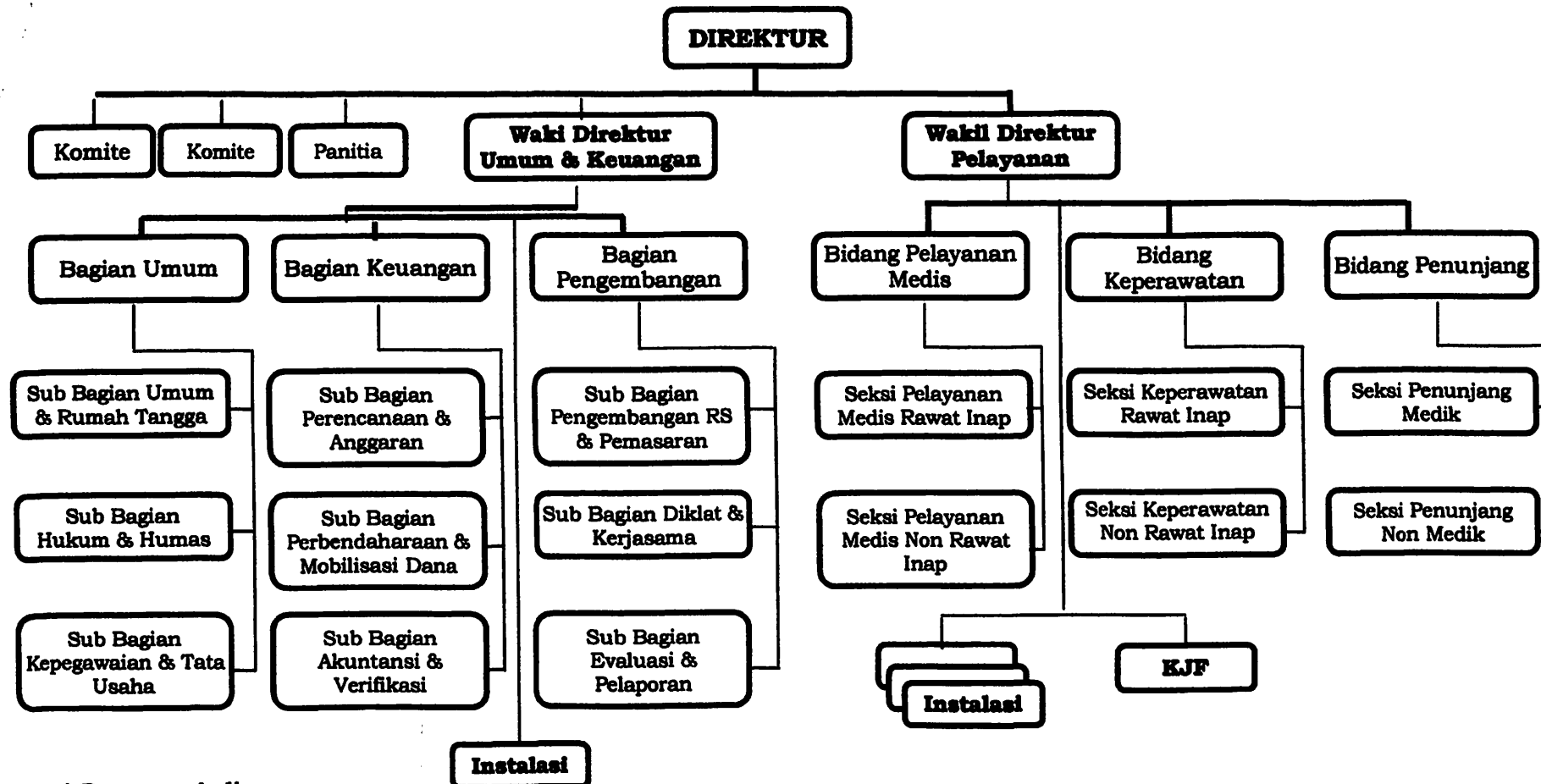
BERITA DAERAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA TAHUN 2017 NOMOR 31

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
Sekretariat Kabupaten Kutai Kartanegara
Kepala Bagian Hukum

PURNOMO, SH
NIP. 19780505200212 1 002

**LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI KUTAI KARTANEGARA
NOMOR 31 TAHUN 2017 TANGGAL 5 JUNI 2017
TENTANG URAIAN TUGAS PEJABAT STRUKTURAL PADA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT
KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA.**

**STRUKTUR ORGANISASI
RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT
Tenggarong**



Salinan Sesuai Dengan Aslinya
Sekretariat Kabupaten Kutai Kartanegara
Kepala Bagian Hukum

PURNOMO, SH
NIP. 19780605/200212 1 002

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

ttd

RITA WIDYASARI