



SALINAN

BUPATI KUTAI KARTANEGARA
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
PERATURAN BUPATI KUTAI KARTANEGARA
NOMOR 25 TAHUN 2024

TENTANG
PERATURAN INTERNAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DAYAKU RAJA
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

- Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 189 ayat (1) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, bahwa rumah sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit;
- b. bahwa untuk memberikan kepastian hukum, mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik atau representasi pemilik, direktur dan pimpinan serta staf di rumah sakit perlu disusun peraturan internal sebagai dasar dan acuan dalam penyelenggaraan rumah sakit;
- c. bahwa Peraturan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 4 Tahun 2020 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Dayaku Raja sudah tidak sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan pelayanan serta peraturan;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Dayaku Raja;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat No.3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Tahun 1953 No.9) Sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Tanah Laut, Daerah Tingkat II Tapin, dan Daerah Tingkat II Tabalong dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2756);

3. Undang-Undang Nomor 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 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 106, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 6887);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57);
6. Peraturan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 56 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab dan Wewenang Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dayaku Raja (Berita Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2022 Nomor 56);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DAYAKU.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Kutai Kartanegara.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Kutai Kartanegara.
4. Pemilik Rumah Sakit yang selanjutnya disebut sebagai Pemilik adalah Pemerintah Kabupaten Kutai Kartanegara.
5. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Dayaku Raja selanjutnya disingkat RSUD Dayaku Raja Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) milik Pemerintah Daerah yang menerapkan sistem Badan Layanan Umum Daerah.

7. Badan Layanan Umum Daerah selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
8. Direktur adalah pejabat tertinggi dirumah sakit yang diangkat dan diberhentikan oleh bupati yang memenuhi syarat sebagaimana diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
9. Unit Kerja adalah satuan organisasi didalam rumah sakit yang menyelenggarakan atau menunjang kegiatan pelayanan baik klinis maupun nonklinis yang dipimpin seorang kepala/ketua.
10. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah unit kerja yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk melaksanakan pengawasan internal terhadap pengelolaan dan pemanfaatan sumber daya di RSUD.
11. Komite Rumah Sakit adalah unit kerja yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
12. Instalasi adalah unit kerja yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan/penunjang pelayanan kesehatan, pendidikan, penelitian dan pendukung pelayanan lainnya.
13. Panitia adalah unit kerja yang dibentuk dengan Keputusan Direktur yang bukan bersifat *ad hoc* untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur terkait pelaksanaan rekam medis, farmasi dan terapi.
14. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah kelompok staf medis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya.
15. Kode Etik adalah pedoman sikap, perilaku, perbuatan, tulisan, dan ucapan pegawai dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi serta kegiatan sehari-hari.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Peraturan Bupati ini dimaksudkan sebagai:
 - a. peraturan yang mengatur hubungan pemilik, direktur dan pimpinan serta staf agar penyelenggaraan RSUD Dayaku Raja dapat berjalan secara efektif;
 - b. acuan pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan RSUD Dayaku Raja;

- c. pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan RSUD Dayaku Raja; dan
- d. pedoman bagi penyelesaian konflik internal RSUD Dayaku Raja.

(2) Peraturan Bupati ini bertujuan untuk:

- a. menjamin efektivitas, efisiensi, peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RSUD Dayaku Raja;
- b. memberikan perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan RSUD Dayaku Raja; dan
- c. memastikan tata kelola hubungan dari pemilik, direktur, para pimpinan serta staf di rumah sakit.

BAB III RUANG LINGKUP

Pasal 3

Ruang Lingkup Peraturan Bupati ini meliputi:

- a. identitas rumah sakit;
- b. tata kelola organisasi, meliputi:
 - 1. pemilik; dan
 - 2. susunan organisasi;
- c. unit kerja meliputi:
 - 1. SPI;
 - 2. komite;
 - 3. instalasi;
 - 4. panitia; dan
 - 5. kelompok staf medis.
- d. tata kelola administrasi, meliputi:
 - 1. pengelolaan sumber daya manusia;
 - 2. pengelolaan keuangan;
 - 3. pengelolaan aset; dan
 - 4. administrasi umum.

BAB IV IDENTITAS RSUD DAYAKU RAJA Bagian Kesatu Identitas

Pasal 4

(1) RSUD Dayaku Raja merupakan Rumah Sakit Milik Pemerintah Daerah dengan identitas sebagai berikut:

- a. nama : RSUD Dayaku Raja Kabupaten Kutai Kartanegara;

- b. status : UOBK yang menerapkan PPK-BLUD;
- c. kelas : Kelas D;
- d. jenis : Rumah Sakit Non Pendidikan;
- e. alamat : Jalan Poros Kota Bangun-Tenggarong KM 5
Kecamatan Kota Bangun, Kabupaten Kutai
Kartanegara, Provinsi Kalimantan Timur,
Kode Pos 75561, Tlp. (0541) 6721516;
- f. Email : dayaku_raja@yahoo.com
- g. Website : <http://dayakuraja.id/>.

(2) RSUD Dayaku Raja diresmikan pada tanggal 13 Maret 2013 dan berdasarkan Surat Keputusan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 37/SK-BUP/HK/2017 tanggal 17 Februari 2017 ditetapkan sebagai BLUD-RSUD dengan status penuh.

Bagian Kedua

Visi dan Misi, Tujuan, Sasaran, Tata Nilai, Moto, Logo, Makna, Mars dan Hymne

Paragraf 1

Visi dan Misi

Pasal 5

Visi RSUD Dayaku Raja yaitu terwujudnya rumah sakit yang berkualitas dan terpercaya.

- a. Berkualitas : rumah sakit memberikan pelayanan yang bermutu sesuai kompetensi.
- b. Terpercaya : rumah sakit memberikan pelayanan bermutu, mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pelanggan.

Pasal 6

Misi RSUD Dayaku Raja sebagai berikut:

- a. mengembangkan layanan prima yang dapat meningkatkan kualitas kesehatan Masyarakat;
- b. menyelenggarakan pelayanan paripurna untuk meningkatkan kepuasan pelanggan;
- c. menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian, untuk mewujudkan sumber daya manusia yang kompeten dan profesional; dan
- d. menerapkan manajemen yang bersih, efektif, efisien dan melayani untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

Paragraf 2

Tujuan dan Sasaran

Pasal 7

Tujuan:

Meningkatnya kualitas pelayanan rumah sakit.

Pasal 8

Sasaran:

Meningkatnya kinerja tata kelola RSUD Dayaku Raja.

Paragraf 3

Tata Nilai, Moto, Logo dan Makna Logo

Pasal 9

Tata Nilai dalam RSUD Dayaku Raja meliputi:

- a. berorientasi pada pelayanan yaitu berkomitmen memberikan pelayanan prima demi kepuasan pasien;
- b. akuntabel yaitu mampu mengemban amanat dan kepercayaan yang diberikan dengan penuh tanggung jawab;
- c. kompeten yaitu meningkatkan kompetensi diri dengan terus belajar;
- d. harmonis yaitu saling peduli, menghargai dan bertoleransi dengan perbedaan;
- e. loyal yaitu berdedikasi tinggi terhadap kepentingan bangsa dan negara;
- f. adaptif yaitu siap menghadapi ataupun menjadi motor perubahan dengan terus mengasah kreativitas dan berinovasi;
- g. kolaboratif yaitu saling bersinergi dalam bekerja sama; dan
- h. ramah yaitu melayani dengan sopan, santun, dan beretika.

Pasal 10

Moto RSUD Dayaku Raja adalah "MENYAPA DENGAN SENYUM, MERAWAT DENGAN HATI"

Pasal 11

Logo RSUD Dayaku Raja berikut:



Pasal 12

Makna dari logo sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 sebagai berikut:

- a. Pesut melambangkan ikon atau maskot masyarakat Kota Bangun, yang mengidentifikasi bahwa RSUD Dayaku Raja terletak di hulu mahakam yang menjadi rujukan bagi 8 kecamatan yang ada. Gambar dua pesut yang saling merangkul mempunyai arti bahwa RSUD Dayaku Raja menjadi sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat khususnya 8 kecamatan yang ada;

- b. Ketopong warna emas melambangkan bahwa pasien di ibaratkan raja yang harus dilayani dengan baik;
- c. Bunga Wijaya Kusuma melambangkan tujuan pembangunan kesehatan sesuai dengan sistem kesehatan nasional;
- d. Tanda Palang Merah mengandung arti bahwa RSUD Dayaku Raja adalah sarana pelayanan medik yang mengikuti standar baku pelayanan Rumah Sakit;
- e. Warna hijau melambangkan keteduhan dan pertumbuhan yang terkait kehidupan; dan
- f. Warna kuning melambangkan kehangatan, yang bermakna rumah sakit selalu memberikan pelayanan yang hangat dan penuh keramahan.

Pasal 13

Logo Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 digunakan pada:

- a. kop surat RSUD Dayaku Raja;
- b. pakaian Dinas Lapangan dilingkungan RSUD Dayaku Raja; dan
- c. sesuai keperluan dan manfaat dalam penggunaan yang ditentukan serta mendapat izin dari Direktur.

Pasal 14

- (1) Pakaian Dinas Lapangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 13 huruf b digunakan oleh pegawai rumah sakit dalam menjalankan aktivitas pelayanan.
- (2) Ketentuan mengenai Pakaian Dinas Lapangan ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 4

Mars dan Hymne

Pasal 15

- (1) *Mars* dan *Hymne* RSUD Dayaku Raja yaitu lagu resmi yang berjudul *Mars* RSUD Dayaku Raja dan *Hymne* RSUD Dayaku Raja dinyanyikan pada setiap upacara resmi atau acara lainnya.
- (2) Lagu resmi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

BAB V

TATA KELOLA ORGANISASI

Bagian Kesatu

Kedudukan, Tugas dan Fungsi

Paragraf 1

Kedudukan

Pasal 16

RSUD Dayaku Raja berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unit organisasi bersifat khusus, dipimpin oleh seorang Direktur.

Paragraf 2
Tugas dan Fungsi RSUD Dayaku Raja

Pasal 17

- (1) RSUD Dayaku Raja mempunyai tugas:
 - a. membantu Dinas Kesehatan dalam melaksanakan urusan Pemerintahan dalam upaya kesehatan perorangan secara paripurna sesuai peraturan perundang-undangan;
 - b. melaksanakan upaya kesehatan perorangan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan rujukan; dan
 - c. melaksanakan pelayanan Rumah Sakit yang bermutu sesuai perundang-undangan.
- (2) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Dayaku Raja mempunyai fungsi sebagai:
 - a. penyelenggara pelayanan medik;
 - b. penyelenggara pelayanan penunjang medik dan nonmedik;
 - c. penyelenggara pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. penyelenggara pelayanan rujukan;
 - e. penyelenggara pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan; dan
 - f. penyelenggara administrasi umum dan keuangan.

Bagian Kedua
Pemilik
Paragraf 1
Status Kepemilikan

Pasal 18

RSUD Dayaku Raja merupakan milik Pemerintah Daerah yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Bupati.

Paragraf 2
Tanggungjawab dan wewenang Pemerintah Daerah

Pasal 19

- (1) Tanggungjawab Pemerintah Daerah terhadap RSUD Dayaku Raja antara lain:
 - a. menyediakan modal dan dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis;
 - b. menutup defisit RSUD Dayaku Raja yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah; dan
 - c. memberikan bantuan hukum apabila terdapat permasalahan hukum.

- (2) Kewenangan Pemerintah Daerah sebagai berikut:
- a. menetapkan struktur organisasi RSUD Dayaku Raja;
 - b. menunjuk atau menetapkan personil susunan organisasi RSUD Dayaku Raja;
 - c. menetapkan tata cara pengelolaan keuangan RSUD Dayaku Raja;
 - d. menetapkan pengelolaan sumber daya manusia RSUD Dayaku Raja;
 - e. memberikan arahan kebijakan RSUD Dayaku Raja melalui Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD);
 - f. menilai dan menyetujui rencana anggaran yang didelegasikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD); dan
 - g. menyetujui rencana strategi RSUD Dayaku Raja.

Bagian Ketiga
Susunan Organisasi
Paragraf 1
Pasal 20

- (1) Pengelolaan kegiatan RSUD Dayaku Raja secara keseluruhan dipimpin oleh Direktur.
- (2) Direktur bertanggung jawab kepada Bupati.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya Direktur dibantu oleh:
 - a. Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawatan;
 - b. Kepala Seksi Penunjang;
 - c. Kepala Subbagian Tata Usaha;
 - d. Komite; dan
 - e. Satuan Pengawas Internal.
- (4) Direktur juga dapat di bantu oleh Tim Kerja Khusus.
- (5) Tim Kerja Khusus sebagaimana yang dimaksud pada ayat (4) yaitu Pengelola Klaim.
- (6) Kepala Seksi dan Kepala Subbagian disebut juga Pimpinan Rumah Sakit.
- (7) Untuk menjalankan tugas dan tanggung jawabnya pada tataran manajerial struktural, Kepala Seksi dan Subbagian dibantu oleh Tim Kerja.
- (8) Tim Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (7) ditetapkan oleh Keputusan Direktur.
- (9) Tim Kerja bertanggung jawab langsung kepada Kepala Seksi dan Kepala Subbagian.
- (10) Untuk membantu direktur dalam monitoring dan evaluasi terhadap implementasi kebijakan dan prosedur, Kepala Seksi dan Kepala Subbagian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, huruf b dan huruf c melakukan supervisi terhadap Unit Kerja klinis maupun nonklinis.

- (11) Unit Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (10) ditetapkan oleh Keputusan Direktur.
- (12) Unit Kerja bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi dan Kepala Subbagian.
- (13) Kepala Unit Kerja juga disebut Pimpinan Unit.
- (14) Direktur, Kepala Seksi dan Kepala Subbagian diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (15) Kepala Seksi dan Kepala Subbagian menyusun Pedoman pengorganisasian dan Program Kerja yang ditetapkan oleh Direktur.
- (16) Penilaian kinerja Direktur, Pimpinan Rumah Sakit dan Pimpinan Unit Kerja dilakukan untuk menggambarkan hasil atas capaian kegiatan pada periode tertentu.
- (17) Dalam melaksanakan tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggungjawabnya, Direktur, Pimpinan Rumah Sakit dan Pimpinan Unit Kerja wajib mentaati peraturan perundang-undangan dan peraturan internal Rumah Sakit serta upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Paragraf 2
Direktur

Pasal 21

- (1) Direktur selaku Kepala RSUD Dayaku Raja merupakan seorang tenaga medis, tenaga Kesehatan, atau tenaga profesional yang memiliki kompetensi manajemen rumah sakit.
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (2) huruf a bertugas membantu Bupati melalui Dinas Kesehatan dalam urusan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur bertanggung jawab:
 - a. menyusun rencana strategis rumah sakit;
 - b. mengupayakan pemenuhan sumber daya di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membangun budaya organisasi yang sesuai dengan nilai RSUD Dayaku Raja agar tercipta budaya kerja melayani yang mampu memberikan pelayanan publik berkualitas;
 - d. mewujudkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*good corporate governance* dan *good clinical governance*);
 - e. mengimplementasikan konsep BLUD di RSUD Dayaku Raja untuk mewujudkan kemandirian keuangan melalui pengelolaan keuangan RSUD Dayaku Raja yang efektif dan efisien;
 - f. mengimplementasikan rumah sakit yang ramah lingkungan;
 - g. menghimpun dan menyampaikan data/informasi laporan kinerja instansi pemerintah, profil Kesehatan dan laporan lain yang dibutuhkan kepada Dinas Kesehatan;

- h. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan rumah sakit kepada Dinas Kesehatan;
 - i. melaporkan capaian kinerja RSUD Dayaku Raja meliputi laporan kinerja BLUD, SPM dan indikator mutu RSUD Dayaku Raja kepada Bupati melalui Dinas Kesehatan;
 - j. melaporkan perencanaan dan pelaksanaan program upaya kesehatan perorangan kepada Dinas Kesehatan ;dan
 - k. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Bupati melalui Dinas Kesehatan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Direktur berwenang dalam:
- a. pembangunan zona integritas di rumah sakit untuk menuju wilayah bebas korupsi/wilayah birokrasi bersih melayani;
 - b. implementasi kendali biaya, kendali mutu, dan pencegahan terhadap potensi *fraud* dan gratifikasi di RSUD Dayaku Raja sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;
 - c. implementasi sistem pengendalian intern pemerintah dan manajemen risiko di lingkungan RSUD Dayaku Raja;
 - d. implementasi pengadaan barang dan jasa yang senantiasa berpedoman pada prinsip efektif, efisien, dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. implementasi tata kelola arsip sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. pendistribusian dan pendelegasian tugas kepada seluruh jajarannya sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing;dan
 - g. pembinaan pegawai dan penilaian kinerja pegawai.

Pasal 22

Persyaratan kompetensi untuk dapat diangkat menjadi Direktur yaitu:

- a. seorang tenaga medis, tenaga Kesehatan, atau tenaga professional yang memiliki kompetensi manajemen rumah sakit;
- b. direktur telah mengikuti pelatihan perumahsakitian meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, tata Kelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem remunerasi rumah sakit, pengelolaan sumber daya manusia;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama satu tahun pertama setelah menduduki jabatan;dan

- d. pernah memimpin puskesmas atau pimpinan di rumah sakit paling singkat selama 1 (satu) tahun.

Paragraf 3
Seksi dan Sub Bagian

Pasal 23

- (1) Seksi dan Subbagian membantu tugas dan berkedudukan dibawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Seksi dan Subbagian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Seksi dan Kepala Subbagian yang diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

Paragraf 4
Seksi Pelayanan dan Keperawatan

Pasal 24

- (1) Seksi Pelayanan dan Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (3) huruf a dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawatan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Pelayanan dan Keperawatan;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Seksi/Subbagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/outcome) dari Seksi Pelayanan dan Keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawatan bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf medis dan staf keperawatan serta pegawai lain yang berada dibawah Seksi Pelayanan dan Keperawatan;
 - b. menyelenggarakan asuhan medis dan asuhan keperawatan yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata Kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. menyelenggarakan mutu pelayanan keperawatan melalui implementasi manajemen asuhan keperawatan professional (MAKP);
 - d. mengembangkan layanan unggulan dan upaya pemenuhan sumber daya medis dan keperawatan serta peningkatan pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;

- e. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi fraud sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;
- f. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan;
- g. melakukan evaluasi terhadap penyusunan Medical Staff By Laws (MSBL) dan Nursing Staff By Laws (NSBL);
- h. menyediakan seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- i. melaksanakan peninjauan terhadap seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan secara berkala;
- j. melakukan penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Pelayanan dan Keperawatan;
- k. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas, tanggungjawab, wewenang dan program kerja instalasi yang berada dibawah supervisi Seksi Pelayanan dan Keperawatan dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas, fungsi dan program kerja rumah sakit;
- l. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Medik dan Komite Keperawatan serta Kelompok Staf Medis dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (good clinical governance) di rumah sakit;
- m. mendampingi /menyusun indikator mutu unit kerja dan mutu unit pelayanan yang berada dibawah Seksi Pelayanan dan Keperawatan;
- n. mengupayakan pencapaian target indikator mutu yang berada dibawah Seksi Pelayanan dan Keperawatan;
- o. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- p. menyusun panduan praktik klinik dan standar operasional prosedur pelayanan yang menunjang kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit;
- q. bertanggungjawab mendorong kepatuhan staf medis dan keperawatan terhadap PPK, Clinical Pathway (CP) serta SOP Pelayanan dan Keperawatan dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- r. memfasilitasi penyusunan, monitoring dan evaluasi Clinical Pathway (CP) Bersama komite/seksi/instansi terkait;
- s. menyediakan alur dan sistem pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi untuk semua layanan di rumah sakit termasuk pengembangan layanan baru;

- t. menjaga kontinuitas asuhan medik dan keperawatan dari UGD/IRJA –IRNA/IRIN/IBS yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
 - u. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan medik dan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan Patient Centre Care (PCC);
 - v. menyusun standar penilaian kinerja (Focused Professional Practice Evaluation/FPPE) dan Indikator Kinerja Individu /Indikator Kinerja Unit bagi staf medis dan keperawatan serta pegawai dibawah Seksi Pelayanan dan Keperawatan;
 - w. mendorong kepatuhan staf medis dan keperawatan terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - x. mendorong kepatuhan staf medis dan keperawatan terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - y. mendorong kepatuhan staf medis dan keperawatan terhadap Standar Pelayanan Minimal (SPM);
 - z. melakukan penyajian data menjadi informasi dari Seksi Pelayanan dan Keperawatan;
 - aa. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Pelayanan dan Keperawatan;
 - bb. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Seksi Pelayanan dan Keperawatan;
 - cc. menyelesaikan tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Seksi Pelayanan dan Keperawatan;
 - dd. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
 - ee. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawatan berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik dan keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan keperawatan;

- d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan HBL, MSBL, PPK, SOP Pelayanan, CP serta SPM pada staf medis dan keperawatan serta pegawai lain yang berada dibawah Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan;
- e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada instalasi pelayanan dibawah supervisi Direktur;
- f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf medis dan keperawatan serta pegawai lain yang berada dibawah Seksi Pelayanan dan Keperawatan;
- g. memimpin penilaian kinerja staf medis dan keperawatan serta pegawai dibawah Seksi Pelayanan dan Keperawatan melalui *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE* serta indikator kinerja individu (IKI)/indikator kinerja unit (IKU) dan melaporkan kepada Direktur; dan
- h. memimpin pembinaan pada staf medis dan keperawatan serta pegawai lain yang berada dibawah Seksi Pelayanan dan Keperawatan atas kepatuhan terhadap HBL, MSBL, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Direktur.

Paragraf 5
Seksi Penunjang

Pasal 25

- (1) Seksi Penunjang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (3) huruf b dipimpin oleh seorang Kepala Seksi Penunjang yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Seksi Penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Penunjang;
 - b. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Penunjang;
 - c. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi/subbagian terkait; dan
 - d. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Seksi Penunjang untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Seksi Penunjang bertanggung jawab:

- a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada tenaga kesehatan lain dan pada pegawai di bawah Seksi Penunjang;
- b. menyelenggarakan asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
- c. menyelenggarakan asuhan yang dilakukan oleh tenaga Kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata Kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
- d. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi penunjang: Laboratorium, Radiologi, Farmasi, Instalasi Pusat Sterilisasi dan Binatu, IPS-RS dan Gizi;
- e. menyediakan seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan nonmedik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- f. melaksanakan peninjauan terhadap seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan nonmedik secara berkala;
- g. melakukan penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Penunjang;
- h. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja instalasi yang berada dibawah supervisi Seksi Penunjang dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Tenaga Kesehatan Lain dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- j. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Seksi Penunjang;
- k. mengupayakan pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Seksi Penunjang;
- l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- m. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain terhadap panduan praktik klinik, standar operasional prosedur pelayanan serta *Clinical Pathway (CP)* dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;

- n. menjaga kontinuitas pelayanan penunjang dari Laboratorium, Radiologi, Farmasi, Instalasi Pusat Sterilisasi dan Binatu, IPS-RS dan Gizi pada UGD/IRJA-IRNA/IRIN/IBS sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
 - o. mengintegrasikan dan mengoordinasikan asuhan tenaga kesehatan lain dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
 - p. menyusun standar penilaian kinerja berupa Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang;
 - q. melakukan pemeliharaan peralatan kesehatan / penunjang secara berkala;
 - r. melaksanakan inventarisasi dan rekonsiliasi peralatan kesehatan/penunjang serta persediaan perbekalan farmasi bersama Subbagian Tata Usaha secara berkala;
 - s. melakukan perhitungan dan audit utilisasi alat kesehatan bersama instalasi terkait;
 - t. mengoordinasikan penyusunan dan pelaksanaan formularium rumah sakit secara tepat waktu;
 - u. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - v. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - w. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang terhadap SPM;
 - x. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Seksi Penunjang;
 - y. melakukan penyajian data menjadi informasi pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
 - z. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Penunjang;
 - aa. menyelesaikan tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Seksi Penunjang;
 - bb. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
 - cc. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Seksi Penunjang berwenang:

- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan penunjang medik dan nonmedik;
- d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Panduan Praktik Klinis (PPK), Standar Operasional Prosedur (SOP), *Clinical Pathway* (CP) serta Standar Pelayanan Minimal (SPM);
- e. melaksanakan monitoring dan evaluasi kerjasama dalam bentuk KSO peralatan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- f. memfasilitasi penyelesaian masalah pada instalasi penunjang dibawah supervisi Direktur;
- g. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang;
- h. memimpin penilaian kinerja tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang melalui indikator kinerja individu (IKI) dan indikator kinerja unit (IKU) dan melaporkan kepada Direktur;
- i. memimpin pembinaan pada tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang atas kepatuhan terhadap HBL, kebijakan rumah sakit serta ketentuan peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Direktur.

Paragraf 5

SubBagian Tata Usaha

Pasal 26

- (1) Subbagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (3) huruf c dipimpin oleh seorang Kepala Subbagian yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Subbagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Subbagian Tata Usaha;
 - b. mengoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan seksi terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Subbagian Tata Usaha untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.

- (3) Subbagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
- a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada seluruh karyawan rumah sakit;
 - b. melakukan penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien terkait urusan kepegawaian dan pengembangan SDM, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana;
 - c. menyediakan seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan kepegawaian dan pengembangan SDM, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. melaksanakan peninjauan terhadap seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan kepegawaian dan pengembangan SDM, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana secara berkala;
 - e. melakukan penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada urusan kepegawaian dan pengembangan SDM, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana;
 - f. menyajikan data menjadi informasi pada urusan kepegawaian dan pengembangan SDM, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana;
 - g. mengupayakan pencapaian indikator mutu rumah sakit dan kinerja BLUD serta memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit di bawah Sub Bagian Tata Usaha;
 - h. melaksanakan perencanaan, pengadaan, penatausahaan, pemeliharaan, penghapusan, penataan serta penertiban aset rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - i. melakukan penertiban barang milik daerah yang tercatat didalam kartu inventaris barang rumah sakit;
 - j. melakukan pengelolaan persediaan rumah sakit;
 - k. melaksanakan pengadaan dan pemeliharaan peralatan, sarana, prasarana, bangunan serta jalandi rumah sakit;

- l. melaksanakan pengadaan barang dan jasa yang efektif, efisien dan bebas dari kepentingan;
- m. melaksanakan pengelolaan parkir, keamanan, ketertiban, kebersihan, kerapian dan keindahan rumah sakit;
- n. melaksanakan pengadaan, pembinaan, monitoring dan evaluasi semua pihak ketiga (*outsourcing*) yang bekerjasama dengan rumah sakit;
- o. melakukan penyusunan tugas pokok dan fungsi/Tugas, pemutakhiran *hospital by laws* (HBL)/tata kelola rumah sakit dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
- p. melakukan penyusunan Analisis Jabatan (ANJAB) dan Analisis Beban Kerja (ABK) dan Pola Ketenagaan;
- q. melaksanakan manajemen sumber daya manusia di rumah sakit dalam hal perencanaan, rekrutmen, pendidikan dan pelatihan, penghargaan dan sanksi, pola karir serta retensi pegawai rumah sakit;
- r. melaksanakan pengelolaan kearsipan di rumah sakit sesuai dengan perundang-undangan;
- s. melaksanakan kompilasi standar operasional prosedur (SOP), standar pelayanan (SP), pemutakhiran regulasi rumah sakit serta penguatan kelembagaan;
- t. melaksanakan pengelolaan seluruh dokumen kebijakan, pedoman, panduan, SOP yang ada di rumah sakit;
- u. melaksanakan pengelolaan Keterbukaan Informasi Publik, Layanan Pengaduan Masyarakat, serta pelaksanaan fungsi PPID Pembantu;
- v. melakukan upaya kehumasan sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk meningkatkan dan mempertahankan citra (*branding*) serta reputasi rumah sakit yang baik;
- w. melaksanakan survei indeks kepuasan pasien dan survei kepuasan pegawai;
- x. melakukan penyusunan perjanjian kinerja (PK);
- y. melakukan penyusunan *Training Need Assessment* (TNA);
- z. menyajikan data capaian kinerja pelayanan maupun kinerja keuangan rumah sakit secara berkala (triwulan);
- aa. melakukan penyusunan dokumen pelaporan kinerja serta keuangan rumah sakit secara tepat waktu;
- bb. melaksanakan optimalisasi pendapatan dan pengendalian biaya operasional rumah sakit sesuai dengan target yang telah ditetapkan;

- cc. mengelola sistem pembayaran jasa pelayanan berbasis kinerja dengan melibatkan seksi/instalasi/unit/kelompok/unsur lain yang terkait dibawah supervisi Direktur;
 - dd. menjaga ketepatan waktu pembayaran gaji, tunjangan, jasa pelayanan dan kewajiban pada pihak ketiga sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - ee. melakukan pengendalian anggaran dalam rangka menjaga ketersediaan kas untuk keberlangsungan operasional rumah sakit;
 - ff. melakukan penyusunan dokumen perencanaan dan anggaran secara tepat waktu;
 - gg. melakukan penyusunan dokumen laporan keuangan rumah sakit secara tepat waktu;
 - hh. melaksanakan pengelolaan kearsipan pada Sub Bagian Tata Usaha secara berkala serta melaksanakan pemberkasan arsip terjaga dan pelaporan arsip terjaga kepada Arsip Nasional Republik Indonesia (ANRI) secara berkala sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - ii. menyelesaikan tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Sub Bagian Tata Usaha;
 - jj. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
 - kk. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Subbagian Tata Usaha berwenang :
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi urusan kepegawaian dan pengembangan SDM, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana secara berkala;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien terkait urusan kepegawaian dan pengembangan SDM, rumah tangga dan tata usaha, humas dan hukum, akuntansi dan verifikasi, perencanaan program dan evaluasi, serta perbendaharaan dan mobilisasi dana secara berkala;

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

BAB VI
UNIT KERJA
Bagian Kesatu
Satuan Pengawas Intenal

Pasal 27

- (1) SPI merupakan unit kerja nonklinis yang bersifat nonstruktural.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c angka 1 dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) SPI dibentuk untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktek bisnis yang sehat.

Pasal 28

- (1) Ketua dan Anggota SPI diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pengawas Internal berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal harus memenuhi persyaratan:

- a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahnya serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. tidak pernah mendapat hukuman disiplin dari atasan atau pejabat berwenang;
 - c. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggara Rumah Sakit; dan
 - d. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
- a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit;
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap;
 - f. terkena tindakan disiplin berat dari atasan; dan
 - g. adanya kebijakan dari Pemilik atau Direktur.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai penjabaran susunan organisasi, tugas dan fungsi serta tata kerja SPI diuraikan dalam Pedoman Pengorganisasian yang ditetapkan oleh Direktur.
- (6) SPI menyusun Program Kerja yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keempat

Komite

Pasal 29

- (1) Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c angka 2 merupakan unit kerja nonklinis yang bersifat nonstruktural.
- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan;
 - c. Komite Tenaga Kesehatan Lain;
 - d. Komite Mutu;
 - e. Komite Etik Rumah Sakit;
 - f. Komite Etik Penelitian Rumah Sakit;
 - g. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI); dan
 - h. Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3).
- (3) Pembentukan Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan beban kerja dan kebutuhan organisasi yang ditetapkan oleh Direktur.

- (4) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab langsung kepada Direktur.
- (5) Komite mempunyai tugas memberi pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (6) Dalam menjalankan tugas, Komite dapat membentuk Sub Komite yang merupakan kelompok kerja tertentu yang ditetapkan oleh Direktur.
- (7) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang Ketua.
- (8) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (9) Ketentuan lebih lanjut mengenai penjabaran susunan organisasi, tugas dan fungsi serta tata kerja Komite diuraikan dalam Pedoman Pengorganisasian yang ditetapkan oleh Direktur.
- (10) Komite menyusun Program Kerja Komite yang ditetapkan oleh Direktur.

Komite Medik

Pasal 30

- (1) Komite Medik merupakan Unit Kerja di rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dibantu oleh subkomite terdiri dari :
 - a. subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etik, dan perilaku profesi staf medis.
- (3) Untuk menerapkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di Rumah Sakit, Komite Medik menyusun Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) dan ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis yang mengacu pada ketentuan standar profesi, standar akreditasi rumah sakit dan peraturan perundang-undangan.

Komite Keperawatan

Pasal 31

- (1) Komite Keperawatan merupakan unit kerja di rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh subkomite terdiri dari:
 - a. subkomite kredensial bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan;
 - b. subkomite mutu profesi bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.
- (3) Untuk menerapkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di Rumah Sakit, Komite Keperawatan menyusun Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) dan ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar staf keperawatan dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan keperawatan yang mengacu pada ketentuan standar profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Komite Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 32

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain merupakan unit kerja di rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lain melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh subkomite terdiri dari:
 - a. subkomite kredensial bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lain;
 - b. subkomite mutu profesi bertugas melakukan audit tenaga kesehatan lain dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lain; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Bagian Kelima
Instalasi
Pasal 33

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c angka 3 merupakan unit kerja klinis dan bersifat nonstruktural.
- (2) Instalasi bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi.
- (3) Pembentukan Instalansi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan beban kerja dan kebutuhan organisasi yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala.
- (5) Kepala sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (6) Kepala sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dalam menjalankan tugas dapat dibantu oleh seorang Wakil Kepala.
- (7) Wakil Kepala sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur berdasarkan kebutuhan.
- (8) Ketentuan lebih lanjut mengenai penjabaran susunan organisasi, tugas dan fungsi serta tata kerja Instalasi diuraikan dalam Pedoman Pengorganisasian yang ditetapkan oleh Direktur.
- (9) Instalasi menyusun Pedoman Pelayanan dan Program Kerja yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian keenam
Panitia
Paragraf 1
Panitia Rekam Medis
Pasal 34

- (1) Panitia Rekam Medis merupakan unit kerja nonklinis yang bersifat nonstruktural.
- (2) Panitia Rekam Medis dibentuk oleh Direktur merupakan unit kerja yang mempunyai tugas dalam perencanaan, penggerakan pelaksanaan serta pengawasan, pengendalian dan penilaian kegiatan penyusunan mengenai dan isi serta audit rekam medis dalam rangka peningkatan mutu rumah sakit.
- (3) Panitia Rekam Medis bertanggungjawab kepada direktur melalui Kepala Seksi Penunjang.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai penjabaran susunan organisasi, tugas dan fungsi serta tata kerja Panitia Rekam Medis diuraikan dalam Pedoman Pengorganisasian yang ditetapkan oleh Direktur.
- (5) Panitia Rekam Medis menyusun Program Kerja yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 2
Panitia Farmasi dan Terapi

Pasal 35

- (1) Panitia Farmasi dan Terapi merupakan unit kerja nonklinis yang bersifat nonstruktural.
- (2) Panitia Farmasi dan Terapi dibentuk oleh Direktur merupakan unit kerja yang mempunyai tugas mengusulkan kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur pengusulan obat di rumah sakit dalam rangka peningkatan mutu rumah sakit.
- (3) Panitia Farmasi dan Terapi bertanggungjawab kepada direktur melalui Kepala Seksi Penunjang.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai penjabaran susunan organisasi, tugas dan fungsi serta tata kerja Panitia Farmasi dan Terapi diuraikan dalam Pedoman Pengorganisasian yang ditetapkan oleh Direktur.
- (5) Panitia Farmasi dan Terapi menyusun Program Kerja dan Formularium Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketujuh
Kelompok Staf Medis

Pasal 36

- (1) KSM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c angka 5 merupakan unit kerja nonklinis yang bersifat nonstruktural.
- (2) KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kelompok profesi medik terdiri dari dokter, dokter spesialis, dan dokter gigi yang melaksanakan tugas profesi meliputi diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan pelayanan di rumah sakit.
- (3) KSM bertanggungjawab kepada direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawatan.
- (4) Pembentukan KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan beban kerja dan kebutuhan organisasi yang ditetapkan oleh Direktur.
- (5) KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dipimpin oleh seorang Ketua.
- (6) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai penjabaran susunan organisasi, tugas dan fungsi serta tata kerja KSM diuraikan dalam Pedoman Pengorganisasian yang ditetapkan oleh Direktur.
- (8) KSM menyusun Program Kerja dan Panduan Praktek Klinik yang ditetapkan oleh Direktur.

BAB VII
TATA KELOLA ADMINISTRASI
Bagian Kesatu
Pengelolaan Sumber Daya Manusia
Paragraf 1
Pegawai
Pasal 37

- (1) Pegawai Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. ASN; dan/atau
 - b. NonASN, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Rumah sakit dapat mengangkat pegawai yang berasal dari tenaga profesional lainnya.
- (3) Pengangkatan pegawai yang berasal dari tenaga profesional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan kebutuhan, profesionalitas, kemampuan keuangan dan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomi dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.
- (4) Pegawai yang berasal dari tenaga profesional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dipekerjakan secara kontrak atau tetap.
- (5) Disamping pegawai Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), pejabat yang berwenang dapat menempatkan pegawai wajib kerja dokter spesialis, tenaga alih daya (*outsourcing*), dan tenaga kontrak perorangan sesuai dengan kebutuhan dan ketentuan yang berlaku.

Pasal 38

Seluruh pegawai Rumah Sakit wajib mentaati semua peraturan perundang-undangan serta peraturan berlaku di RSUD Dayaku Raja.

Paragraf 2
Kode Etik dan Tata Nilai Organisasi
Pasal 39

- (1) Setiap Aparatur Sipil Negara dan NonAparatur Sipil Negara dalam melaksanakan tugas kedinasan dan kehidupan sehari-hari wajib bersikap dan berpedoman pada kode etik Aparatur Sipil Negara dan NonAparatur Sipil Negara yang meliputi:
 - a. etika dalam beragama;
 - b. etika dalam bernegara;
 - c. etika dalam berorganisasi;
 - d. etika dalam bermasyarakat;
 - e. etika terhadap diri sendiri;

- f. etika sesama Aparatur Sipil Negara dan NonAparatur Sipil Negara; dan
 - g. etika terhadap profesi.
- (2) Setiap Aparatur Sipil Negara dan NonAparatur Sipil Negara dalam melaksanakan tugas kedinasan wajib berperilaku dan berpedoman pada Tata Nilai (*core values*) yang merupakan cerminan budaya organisasi RSUD Dayaku Raja sebagaimana yang terdapat dalam Pasal 9.
 - (3) Setiap Aparatur Sipil Negara dan NonAparatur Sipil Negara wajib mematuhi, mentaati dan melaksanakan kode etik Aparatur Sipil Negara dan NonAparatur Sipil Negara.
 - (4) Hal-hal yang belum diatur secara teknis ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kedua
Pengelolaan Keuangan

Pasal 40

- (1) Pendapatan RSUD Dayaku Raja berasal dari:
 - a. Jasa Layanan;
 - b. Hibah;
 - c. Hasil kerjasama dengan pihak lain;
 - d. APBD; dan
 - e. lain-lain pendapatan BLUD yang sah.
- (2) Penggunaan dan pertanggungjawaban keuangan diatur sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.

Pasal 41

- (1) Dalam pengelolaan keuangan Direktur RSUD Dayaku Raja adalah Kuasa Pengguna Anggaran (KPA).
- (2) Pelimpahan kewenangan sebagai KPA berdasarkan keputusan Bupati.
- (3) Direktur selaku KPA bertanggung jawab kepada Bupati sejalan dengan otonomi yang dimilikinya.

Bagian Ketiga
Pengelolaan Aset

Pasal 42

- (1) Dalam pengelolaan aset Direktur RSUD Dayaku Raja adalah Kuasa Pengguna Barang (KPB).
- (2) Pelimpahan kewenangan sebagai KPB berdasarkan keputusan Bupati.
- (3) Direktur selaku KPB bertanggung jawab kepada Bupati sejalan dengan otonomi yang dimilikinya.
- (4) Pengelolaan fasilitas dan inventaris rumah sakit berupa Barang Milik Daerah merupakan semua barang yang dibeli atau diperoleh atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah atau berasal dari perolehan lainnya yang sah.

- (5) Pengelolaan aset rumah sakit mempunyai serangkaian kegiatan meliputi:
 - a. perencanaan dan penganggaran yang tepat;
 - b. pelaksanaan pengadaan yang efektif dan efisien;
 - c. penerimaan, penyimpanan, dan penyaluran;
 - d. penggunaan/pemanfaatan yang efektif dan efisien;
 - e. penatausahaan;
 - f. pengamanan dan pemeliharaan;
 - g. penilaian;
 - h. penghapusan;
 - i. pemindahtanganan atau mutasi barang; dan
 - j. pembinaan, pengawasan, dan pengendalian.
- (6) Penatausahaan aset meliputi:
 - a. pembukuan;
 - b. inventarisasi; dan
 - c. pelaporan.
- (7) Penggunaan dan pertanggungjawaban Pengelolaan Fasilitas dan Inventaris diatur sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.

Bagian Keempat
Administrasi Umum
Paragraf 1
Pengaturan
Pasal 43

Pengaturan administrasi umum secara struktural dan fungsional akan dilakukan secara terintegrasi serta dijabarkan sesuai rincian tugas pokok dan fungsi masing-masing.

Paragraf 2
Rapat
Pasal 44

- (1) Rapat Pimpinan Struktural yaitu rapat yang dihadiri oleh Direktur, Kepala Seksi dan Kepala Subbagian.
- (2) Rapat Manajemen RS yaitu rapat yang dihadiri oleh Direktur, Kepala Seksi dan Kepala Subbagian serta Kepala Unit Kerja nonstruktural.
- (3) Rapat Koordinasi yaitu rapat yang dihadiri oleh Direktur, Kepala Seksi dan Kepala Bagian, Kepala Unit Kerja nonstruktural serta Tim Kerja.
- (4) Rapat Komite yaitu rapat yang dihadiri oleh Direktur dan Komite.
- (5) Rapat sebagaimana disebut dalam ayat (1), ayat (2), ayat (3), ayat (4) dipimpin oleh Direktur.

- (6) Kepala Seksi dan Kepala Subbagian dapat menjadi Pimpinan Rapat sebagaimana disebut dalam ayat (2), ayat (3) apabila didelegasikan oleh Direktur.
- (7) Kepala Seksi dan Kepala Subbagian dapat memimpin rapat tanpa mendapat delegasi dari direktur untuk rapat yang dihadiri oleh Unit serta Tim Kerja yang menjadi tanggungjawabnya.
- (8) Ketentuan lebih lanjut termasuk tata cara rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ayat (3) ayat (4), ayat (5) ayat (6) ditetapkan oleh direktur.

Paragraf 3

Stempel

Pasal 45



Stempel/cap rumah sakit adalah stempel/cap RSUD Dayaku Raja sesuai ketentuan stempel di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara yang pengelolaan tata naskah surat dinas.

Paragraf 4

Hak Mewakili

Pasal 46

Dalam hal Direktur berhalangan, Direktur dapat diwakili oleh Kepala Sub Bagian atau Kepala Seksi dengan memperhatikan senioritas kepangkatan dan/atau bidang tugasnya.

BAB VIII

REVIEW DAN PERUBAHAN

Pasal 47

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit ini dapat dilakukan review dan perubahan bilamana:
 - a. adanya perubahan peraturan menteri kesehatan tentang peraturan internal korporasi rumah sakit, peraturan internal staf medis dan/atau peraturan perundang-undangan lainnya yang mengatur perumahsakitand;
 - b. kebijakan baru mengenai status rumah sakit.
- (2) Paling lama setiap 3 (tiga) tahun Peraturan Internal rumah sakit ini ditinjau kembali dan disesuaikan dengan perkembangan dan kondisi Rumah Sakit.

BAB IX
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 48

- (1) Peraturan Direktur atau Keputusan Direktur yang telah ditetapkan sebelum berlakunya Peraturan Bupati ini masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Bupati ini.
- (2) Peraturan Direktur atau Keputusan Direktur yang tidak sesuai dengan Peraturan Bupati ini agar dilakukan penyesuaian paling lambat 6 (enam) bulan sejak Peraturan Bupati ini berlaku.

BAB X
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 49

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Nomor 4 Tahun 2020 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Dayaku Raja dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 50

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 4 November 2024

Pjs. BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

ttd

BAMBANG ARWANTO

Diundangkan di Tenggarong
pada tanggal 4 November 2024

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA

ttd

SUNGGONO

BERITA DAERAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA TAHUN 2024 NOMOR
25

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
Sekretariat Kabupaten Kutai Kartanegara
Kepala Bagian Hukum


PURNOMO, SH
NIP. 19780605 200212 1 002