



BUPATI KUTAI KARTANEGARA

PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
PERATURAN BUPATI KUTAI KARTANEGARA
NOMOR 69 TAHUN 2023
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
AJI MUHAMMAD PARIKESIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

- Menimbang :
- a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 Ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang, bahwa rumah sakit berkewajiban 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 117 Tahun 2016 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit sudah tidak sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan pelayanan serta peraturan perundangan mengenai perumahsakitian;
 - 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 Aji Muhammad Parikesit
- 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) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Tanah Laut, Daerah Tingkat II Tapin, dan Daerah Tingkat II Tabalong dengan mengubah Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2756);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT.

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. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara.
5. Pemilik Rumah Sakit yang selanjutnya disebut sebagai Pemilik adalah Pemerintah Kabupaten Kutai Kartanegara.
6. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara.
7. Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit selanjutnya disingkat RSUD Aji Muhammad Parikesit adalah Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) milik Pemerintah Daerah yang menerapkan sistem Badan Layanan Umum Daerah.
8. 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.
9. Dewan Pengawas adalah perangkat yang bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan RSUD sebagai wakil dari Pemerintah Daerah.
10. Direktur adalah pejabat tertinggi di rumah sakit yang diangkat dan diberhentikan oleh Bupati serta memenuhi syarat sebagaimana diatur dengan peraturan perundang-undangan.
11. Pimpinan Rumah Sakit di bawah Direktur terdiri dari Wakil Direktur Pelayanan, Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan serta Wakil Direktur Umum dan Keuangan.

12. Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/atau kedokteran gigi, serta pendidikan kesehatan lainnya.
13. Direksi adalah 1 (satu) orang Direktur dan 3 (tiga) orang Wakil Direktur yang diangkat oleh Bupati untuk menjabat posisi tersebut sesuai Surat Keputusan Bupati.
14. Unit Kerja adalah satuan organisasi didalam rumah sakit yang menyelenggarakan atau menunjang kegiatan pelayanan baik klinis maupun non klinis yang dipimpin oleh seorang kepala/ketua.
15. 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.
16. Komite adalah unit kerja yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
17. Instalasi adalah unit kerja yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan/penunjang pelayanan kesehatan, pendidikan, penelitian dan pendukung pelayanan lainnya.
18. Panitia adalah unit kerja yang dibentuk dengan Keputusan Direktur yang bukan bersifat adhoc untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur terkait pelaksanaan rekam medis, farmasi dan terapi .
19. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah kelompok staf medis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya.
20. 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 atau representasi Pemilik, Direktur, para pimpinan serta staf agar penyelenggaraan RSUD Aji Muhammad Parikesit dapat berjalan secara efektif;

- b. acuan Pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan RSUD Aji Muhammad Parikesit;
 - c. pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan RSUD Aji Muhammad Parikesit; dan
 - d. pedoman bagi penyelesaian konflik internal RSUD Aji Muhammad Parikesit.
- (2) Peraturan Bupati ini bertujuan untuk:
- a. menjamin efektivitas, efisiensi, peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RSUD Aji Muhammad Parikesit;
 - b. memberikan perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan RSUD Aji Muhammad Parikesit; dan
 - c. memastikan tata kelola hubungan dari Pemilik atau representasi Pemilik, Direktur, para pimpinan serta staf di RSUD Aji Muhammad Parikesit.

BAB III RUANG LINGKUP

Pasal 3

Ruang Lingkup Peraturan Bupati ini meliputi:

- a. identitas RSUD Aji Muhammad Parikesit;
- b. tata kelola organisasi
 - 1. Pemilik;
 - 2. Dewan Pengawas; dan
 - 3. susunan organisasi;
- c. Unit Kerja meliputi;
 - 1. Bidang
 - 2. Bagian
 - 3. SPI;
 - 4. Komite;
 - 5. Instalasi;
 - 6. Panitia; dan
 - 7. KSM.
- d. tata kelola administrasi
 - 1. pengelolaan sumber daya manusia;
 - 2. pengelolaan keuangan;

3. pengelolaan aset; dan
4. administrasi umum.

BAB IV IDENTITAS RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT

Bagian Kesatu Identitas

Pasal 4

- (1) RSUD Aji Muhammad Parikesit merupakan Rumah Sakit Milik Pemerintah Daerah dengan identitas sebagai berikut:
 - a. nama : RSUD Aji Muhammad Parikesit Kabupaten Kutai Kartanegara;
 - b. status : UOBK yang menerapkan PPK-BLUD;
 - c. kelas : Kelas B;
 - d. jenis : Rumah Sakit Pendidikan; dan
 - e. alamat : Jl. Ratu Agung No. 1 Tenggarong Seberang Kutai Kartanegara Telepon 0541-661015 Fax 0541-661013, email : rsudamparikesit@yahoo.com
- (2) RSUD Aji Muhammad Parikesit diresmikan pada tanggal 12 November 1983 dan berdasarkan Surat Keputusan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 256/SK-BUP/HK/2014 tanggal 26 Maret 2014 ditetapkan sebagai BLUD-RSUD dengan status penuh.

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

Paragraf 1 Visi dan Misi

Pasal 5

- Visi : RSUD Aji Muhammad Parikesit yaitu Terwujudnya Rumah Sakit yang Unggul dan Terpercaya.
- Unggul : Rumah sakit memiliki kompetensi yang mumpuni sehingga memiliki daya saing yang tinggi.
- Terpercaya : Rumah sakit memberikan pelayanan bermutu, mengutamakan *patient safety* dan memberikan *excelece service experience* bagi pelanggan.

Pasal 6

Misi RSUD Aji Muhammad Parikesit sebagai berikut:

- a. mengembangkan layanan unggulan yang tepat guna dan tepat sasaran untuk peningkatan kualitas kesehatan masyarakat;
- b. menyelenggarakan pelayanan prima yang dapat memberikan pengalaman terbaik bagi pelanggan;
- c. melaksanakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian untuk mewujudkan sumber daya manusia yang kompeten, humanistik, dan partisipatif; dan
- d. menerapkan *lean management* berbasis teknologi informasi untuk meningkatkan efisiensi pelayanan.

Paragraf 2

Tujuan dan Sasaran

Pasal 7

Tujuan:

Meningkatnya kualitas pelayanan rumah sakit.

Pasal 8

Sasaran:

Meningkatnya kinerja tata kelola RSUD Aji Muhammad Parikesit.

Paragraf 3

Tata Nilai, Moto, Logo dan Makna Logo

Pasal 9

Tata Nilai :

- 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.
- h. rendah hati yaitu dapat menerima sesuatu yang tidak sesuai dengan keinginan pribadi.

Pasal 10

Moto RSUD Aji Muhammad Parikesit yaitu, “PARIKESIT PILIHAN TERBAIK”

Pasal 11

Logo Rumah Sakit sebagai berikut :



Pasal 12

Makna dari logo sebagaimana dimaksud dalam pasal 11 sebagai berikut:

- a. gambar tangan

bermakna melambangkan tangan yang bekerja dalam harmoni. Dari gambar ini terkandung makna kebersamaan, kepedulian dan ketulusan dalam penyajian pelayanan kesehatan sesuai dengan tata nilai Rumah Sakit. Warna hijau pada gambar ini melambangkan RSUD Aji Muhammad Parikesit sebagai *Green Hospital* yaitu Rumah Sakit yang ramah dan peduli terhadap lingkungan. Warna hijau juga melambangkan penyembuhan, pertumbuhan, pembaharuan dan kebersamaan;

- b. gambar lingkungan

bermakna lingkaran terbentuk dari deretan titik yang berproses dari awal hingga akhir kembali lagi ke awal, itulah sebabnya lingkungan melambangkan kesempurnaan, lengkap dan tuntas. Pada logo ini gambar lingkaran menjelaskan bahwa RSUD Aji Muhammad Parikesit menyajikan pelayanan kesehatan paripurna yang terintegritas mulai dari preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif secara tuntas dan

terintegritas. Gambar lingkaran berwarna kuning juga melambangkan matahari yang memancarkan energi dan semangat RSUD Aji Muhammad Parikesit untuk mengabdikan diri pada masyarakat dengan menjunjung tinggi etika, integritas dan profesional;

c. gambar palang

bermakna simbol *universal* di bidang kesehatan yang terinspirasi dari Hendri Dunant untuk menggambarkan tugas mulia petugas kesehatan memberikan pelayanan kesehatan secara netral kepada semua pihak yang membutuhkan tanpa memandang latar belakang. Pada logo ini, gambar palang berwarna putih menggambarkan tugas pokok RSUD Aji Muhammad Parikesit dalam bidang kesehatan yang dilaksanakan dengan tulus tanpa pamrih kepada seluruh masyarakat secara berkeadilan; dan

d. gambar lembuswana bermakna

menjadi pengayom bagi masyarakat Kutai Kartanegara. Belalainya menjadi perlambang Ganesha, sang dewa kecerdasan. Gambar Lembuswana berwarna emas pada logo melambangkan bagaimana RSUD Aji Muhammad Parikesit menjadi pelindung bagi masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatan dengan cara senantiasa menyajikan pelayanan kesehatan profesional secara adil bagi seluruh masyarakat kutai. Warna emas memiliki makna ilmu pengetahuan, kebijaksanaan, dan posisi yang terpandang dimasyarakat.

Pasal 13

Logo Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 digunakan pada:

- a. kop surat RSUD Aji Muhammad Parikesit;
- b. Pakaian Dinas Lapangan (PDL) dilingkungan RSUD Aji Muhammad Parikesit; dan
- c. sesuai dengan keperluan dan manfaat dalam penggunaan yang ditentukan serta mendapat izin dari Direktur.

Pasal 14

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

Paragraf 4
Mars dan Hymne

Pasal 15

- (1) Mars dan *Hymne* RSUD Aji Muhammad Parikesit yaitu lagu resmi yang berjudul Mars RSUD Aji Muhammad Parikesit dan *Hymne* RSUD Aji Muhammad Parikesit 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 Aji Muhammad Parikesit berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unit organisasi bersifat khusus, dipimpin oleh seorang Direktur.

Paragraf 2
Tugas dan Fungsi

Pasal 17

- (1) RSUD Aji Muhammad Parikesit mempunyai tugas:
 - a. membantu Dinas Kesehatan dalam melaksanakan urusan Pemerintahan dalam upaya kesehatan perorangan secara paripurna sesuai dengan ketentuan 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 dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Aji Muhammad Parikesit mempunyai fungsi sebagai:
 - a. penyelenggara pelayanan medik;
 - b. penyelenggara pelayanan penunjang medik dan non medik;
 - 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 Aji Muhammad Parikesit merupakan milik Pemerintah Daerah yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Bupati.

Paragraf 2
Tanggung jawab dan wewenang Pemerintah Daerah

Pasal 19

- (1) Tanggung jawab Pemerintah Daerah terhadap RSUD Aji Muhammad Parikesit 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 Aji Muhammad Parikesit 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. menunjuk atau menetapkan Dewan Pengawas sebagai representasi Pemilik;

- b. menunjuk atau menetapkan personil susunan organisasi RSUD Aji Muhammad Parikesit;
- c. menetapkan tanggung jawab dan wewenang Dewan Pengawas;
- d. menetapkan struktur organisasi RSUD Aji Muhammad Parikesit;
- e. menetapkan tata cara pengelolaan keuangan RSUD Aji Muhammad Parikesit;
- f. menetapkan pengelolaan sumber daya manusia RSUD Aji Muhammad Parikesit;
- g. memberikan arahan kebijakan RSUD Aji Muhammad Parikesit melalui Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD);
- h. menilai dan menyetujui rencana anggaran yang didelegasikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD); dan
- i. menyetujui rencana strategi RSUD Aji Muhammad Parikesit.

Bagian Ketiga
Dewan Pengawas

Paragraf 1
Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 20

- (1) Dewan Pengawas merupakan representasi Pemilik.
- (2) Dewan Pengawas dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.

Paragraf 2
Organisasi dan Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 21

- (1) Organisasi Dewan Pengawas terdiri atas 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan dibantu oleh 2 (dua) orang anggota serta 1 (satu) orang sekretaris.

- (2) Struktur organisasi Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 22

Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri atas:

- a. 1 (satu) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan BLUD;
- b. 1 (satu) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
- c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.

Paragraf 3

Tanggung Jawab dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 23

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* RSUD Aji Muhammad Parikesit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan *non* teknis perumahsakitian secara internal di RSUD Aji Muhammad Parikesit.
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 24

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1), Dewan Pengawas mempunyai tanggung jawab dan wewenang sebagai berikut:
 - a. menyetujui dan mengkaji Visi Misi secara periodik;
 - b. menyetujui strategi dan rencana operasional RSUD Aji Muhammad Parikesit;
 - c. menyetujui partisipasi RSUD Aji Muhammad Parikesit dalam pendidikan profesional kesehatan dan penelitian serta mengawasi mutunya;
 - d. menyetujui dan menyediakan modal, dana operasional dan sumber daya lain, dan memenuhi misi, rencana strategis RSUD Aji Muhammad Parikesit;
 - e. melakukan evaluasi tahunan kinerja Direktur dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah ditetapkan;
 - f. mendukung Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dengan menyetujui Program PMKP;

- g. melakukan pengkajian laporan program PMKP setiap 3 (tiga) bulan, umpan balik perbaikan, evaluasi pada pertemuan berikutnya secara tertulis; dan
 - h. melakukan pengkajian laporan manajemen risiko setiap 6 (enam) bulan, umpan balik perbaikan, evaluasi pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
- (2) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas yang menjadi wewenang dan tanggung jawabnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Bupati sebagai bahan evaluasi secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam setahun dan/atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

Paragraf 4

Persyaratan dan Pembiayaan Dewan Pengawas

Pasal 25

Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas harus memenuhi syarat:

- a. sehat jasmani dan rohani;
- b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
- c. memahami penyelenggaraan Pemerintah Daerah;
- d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD;
- e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
- g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
- h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
- i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah dan/atau calon anggota legislatif.

Pasal 26

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran RSUD Aji Muhammad Parikesit.
- (2) Ketua, Anggota serta Sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 5

Pengakhiran dan Pemberhentian Dewan Pengawas

Pasal 27

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Pemilik.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e. mengundurkan diri;
 - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, Negara, dan/atau Daerah;
 - g. mempunyai benturan kepentingan dengan RSUD Aji Muhammad Parikesit; dan
 - h. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Pemilik.

Pasal 28

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (2), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Paragraf 6 Rapat Dewan Pengawas

Pasal 29

- (1) Dewan Pengawas melaksanakan rapat rutin paling sedikit 6 (enam) bulan sekali.
- (2) Dewan Pengawas melaksanakan rapat khusus dalam hal:
 - a. permintaan Direktur; dan
 - b. kepentingan Dewan Pengawas.
- (3) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun kalender.
- (4) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan kegiatan tahunan.

Paragraf 7 Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 30

- (1) Sekretaris Dewan Pengawas diangkat untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Untuk kelancaran Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Sekretaris Dewan Pengawas bertugas:
 - a. membantu administrasi pelaksanaan tugas Dewan Pengawas;
 - b. menyiapkan sarana yang dibutuhkan Dewan Pengawas; dan
 - c. membantu Dewan Pengawas dalam menyiapkan laporan.

- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Bagian Keempat
Susunan Organisasi

Pasal 31

- (1) Pengelolaan kegiatan RSUD Aji Muhammad Parikesit secara keseluruhan dipimpin oleh Direktur.
- (2) Direktur bertanggung jawab kepada Bupati.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya Direktur secara langsung dibantu oleh:
 - a. Wakil Direktur Pelayanan;
 - b. Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan;
 - c. Wakil Direktur Umum dan Keuangan;
 - d. Komite; dan
 - e. SPI.
- (4) Direktur juga dapat dibantu oleh Tim Kerja Khusus.
- (5) Tim Kerja Khusus sebagaimana yang dimaksud pada ayat (4) merupakan Pengelola Klaim.
- (6) Wakil Direktur disebut juga Pimpinan RSUD Aji Muhammad Parikesit.
- (7) Dalam melaksanakan tugasnya, Wakil Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, huruf b dan huruf c dibantu oleh Unit Kerja klinis dan non klinis.
- (8) Unit Kerja dibawah Wakil Direktur Pelayanan meliputi:
 - a. Bidang Pelayanan Medik;
 - b. Bidang Keperawatan;
 - c. Instalasi Pelayanan; dan
 - d. KSM.
- (9) Unit Kerja dibawah Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan meliputi :
 - a. Bidang Penunjang;
 - b. Bidang Pengembangan;

- c. Instalasi Penunjang;
 - d. Panitia Rekam Medis; dan
 - e. Panitia Farmasi dan Terapi.
- (10) Unit Kerja dibawah Wakil Direktur Umum dan Keuangan meliputi :
- a. Bagian Umum;
 - b. Bagian Penyusunan Program dan Keuangan; dan
 - c. Bagian Aset dan Tatalaksana.
- (11) Wakil Direktur, Komite dan SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, huruf b, huruf c, huruf d, huruf e dan Tim Kerja Khusus Pengelola Klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (5) bertanggungjawab langsung kepada Direktur.
- (12) Kepala Bidang dan Bagian merupakan unsur struktural yang bertanggungjawab kepada Wakil Direktur.
- (13) Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang dan Bagian diangkat dan diberhentikan oleh Bupati
- (14) Kepala Bidang dan Bagian disebut juga Pimpinan Unit Kerja non klinis.
- (15) Untuk menjalankan tugas dan tanggung jawabnya Unit Kerja dibantu oleh Tim Kerja.
- (16) Tim Kerja sebagaimana yang dimaksud pada ayat (15) ditetapkan oleh Direktur.
- (17) Struktur organisasi RSUD Aji Muhammad Parikesit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (18) Kepala Bidang dan Bagian menyusun Pedoman pengorganisasian dan Program Kerja yang ditetapkan oleh Direktur.
- (19) Penilaian kinerja Direktur, Pimpinan RSUD Aji Muhammad Parikesit dan Pimpinan Unit Kerja dilakukan untuk menggambarkan hasil atas capaian kegiatan pada periode tertentu.
- (20) Dalam melaksanakan tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggungjawabnya, Direktur, Pimpinan RSUD Aji Muhammad Parikesit dan Pimpinan Unit Kerja wajib mentaati ketentuan peraturan perundang-undangan dan peraturan internal RSUD Aji Muhammad Parikesit serta upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Pasal 32

- (1) Direktur selaku Kepala RSUD Aji Muhammad Parikesit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitian.
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (1) bertugas membantu Bupati melalui Dinas Kesehatan dalam urusan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur bertanggung jawab:
 - a. mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. menjalankan visi dan misi RSUD Aji Muhammad Parikesit yang telah ditetapkan;
 - c. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
 - d. menetapkan kebijakan RSUD Aji Muhammad Parikesit;
 - e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
 - f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada representatif Pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan;
 - g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat RSUD Aji Muhammad Parikesit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di RSUD Aji Muhammad Parikesit yang akan dilakukan pengukuran indikator mutu prioritas RSUD Aji Muhammad Parikesit (IMP-RS);
 - h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada representasi Pemilik/Dewan Pengawas;
 - i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada representasi Pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan;
 - j. menyusun rencana strategis RSUD Aji Muhammad Parikesit;
 - k. mengupayakan pemenuhan sumber daya di RSUD Aji Muhammad Parikesit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- l. membangun budaya organisasi yang sesuai dengan nilai RSUD Aji Muhammad Parikesit agar tercipta budaya kerja melayani yang mampu memberikan pelayanan publik berkualitas;
 - m. mewujudkan tata kelola RSUD Aji Muhammad Parikesit dan tata kelola klinis yang baik (*good corporate governance dan good clinical governance*);
 - n. mengimplementasikan konsep BLUD di RSUD Aji Muhammad Parikesit untuk mewujudkan kemandirian keuangan melalui pengelolaan keuangan RSUD Aji Muhammad Parikesit yang efektif dan efisien;
 - o. mengelola utang dan piutang;
 - p. mengimplementasikan RSUD Aji Muhammad Parikesit yang ramah lingkungan;
 - q. menghimpun dan menyampaikan data/informasi yang akan dikonsolidasikan ke dalam penyusunan laporan keuangan Dinas Kesehatan laporan penyelenggaraan pemerintahan Daerah, laporan kinerja instansi pemerintah, profil kesehatan serta laporan lain yang dibutuhkan kepada Dinas Kesehatan;
 - r. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan RSUD Aji Muhammad Parikesit kepada Dinas Kesehatan;
 - s. melaporkan capaian kinerja RSUD Aji Muhammad Parikesit meliputi laporan Tingkat Maturitas BLUD, SPM, dan indikator mutu RSUD Aji Muhammad Parikesit kepada Bupati melalui Dewan Pengawas;
 - t. melaporkan perencanaan dan pelaksanaan program upaya kesehatan perorangan kepada Dinas Kesehatan; dan
 - u. 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 memimpin:
- a. pembangunan zona integritas di RSUD Aji Muhammad Parikesit untuk menuju wilayah bebas korupsi/wilayah birokrasi bersih melayani;

- b. implementasi kendali biaya, kendali mutu, dan pencegahan terhadap potensi kecurangan dan gratifikasi di RSUD Aji Muhammad Parikesit sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;
- c. implementasi sistem pengendalian intern pemerintah dan manajemen risiko di lingkungan RSUD Aji Muhammad Parikesit;
- d. implementasi tata kelola arsip sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. implementasi pengadaan barang dan jasa yang senantiasa berpedoman pada prinsip efektif, efisien, dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. menandatangani surat perintah membayar;
- g. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan dan pejabat penatausahaan keuangan; dan
- h. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan Daerah.
- i. pendistribusian dan pendelegasian tugas kepada seluruh jajarannya sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing; dan
- j. pembinaan pegawai dan penilaian kinerja pegawai.

Pasal 33

- (1) Wakil Direktur Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (3) huruf a bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada sub direktorat pelayanan;
 - b. merumuskan kebijakan teknis pada sub direktorat pelayanan;
 - c. merumuskan rencana program kerja pada sub direktorat pelayanan;
 - d. merumuskan kebijakan administrasi pada sub direktorat pelayanan; dan
 - e. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dengan sub direktorat penunjang dan pengembangan serta sub direktorat umum dan keuangan.

- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Wakil Direktur Pelayanan bertanggung jawab:
- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna yang menjamin standar mutu melalui akreditasi RSUD Aji Muhammad Parikesit;
 - b. menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai RSUD Aji Muhammad Parikesit pada sub direktorat pelayanan;
 - d. bertanggung jawab menyusun perencanaan pada sub direktorat pelayanan dengan memperhatikan pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien;
 - e. melaksanakan implementasi RSUD Aji Muhammad Parikesit ramah lingkungan;
 - f. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan yang dibutuhkan RSUD Aji Muhammad Parikesit dari sub direktorat pelayanan;
 - g. mengupayakan pencapaian indikator kinerja BLUD terkait kinerja pelayanan dan mutu pelayanan, indikator mutu RSUD Aji Muhammad Parikesit serta SPM;
 - h. menghimpun risk register serta mengimplementasikan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) pada sub direktorat pelayanan;
 - i. melaksanakan tata kelola aset dan arsip pada sub direktorat pelayanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - j. mewujudkan penyusunan indikator dashboard untuk penilaian keberhasilan pada setiap unit/Instalasi pada sub direktorat pelayanan;
 - k. menghimpun bahan laporan kinerja pelayanan dan kinerja program dari upaya kesehatan perorangan yang akan dikonsolidasikan dengan laporan kinerja Dinas Kesehatan;
 - l. melakukan pembinaan terhadap manager *on duty/Asst. manager on duty* terkait masalah pada sub direktorat pelayanan;

- m. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada Direktur; dan
 - n. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Wakil Direktur Pelayanan berwenang:
- a. melaksanakan pengambilan keputusan pada sub direktorat pelayanan berdasarkan pendelegasian tugas dan melaporkan hasil keputusan kepada Direktur;
 - b. memimpin penyusunan, implementasi, monitoring dan evaluasi seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada sub direktorat pelayanan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - c. memimpin penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi kecurangan sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada sub direktorat pelayanan;
 - d. melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap capaian indikator mutu unit pelayanan;
 - e. memfasilitasi Komite medik/Komite keperawatan dalam penyusunan dan monitoring evaluasi panduan praktik klinik dan *Clinical Pathway* (CP);
 - f. menghimpun bahan laporan untuk penyusunan Profil Kesehatan serta laporan program terkait upaya kesehatan perorangan yang dibutuhkan oleh Dinas Kesehatan;
 - g. memimpin penilaian kinerja staf medis, staf keperawatan serta seluruh staf pada sub direktorat pelayanan; dan
 - h. memimpin pembinaan disiplin kepegawaian pada staf medis, staf keperawatan serta seluruh staf pada sub direktorat pelayanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 34

- (1) Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (3) huruf b bertugas:

- a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada sub direktorat penunjang dan pengembangan;
 - b. merumuskan kebijakan teknis pada sub direktorat penunjang dan pengembangan;
 - c. merumuskan rencana program kerja pada sub direktorat penunjang dan pengembangan;
 - d. merumuskan kebijakan administrasi pada sub direktorat penunjang dan pengembangan; dan
 - e. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dengan sub direktorat pelayanan serta sub direktorat umum dan keuangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan bertanggung jawab:
- a. menunjang penyelenggaraan pelayanan kesehatan paripurna yang menjamin standar mutu melalui akreditasi RSUD Aji Muhammad Parikesit;
 - b. menunjang penyelenggaraan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai RSUD Aji Muhammad Parikesit pada sub direktorat penunjang dan pengembangan;
 - d. merumuskan rencana pengembangan layanan RSUD Aji Muhammad Parikesit;
 - e. menyusun perencanaan pada sub direktorat penunjang dan pengembangan dengan memperhatikan pemenuhan standar (*input, proses dan output/outcome*) untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien;
 - f. mewujudkan jejaring dan kemitraan strategis yang bermanfaat bagi RSUD Aji Muhammad Parikesit dan stakeholder serta memfasilitasi penelitian dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan;
 - g. melaksanakan implementasi RSUD Aji Muhammad Parikesit ramah lingkungan;
 - h. mengupayakan penyelenggaraan sistem informasi manajemen RSUD Aji Muhammad Parikesit terintegrasi;

- i. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan yang dibutuhkan RSUD Aji Muhammad Parikesit dari sub direktorat penunjang dan pengembangan;
 - j. mengupayakan pencapaian indikator kinerja BLUD, SPM serta indikator mutu RSUD Aji Muhammad Parikesit terkait sub direktorat penunjang dan pengembangan;
 - k. menghimpun risk register serta mengimplementasikan sistem pengendalian intern pemerintah pada sub direktorat penunjang dan pengembangan;
 - l. melaksanakan tata kelola aset dan arsip pada sub direktorat penunjang dan pengembangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - m. mewujudkan penyusunan indikator dashboard untuk penilaian keberhasilan pada setiap unit/Instalasi pada sub direktorat penunjang dan pengembangan;
 - n. menghimpun bahan laporan kinerja pelayanan dan kinerja program dari upaya kesehatan perorangan yang akan dikonsolidasikan dengan laporan kinerja Dinas Kesehatan;
 - o. melaksanakan kerjasama operasional peralatan bersama Wakil Direktur Pelayanan serta Wakil Direktur Umum dan Keuangan;
 - p. melakukan pembinaan terhadap manager *on duty/asst. manager on duty* terkait masalah pada sub direktorat penunjang dan pengembangan;
 - q. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada Direktur; dan
 - r. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan berwenang:
- a. melaksanakan pengambilan keputusan pada sub direktorat penunjang dan pengembangan berdasarkan pendelegasian tugas dan melaporkan hasil keputusan kepada Direktur;
 - b. memimpin penyusunan, implementasi, monitoring dan evaluasi seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada sub direktorat penunjang dan pengembangan berdasarkan peraturan perundang-undangan;

- c. memimpin penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi kecurangan sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada sub direktorat penunjang dan pengembangan;
- d. memimpin upaya pemenuhan/realisasi pengembangan layanan RSUD Aji Muhammad Parikesit yang telah tercantum dalam dokumen rencana operasional;
- e. melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap capaian indikator mutu unit dibawah sub direktorat penunjang dan pengembangan;
- f. menghimpun bahan laporan untuk penyusunan Profil Kesehatan serta laporan program terkait upaya kesehatan perorangan yang dibutuhkan oleh Dinas Kesehatan;
- g. memimpin penilaian kinerja Jabatan Fungsional (staf medis dan tenaga kesehatan lain) serta seluruh pelaksana pada sub direktorat penunjang dan pengembangan; dan
- h. memimpin pembinaan disiplin kepegawaian pada Jabatan Fungsional (staf medis dan tenaga kesehatan lain) serta seluruh pelaksana pada sub direktorat penunjang dan pengembangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 35

- (1) Wakil Direktur Umum dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (3) huruf c bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada sub direktorat umum dan keuangan;
 - b. merumuskan kebijakan teknis pada sub direktorat umum dan keuangan;
 - c. merumuskan rencana program kerja pada sub direktorat umum dan keuangan;
 - d. merumuskan kebijakan administrasi pada sub direktorat umum dan keuangan; dan
 - e. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan sub direktorat pelayanan serta sub direktorat penunjang dan pengembangan.

- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wakil Direktur Umum dan Keuangan bertanggung jawab:
- a. menunjang penyelenggaraan pelayanan di RSUD Aji Muhammad Parikesit yang menjamin standar mutu dan keselamatan pasien melalui akreditasi RSUD Aji Muhammad Parikesit;
 - b. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai RSUD Aji Muhammad Parikesit pada sub direktorat umum dan keuangan dan pada seluruh pegawai RSUD Aji Muhammad Parikesit;
 - c. menyediakan sumber daya manusia, sarana-prasarana dan peralatan yang dibutuhkan untuk menunjang pelayanan kesehatan paripurna;
 - d. mengupayakan peningkatan pendapatan RSUD Aji Muhammad Parikesit sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
 - e. melakukan penyusunan dan evaluasi dokumen perencanaan RSUD Aji Muhammad Parikesit (Renstra, RBA, Renja) sesuai waktu yang ditetapkan;
 - f. melakukan penyusunan perencanaan pada sub direktorat umum dan keuangan dengan memperhatikan pemenuhan standar (*input*, proses, dan *output/outcome*) untuk menunjang pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien;
 - g. melakukan penyusunan dan evaluasi *hospital by laws* (HBL), dokumen tata kelola serta dokumen infrastruktur lainnya;
 - h. menunjang implementasi RSUD Aji Muhammad Parikesit ramah lingkungan;
 - i. melakukan pemuktahiran tugas dan fungsi, tata kelola RSUD Aji Muhammad Parikesit, *hospital by laws* (HBL) dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya yang sesuai dengan perkembangan RSUD Aji Muhammad Parikesit;
 - j. mengupayakan pencapaian indikator kinerja BLUD, SPM serta indikator mutu RSUD Aji Muhammad Parikesit terkait kinerja umum dan keuangan;
 - k. melaksanakan pendidikan dan pelatihan seluruh pegawai dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan;

- l. melakukan pengelolaan aset dan persediaan RSUD Aji Muhammad Parikesit meliputi perencanaan, pengadaan, penatausahaan, pemeliharaan, penertiban dan penghapusan;
 - m. melaksanakan tata kelola arsip di tingkat RSUD Aji Muhammad Parikesit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - n. melaksanakan rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa, belanja modal dan aset/persediaan RSUD Aji Muhammad Parikesit per triwulan, semester dan tahunan;
 - o. melakukan pengelolaan permintaan informasi dari pihak luar RSUD Aji Muhammad Parikesit dalam rangka keterbukaan informasi publik dan jika terjadi sengketa informasi;
 - p. menghimpun risk register serta mendorong implementasi sistem pengendalian intern pemerintah pada sub direktorat umum dan keuangan dan di seluruh RSUD Aji Muhammad Parikesit;
 - q. terhadap kepatuhan seluruh pejabat dan ASN RSUD Aji Muhammad Parikesit atas laporan harta kekayaan penyelenggara negara dan laporan harta kekayaan aparatur sipil negara;
 - r. mewujudkan penyusunan indikator dashboard untuk penilaian keberhasilan pada setiap bagian pada sub direktorat umum dan keuangan;
 - s. melakukan pembinaan terhadap manager *on duty/asst. manager on duty* terkait masalah pada sub direktorat umum dan keuangan;
 - t. menyusun dokumen pelaporan kinerja serta keuangan RSUD Aji Muhammad Parikesit secara tepat waktu;
 - u. menyusun dokumen pelaporan kinerja serta keuangan RSUD Aji Muhammad Parikesit secara tepat waktu;
 - v. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada Direktur; dan
 - w. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Wakil Direktur Umum dan Keuangan berwenang:

- a. melaksanakan pengambilan keputusan pada sub direktorat Umum dan Keuangan berdasarkan pendelegasian tugas dan melaporkan hasil keputusan kepada Direktur;
- b. memimpin penyusunan, implementasi, monitoring dan evaluasi seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada sub direktorat umum dan keuangan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- c. menghimpun data/informasi yang akan dikonsolidasikan kedalam penyusunan laporan keuangan Dinas Kesehatan, laporan penyelenggaraan Pemerintah Daerah, laporan Kinerja instansi pemerintah, profil kesehatan serta laporan lain yang dibutuhkan oleh Dinas Kesehatan;
- d. memimpin penyusunan dokumen pelaporan yang menjadi kewajiban RSUD Aji Muhammad Parikesit (Laporan Tingkat Maturitas BLUD, SPM, Indikator Mutu Rumah Sakit) sesuai waktu yang ditetapkan;
- e. memimpin upaya pengendalian biaya operasional RSUD Aji Muhammad Parikesit sesuai target yang telah ditetapkan;
- f. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan kesehatan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya, dan melakukan pencegahan terhadap potensi kecurangan sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;
- g. menghimpun rencana kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan RSUD Aji Muhammad Parikesit;
- h. memimpin pelaksanaan pengadaan barang dan jasa yang efektif, efisien dan bebas dari kepentingan;
- i. memfasilitasi pelaksanaan kerja sama operasional peralatan bersama Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan;
- j. memimpin pelaksanaan penilaian kinerja seluruh pegawai RSUD Aji Muhammad Parikesit; dan
- k. memimpin pembinaan disiplin kepegawaian pada seluruh staf RSUD Aji Muhammad Parikesit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kelima
Persyaratan Jabatan dan Persyaratan Kompetensi

Paragraf 1
Persyaratan Jabatan Direksi

Pasal 36

Persyaratan Jabatan untuk dapat diangkat menjadi Direksi adalah:

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahasakitan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengelola dan mengembangkan RSUD Aji Muhammad Parikesit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan RSUD Aji Muhammad Parikesit;
- e. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pencapaian visi dan misi RSUD Aji Muhammad Parikesit;
- f. memiliki jenjang kepangkatan sesuai peraturan perundang-undangan; dan
- g. bersedia menandatangani pakta integritas.

Paragraf 2
Persyaratan Kompetensi Direktur

Pasal 37

Persyaratan kompetensi untuk dapat diangkat menjadi Direktur yaitu:

- a. seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumah sakitan;
- b. Direktur telah mengikuti pelatihan perumahasakitan 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 huruf b harus dipenuhi sebelum atau paling lama satu tahun pertama setelah menduduki jabatan;

- d. pernah memimpin rumah sakit Kelas C dan/atau pernah menjabat sebagai Wakil Direktur rumah sakit kelas B paling singkat selama 1 (satu) tahun.

Paragraf 3

Persyaratan Kompetensi Wakil Direktur Pelayanan

Pasal 38

Persyaratan Kompetensi untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan yaitu:

- 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 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 harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 1 (satu) tahun di bidang pelayanan medik/kesehatan.

Paragraf 4

Persyaratan Kompetensi Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan

Pasal 39

Persyaratan Kompetensi untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan yaitu:

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata 2 (dua) bidang kesehatan.
- b. telah mengikuti pelatihan perumahsakitannya 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 sistem informasi;

- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf b harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 1 (satu) tahun di bidang perumahsakitian.

Paragraf 5
Persyaratan Kompetensi Wakil Direktur
Umum dan Keuangan

Pasal 40

Persyaratan kompetensi untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Umum dan Keuangan yaitu:

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata 2 (dua) bidang kesehatan atau sarjana ekonomi akuntansi;
- b. telah mengikuti pelatihan perumahsakitian 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 harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 1 (satu) tahun di bidang umum dan atau keuangan.

BAB VI
UNIT KERJA

Bagian Kesatu
Bidang

Pasal 41

- (1) Bidang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c angka 1 merupakan bidang yang membantu tugas dan berkedudukan dibawah serta bertanggungjawab kepada Wakil Direktur.
- (2) Bidang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

Paragraf 1
Bidang Pelayanan Medik

Pasal 42

- (1) Bidang Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (8) huruf a dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Pelayanan Medik yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan.
- (2) Kepala Bidang Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Pelayanan Medik;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Pelayanan terkait pemenuhan standar (input, proses dan *output/outcome*) dari Bidang Pelayanan Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Pelayanan Medik bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai RSUD Aji Muhammad Parikesit pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - b. menyelenggarakan asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mengembangkan layanan unggulan dan upaya pemenuhan sumber daya medis serta peningkatan pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
 - d. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi kecurangan sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;

- e. membantu Wakil Direktur Pelayanan terkait pendampingan dan pembinaan terhadap Instalasi pelayanan Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Bedah Sentral dan Instalasi Rawat Intensif;
- f. melakukan evaluasi terhadap penyusunan *Medical Staff By Laws* (MSBL);
- g. menyediakan seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan pada seluruh Instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Pelayanan Medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- h. melaksanakan peninjauan terhadap seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan pada seluruh Instalasi yang berada dibawah supervisi Pelayanan Medik secara berkala;
- i. melakukan penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Pelayanan Medik;
- j. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, tugas - tanggung jawab - wewenang dan program kerja Instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Pelayanan Medik dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja RSUD Aji Muhammad Parikesit;
- k. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Medik serta KSM dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- l. melakukan pembinaan dan pendampingan terhadap KSM agar terwujud asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien;
- m. mendampingi/menyusun indikator mutu Unit Kerja dan mutu unit pelayanan yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
- n. mengupayakan pencapaian target indikator mutu yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
- o. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- p. menyusun panduan praktik klinik dan standar operasional prosedur pelayanan yang menunjang kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit;

- q. memfasilitasi penyusunan, monitoring dan evaluasi *Clinical Pathway* (CP) bersama Komite/ bidang/ Instalasi terkait;
- r. menyediakan alur dan sistem pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi untuk semua layanan di rumah sakit termasuk pengembangan layanan baru;
- s. menjaga kontinuitas asuhan medik dari Instalasi Gawat Darurat (IGD)/Instalasi Rawat Jalan (IRJA)/ Instalasi Rawat Inap (IRNA)/Instalasi Rawat Intensif (IRIN)/Instalasi Bedah Sentral (IBS) yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- t. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan medis dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
- u. menyusun standar penilaian kinerja (*focused professional practice evaluation*/FPPE) dan indikator kinerja individu/indikator kinerja unit bagi staf medis serta pegawai di bawah Bidang Pelayanan Medik;
- v. mendorong kepatuhan staf medis terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
- w. mendorong kepatuhan staf medis terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
- x. mendorong kepatuhan staf medis terhadap SPM;
- y. mendorong kepatuhan staf medis terhadap panduan praktik klinik, standar operasional prosedur pelayanan serta *clinical pathway* (CP) dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- z. melakukan penyajian data menjadi informasi dari Bidang Pelayanan Medik;
- aa. menyusun risk register serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Bidang Pelayanan Medik;
- bb. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Pelayanan Medik;
- cc. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Pelayanan Medik;
- dd. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- ee. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Bidang Pelayanan Medik berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Peraturan Internal, *Medical Staf By Laws* (MSBL), Panduan Praktik Klinis (PPK), Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan, *Clinical Pathway* (CP) serta Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada IRJA, IBS, IRIN, dan Instalasi Rekam Medik dan Manajemen Data di bawah supervisi Wakil Direktur Pelayanan;
 - f. memimpin pencegahan kecurangan serta gratifikasi pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - g. memimpin penilaian kinerja staf medis serta pegawai di bawah Bidang Pelayanan Medik melalui FPPE serta indikator kinerja individu/indikator kinerja unit dan melaporkan kepada Wakil Direktur Pelayanan; dan
 - h. memimpin pembinaan pada staf medis serta pegawai lain yang berada dibawah Bidang Pelayanan Medik atas kepatuhan terhadap Peraturan Internal, MSBL, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Wakil Direktur Pelayanan.

Paragraf 2
Bidang Keperawatan

Pasal 43

- (1) Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (8) huruf b dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Keperawatan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan.
- (2) Kepala Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Keperawatan;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Pelayanan terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/outcome) dari Bidang Keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Keperawatan bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai rumah sakit pada staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan;
 - b. menyelenggarakan mutu pelayanan keperawatan melalui implementasi manajemen asuhan keperawatan profesional;
 - c. melakukan kegiatan asuhan keperawatan, peningkatan mutu dan etika pelayanan keperawatan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - d. mengembangkan pelayanan dan sumber daya keperawatan, layanan unggulan, pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
 - e. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi kecurangan sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;

- f. membantu Wakil Direktur Pelayanan terkait pendampingan dan pembinaan terhadap Instalasi pelayanan IRD dan IRNA;
- g. melakukan evaluasi terhadap penyusunan *Nursing Staff By Laws* (NSBL);
- h. menyediakan seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan keperawatan dan pada seluruh Instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- i. melaksanakan peninjauan terhadap seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan keperawatan dan pada seluruh Instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Keperawatan secara berkala;
- j. melakukan penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Pelayanan Keperawatan;
- k. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, tugas, tanggung jawab, wewenang dan program kerja Instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Keperawatan dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas, fungsi dan program kerja rumah sakit;
- l. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Keperawatan serta seminar keperawatan dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- m. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan Unit Kerja yang berada di bawah Bidang Keperawatan;
- n. mengupayakan pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan Unit Kerja yang berada di bawah Bidang Keperawatan;
- o. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- p. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap PPK, SOP Keperawatan serta CP dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- q. menjaga kontinuitas asuhan keperawatan dari IGD/IRJA/IRNA/IRIN/IBS yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;

- r. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan PCC;
 - s. menyusun standar penilaian kinerja FPPE dan indikator kinerja individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan;
 - t. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - u. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - v. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap SPM;
 - w. melakukan penyajian data menjadi informasi dari Bidang Keperawatan;
 - x. menyusun risk register serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Bidang Keperawatan;
 - y. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Keperawatan;
 - z. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya keperawatan serta pendidikan dan pelatihan;
 - aa. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
 - bb. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Bidang Keperawatan berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan keperawatan;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan keperawatan;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan keperawatan;

- d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Peraturan Internal, *Nursing Staf By Laws* (NSBL), SOP Keperawatan, CP serta SPM;
- e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada IGD dan IRNA di bawah supervisi Wakil Direktur Pelayanan;
- f. memimpin pencegahan kecurangan serta gratifikasi pada staf keperawatan serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Keperawatan;
- g. memimpin penilaian kinerja staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan melalui *Focused Professional Practice Evaluation*/FPPE serta IKI/IKU dan melaporkan kepada Wakil Direktur Pelayanan; dan
- h. memimpin pembinaan pada staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan atas kepatuhan terhadap Peraturan Internal, NSBL, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Wakil Direktur Pelayanan.

Paragraf 3 Bidang Penunjang

Pasal 44

- (1) Bidang Penunjang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (9) huruf a dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Penunjang yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan.
- (2) Kepala Bidang Penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Penunjang;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Bidang/Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan terkait pemenuhan standar (input, proses dan *output/outcome*) dari Bidang Penunjang untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.

- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Penunjang bertanggung jawab:
- a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan tata nilai rumah sakit pada tenaga kesehatan lain dan pada pegawai di bawah Bidang Penunjang;
 - b. melakukan kegiatan asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;
 - d. membantu Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan terkait pendampingan dan pembinaan terhadap Instalasi penunjang meliputi laboratorium, radiologi, rehabilitasi medis, farmasi, *Central Sterile Supply Department* (CSSD), Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPS-RS), laundry dan gizi serta Rekam Medis dan Manajemen Data;
 - e. menyediakan seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan non medik serta pada seluruh Instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Penunjang berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - f. melaksanakan peninjauan terhadap seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan non medik serta pada seluruh Instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Penunjang secara berkala;
 - g. melakukan penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Penunjang dan pada seluruh Instalasi di bawah supervisi Bidang Penunjang;
 - h. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, tugas, tanggung jawab, wewenang dan program kerja Instalasi yang berada di bawah supervisi Bidang Penunjang dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas, fungsi dan program kerja rumah sakit;
 - i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Tenaga Kesehatan Lain dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;

- j. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan Unit Kerja yang berada di bawah Bidang Penunjang;
- k. mengupayakan pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan Unit Kerja yang berada di bawah Bidang Penunjang;
- l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- m. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain terhadap PPK, SPO Pelayanan serta CP dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- n. menjaga kontinuitas pelayanan penunjang dari laboratorium, radiologi, rehabilitasi medis, farmasi, CSSD, IPS-RS, laundry dan gizi pada IGD/IRJA/IRNA/IRIN/IBS sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- o. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan tenaga kesehatan lain dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan PCC;
- p. menyusun standar penilaian kinerja berupa IKI dan IKU bagi tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang;
- q. melakukan pemeliharaan peralatan kesehatan/ penunjang secara
- r. melaksanakan inventarisasi dan rekonsiliasi peralatan kesehatan/penunjang serta persediaan perbekalan farmasi bersama Bagian Umum dan Bagian Penyusunan Program dan Keuangan secara berkala;
- s. melakukan perhitungan dan audit utilisasi alat kesehatan bersama Instalasi, Tim Kerja Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS);
- t. mengkoordinasikan penyusunan dan pelaksanaan formularium rumah sakit secara tepat waktu;
- u. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
- v. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
- w. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang terhadap SPM;

- x. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Penunjang;
 - y. melakukan penyajian data menjadi informasi pada urusan penunjang medik dan non medik;
 - z. menyusun risk register serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada urusan penunjang medik dan non medik;
 - aa. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Penunjang;
 - bb. menyelesaikan tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan/ Inspektorat Daerah dari Bidang Penunjang;
 - cc. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
 - dd. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Bidang Penunjang berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan penunjang medik dan non medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan penunjang medik dan non medik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan penunjang medik dan non medik;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPK, SPO, CP serta SPM;
 - e. melaksanakan monitoring dan evaluasi kerjasama dalam bentuk KSO peralatan yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. memfasilitasi penyelesaian masalah pada Instalasi penunjang di bawah supervisi Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan;
 - g. memimpin pencegahan kecurangan serta gratifikasi pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang;

- h. memimpin penilaian kinerja tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang melalui IKI dan IKU dan melaporkan kepada Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan; dan
- i. memimpin pembinaan pada tenaga kesehatan lain serta pegawai di bawah Bidang Penunjang atas kepatuhan terhadap Peraturan Internal, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan.

Paragraf 4
Bidang Pengembangan

Pasal 45

- (1) Bidang Pengembangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (9) huruf b dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Pengembangan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan.
- (2) Kepala Bidang Pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Pengembangan;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bagian/bidang terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bidang Pengembangan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bidang Pengembangan bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai rumah sakit pada seluruh karyawan rumah sakit;
 - b. menerapkan standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerjasama;

- c. menyediakan seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerjasama berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- d. melaksanakan peninjauan terhadap seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerjasama secara berkala;
- e. melakukan penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
- f. melakukan penyajian data menjadi informasi pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerjasama;
- g. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan kinerja BLUD serta memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit di bawah Bidang Pengembangan;
- h. implementasi reformasi birokrasi, e-government dan zona integritas;
- i. melaksanakan survei indeks kepuasan masyarakat, survei internal organisasi, survei indeks persepsi korupsi;
- j. mendorong pelaksanaan penelitian dalam rangka pengembangan layanan rumah sakit;
- k. menyusun dokumen rencana pengembangan layanan rumah sakit berkoordinasi dengan bidang yang berada di bawah sub direktorat pelayanan;
- l. mendorong terciptanya berbagai inovasi di rumah sakit secara berkesinambungan dalam rangka mewujudkan pelayanan publik yang berkualitas;
- m. melakukan upaya pemasaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan untuk meningkatkan dan mempertahankan citra serta reputasi rumah sakit yang baik;
- n. melakukan analisis pasar, segmentasi pasar, sasaran pasar, penempatan pasar dan perencanaan pemasaran;
- o. menyusun dokumen roadmap pemasaran sesuai perubahan kondisi internal dan eksternal rumah sakit;
- p. membangun kerjasama yang baik dengan berbagai pemangku kepentingan agar tercapai sinergisitas yang optimal bagi kedua belah pihak;

- q. melakukan pengelolaan kearsipan pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
 - r. menyusun risk register serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerjasama;
 - s. menyelesaikan tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan/ Inspektorat Daerah dari Bidang Pengembangan;
 - t. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
 - u. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Bidang Pengembangan berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
 - d. memimpin penyusunan laporan urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama;
 - e. memimpin pencegahan kecurangan serta gratifikasi pada Bidang Pengembangan;
 - f. memimpin penilaian kinerja staf pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama; dan
 - g. memimpin pembinaan pegawai pada urusan penelitian, pengembangan dan inovasi serta pemasaran dan kerja sama.

Bagian Kedua
Bagian

Pasal 46

- (1) Bagian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c angka 2 merupakan bagian yang membantu tugas dan berkedudukan dibawah serta bertanggungjawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (2) Bagian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Bagian yang diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

Paragraf 1
Bagian Umum

Pasal 47

- (1) Bagian Umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (10) huruf a dipimpin oleh seorang Kepala Bagian Umum yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (2) Kepala Bagian Umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bagian Umum;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bagian/bidang terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bagian Umum untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bagian Umum bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai rumah sakit pada Bagian Umum;
 - b. menerapkan standar akreditasi dan keselamatan pasien terkait urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik;

- c. menyediakan seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- d. melaksanakan peninjauan terhadap seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik secara berkala;
- e. melakukan penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik;
- f. melakukan penyajian data menjadi informasi pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik;
- g. menunjang mutu rumah sakit melalui penyediaan sumber daya manusia, sarana prasarana/peralatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu Unit Kerja di bawah Bagian Umum;
- i. melakukan pengadaan dan pemeliharaan peralatan, sarana, prasarana, bangunan serta jalan di rumah sakit;
- j. melaksanakan pengadaan barang dan jasa yang efektif, efisien dan bebas dari kepentingan;
- k. melakukan pengelolaan persediaan rumah sakit;
- l. melakukan pengelolaan parkir, keamanan, ketertiban, kebersihan, kerapian dan keindahan rumah sakit;
- m. melakukan pengadaan, pembinaan, monitoring dan evaluasi semua pihak ketiga (outsourcing) yang bekerjasama dengan rumah sakit;
- n. menyusun analisis jabatan dan analisis beban kerja dan pola ketenagaan;
- o. 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;

- p. menyusun *Training Need Assessment* (TNA) dan penyusunan perencanaan pendidikan dan pelatihan (diklat) sesuai dengan gap kebutuhan diklat yang terdapat didalam dokumen TNA;
 - q. mengkoordinasikan terlaksananya kegiatan pembelajaran, bimbingan dan pelatihan dari pihak eksternal di rumah sakit;
 - r. melakukan pengelolaan keterbukaan informasi publik, layanan pengaduan masyarakat, serta pelaksanaan fungsi PPID Pembantu;
 - s. mengupayakan kehumasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan untuk meningkatkan dan mempertahankan citra serta reputasi rumah sakit yang baik;
 - t. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Bagian Umum;
 - u. menyusun rencana kebutuhan pada pada Bagian Umum;
 - v. melakukan penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan/ Inspektorat Daerah pada Bagian Umum;
 - w. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
 - x. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Bagian Umum memiliki berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien terkait urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik;
 - d. mengupayakan kepatuhan atas laporan harta kekayaan penyelenggara negara dan laporan harta kekayaan aparatur sipil negara;

- e. memimpin upaya penyelesaian komplain berkoordinasi dengan bidang dan bagian di rumah sakit sesuai standar waktu yang telah ditetapkan;
- f. memimpin pencegahan kecurangan serta gratifikasi pada Bagian Umum;
- g. memimpin penyusunan laporan pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik;
- h. memimpin penilaian kinerja pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik serta seluruh pegawai rumah sakit; dan
- i. memimpin pembinaan pegawai pada urusan kepegawaian, pendidikan dan pengembangan SDM sumber daya manusia serta rumah tangga dan komunikasi pelayanan publik serta memfasilitasi pembinaan seluruh pegawai rumah sakit sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada.

Paragraf 2

Bagian Penyusunan Program dan Keuangan

Pasal 48

- (1) Bagian Penyusunan Program dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (10) huruf b dipimpin oleh seorang Kepala Bagian Penyusunan Program dan Keuangan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (2) Kepala Bagian Penyusunan Program dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bagian Penyusunan Program dan Keuangan;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bagian/bidang terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada wakil Direktur Umum dan Keuangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bagian Penyusunan Program dan Keuangan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.

- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bagian Penyusunan Program dan Keuangan bertanggung jawab:
- a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai rumah sakit pada urusan Perencanaan Program dan Evaluasi serta Perbendaharaan, Mobilisasi Dana dan Akuntansi;
 - b. menerapkan standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan Perencanaan Program dan Evaluasi serta Perbendaharaan, Mobilisasi Dana dan Akuntansi;
 - c. menyediakan seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. melaksanakan peninjauan terhadap seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala;
 - e. melakukan penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada urusan Perencanaan Program dan Evaluasi serta Perbendaharaan, Mobilisasi Dana dan Akuntansi;
 - f. melakukan penyajian data menjadi informasi pada urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi;
 - g. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan kinerja BLUD melalui penyediaan sumber daya keuangan untuk pemenuhan sumber daya manusia, sarana prasarana/peralatan serta memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit di bawah Bagian Penyusunan Program dan Keuangan;
 - h. menyelenggarakan penatausahaan keuangan rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - i. melakukan optimalisasi pendapatan dan pengendalian biaya operasional rumah sakit sesuai dengan target yang telah ditetapkan;
 - j. mengupayakan penggalan potensi pendapatan rumah sakit yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- k. melaksanakan penatausahaan piutang dan utang rumah sakit secara optimal;
- l. melakukan peninjauan dan usulan tarif rumah sakit berdasarkan unit *cost* secara berkala;
- m. mengelola sistem pembayaran jasa pelayanan berbasis kinerja dengan melibatkan bagian/bidang/Instalasi/unit/kelompok/unsur lain yang terkait di bawah supervisi Direktur;
- n. memimpin rekonsiliasi terhadap kegiatan pengadaan barang dan jasa serta modal di rumah sakit secara berkala dan berkesinambungan;
- o. menjaga ketepatan waktu pembayaran gaji, tunjangan, jasa pelayanan dan kewajiban pada pihak ketiga sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- p. melakukan pengendalian anggaran dalam rangka menjaga ketersediaan kas untuk keberlangsungan operasional rumah sakit;
- q. menghimpun dan melakukan sinkronisasi terhadap usulan kebutuhan bidang/bagian;
- r. menyusun dokumen perencanaan program dan evaluasi secara tepat waktu;
- s. menyusun dokumen laporan keuangan rumah sakit secara tepat waktu;
- t. menyusun Perjanjian Kinerja;
- u. melakukan pengelolaan kearsipan pada urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala sesuai dengan perundang-undangan;
- v. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala;
- w. melakukan penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan Inspektorat Daerah dari Bagian Penyusunan Program dan Keuangan maupun ditingkat rumah sakit;
- x. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- y. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Bagian Penyusunan Program dan Keuangan berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien terkait urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala;
 - d. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penggunaan anggaran dan penatausahaan pembayaran secara berkala dan berkesinambungan;
 - e. mengkoordinasikan pemenuhan atas permintaan data kinerja keuangan rumah sakit dari aparat pengawasan intern pemerintah;
 - f. memberikan pendapat dari sisi keuangan terhadap rencana kerjasama operasional yang akan dilakukan oleh rumah sakit;
 - g. memimpin penyusunan laporan urusan perencanaan program dan evaluasi serta perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi secara berkala;
 - h. memimpin pencegahan kecurangan serta gratifikasi pada Bagian Penyusunan Program dan Keuangan;
 - i. memimpin penilaian kinerja staf pada urusan perencanaan program dan evaluasi, perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi; dan
 - j. memimpin pembinaan pegawai pada urusan perencanaan program dan evaluasi, perbendaharaan, mobilisasi dana dan akuntansi.

Paragraf 3
Bagian Aset dan Tata Laksana

Pasal 49

- (1) Bagian Aset dan Tata Laksana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (10) huruf c dipimpin oleh seorang Kepala Bagian Aset dan Tata Laksana yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (2) Kepala Bagian Aset dan Tata Laksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas:
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bagian/bidang terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur Umum Dan Keuangan terkait pemenuhan standar (*input*, proses dan *output/outcome*) dari Bagian Aset dan Tata Laksana untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Kepala Bagian Aset dan Tata Laksana bertanggung jawab:
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai rumah sakit pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - b. menerapkan standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - c. menyediakan seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada pada Bagian Aset dan Tata Laksana berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. melaksanakan peninjauan terhadap seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Bagian Aset dan Tata Laksana secara berkala;
 - e. melakukan penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - f. melakukan penyajian data menjadi informasi pada Bagian Aset dan Tata Laksana;

- g. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu Unit Kerja di bawah Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - h. melaksanakan penatausahaan, pemeliharaan, penghapusan, penataan serta penertiban aset rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - i. melakukan penertiban barang milik Daerah yang tercatat didalam kartu inventaris barang rumah sakit;
 - j. melaksanakan kompilasi SPO, standar pelayanan, pemutakhiran regulasi rumah sakit serta penguatan kelembagaan;
 - k. melakukan pengelolaan seluruh dokumen kebijakan, pedoman, panduan, SPO yang ada di rumah sakit;
 - l. menyusun tugas dan fungsi/tugas, pemutakhiran Peraturan Internal/tata kelola rumah sakit dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
 - m. melakukan pengelolaan kearsipan di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - n. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - o. menyusun rencana kebutuhan pada pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - p. melakukan penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan/Inspektorat Daerah pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - q. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
 - r. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Kepala Bagian Aset dan Tata Laksana berwenang:
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Bagian Aset dan Tata Laksana;

- d. memimpin pencegahan kecurangan serta gratifikasi pada pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
- e. memimpin penyusunan laporan pada Bagian Aset dan Tata Laksana;
- f. memimpin penilaian kinerja pada Bagian Aset dan Tata Laksana; dan
- g. memimpin pembinaan pegawai pada Bagian Aset dan Tata Laksana sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada.

Bagian Ketiga SPI

Pasal 50

- (1) SPI merupakan Unit Kerja non klinis yang bersifat non struktural.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c angka 3 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 51

- (1) Ketua dan Anggota SPI diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya SPI berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua dan Anggota SPI 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 SPI dapat 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 atau pejabat berwenang; 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 52

- (1) Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c angka 4 merupakan Unit Kerja non klinis yang bersifat non struktural.
- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab langsung kepada Direktur.
- (3) Pembentukan Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan beban kerja dan kebutuhan organisasi yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Komite mempunyai tugas memberi pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (5) Dalam menjalankan tugas, Komite dapat membentuk Sub Komite yang merupakan kelompok kerja tertentu yang ditetapkan oleh Direktur;
- (6) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Ketua.

- (7) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (8) Ketentuan lebih lanjut mengenai penjabaran susunan organisasi, tugas dan fungsi serta tata kerja Komite diuraikan dalam Pedoman Pengorganisasian yang ditetapkan oleh Direktur.
- (9) Komite menyusun Program Kerja Komite yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 1
Komite Medik

Pasal 53

- (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 sub Komite terdiri dari:
 - a. Sub Komite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. Sub Komite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. Sub Komite 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/MSBL dan ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Peraturan Internal Staf Medis/MSBL 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.

Paragraf 2
Komite Keperawatan

Pasal 54

- (1) Komite Keperawatan merupakan Unit Kerja di rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh sub Komite terdiri dari:
 - a. Sub Komite kredensial bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan;
 - b. Sub Komite mutu profesi bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan; dan
 - c. Sub Komite 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/NSBL dan ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Peraturan Internal Staf Keperawatan/NSBL 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, standar akreditasi rumah sakit dan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 3
Komite Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 55

- (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, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh sub Komite terdiri atas:

- a. sub Komite kredensial bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lain;
- b. sub Komite mutu profesi bertugas melakukan audit tenaga kesehatan lain dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lain;
- c. sub Komite etik dan disiplin profesi bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Bagian Kelima Instalasi

Pasal 56

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c angka 5 merupakan Unit Kerja klinis dan bersifat non struktural.
- (2) Instalasi bertanggungjawab kepada Direktur melalui wakil Direktur.
- (3) Pembentukan Instalasi 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 57

- (1) Panitia Rekam Medis merupakan Unit Kerja non klinis yang bersifat non struktural.
- (2) Panitia Rekam Medis dibentuk oleh Direktur merupakan Unit Kerja yang mempunyai tugas dalam perencanaan, pergerakan 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 Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan.
- (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 58

- (1) Panitia Farmasi dan Terapi merupakan Unit Kerja non klinis yang bersifat non struktural.
- (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 Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan.
- (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
KSM

Pasal 59

- (1) KSM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf c angka 7 merupakan Unit Kerja non klinis yang bersifat non struktural.
- (2) KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kelompok profesi medik terdiri dari dokter, dokter spesialis, dokter sub spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis 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 Wakil Direktur Pelayanan.
- (4) Pembentukan KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan beban kerja dan kebutuhan organisasi yang di tetapkan oleh Direktur.
- (5) KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Ketua.
- (6) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (5) 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 60

- (1) Pegawai Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. ASN; dan/atau
 - b. *Non* ASN, 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 dokter internsip, tenaga alih daya (*outsourcing*), dan tenaga kontrak perorangan sesuai dengan kebutuhan dan ketentuan yang berlaku.

Pasal 61

Seluruh pegawai Rumah Sakit wajib mentaati semua peraturan peundangan-undangan serta peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.

Paragraf 2

Kode Etik dan Tata Nilai Organisasi

Pasal 62

- (1) Setiap ASN dan *Non* ASN dalam melaksanakan tugas kedinasan dan kehidupan sehari-hari wajib bersikap dan berpedoman pada Kode Etik ASN dan *Non* ASN 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 ASN dan *Non* ASN; dan
 - g. etika terhadap profesi.
- (2) Setiap ASN dan *Non* ASN dalam melaksanakan tugas kedinasan wajib berperilaku dan berpedoman pada Tata Nilai (*core values*) yang merupakan cerminan budaya organisasi rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9.
- (3) Setiap ASN dan *Non* ASN wajib mematuhi, mentaati dan melaksanakan Kode Etik ASN dan *Non* ASN.

- (4) Pelaksanaan Kode Etik dan Tata Nilai Organisasi ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kedua
Pengelolaan Keuangan

Pasal 63

- (1) Pendapatan rumah sakit 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 pertanggung jawaban keuangan diatur sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.

Pasal 64

- (1) Dalam pengelolaan keuangan Direktur RSUD Aji Muhammad Parikesit 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 65

- (1) Dalam pengelolaan aset Direktur RSUD Aji Muhammad Parikesit 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: pembukuan, inventarisasi, dan pelaporan.
- (7) Penggunaan dan pertanggung jawaban Pengelolaan Fasilitas dan Inventaris diatur sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.

Bagian Keempat Administrasi Umum

Paragraf 1 Pengaturan

Pasal 66

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 67

- (1) Rapat Dewan Pengawas Rumah Sakit rapat yang dihadiri oleh Direksi dan Dewan Pengawas.
- (2) Rapat Direksi yaitu rapat yang dihadiri oleh Direktur dan Wakil Direktur.
- (3) Rapat Pimpinan Struktural yaitu rapat yang dihadiri oleh Direktur, Wakil Direktur serta Kepala Bidang/Bagian.
- (4) Rapat Manajemen yaitu rapat yang dihadiri oleh Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang/Bagian serta Kepala Unit Kerja non Struktural.

- (5) Rapat Koordinasi yaitu rapat yang dihadiri oleh Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang/Bagian, Kepala Unit Kerja non Struktural serta Tim Kerja.
- (6) Rapat Komite yaitu rapat yang dihadiri oleh Direktur dan Komite.
- (7) Rapat sebagaimana disebut dalam ayat (2), ayat (3), ayat (4), ayat (5), ayat (6) dipimpin oleh Direktur.
- (8) Wakil Direktur dapat menjadi pimpinan rapat sebagaimana disebut dalam ayat (3), ayat (4), ayat (5) apabila didelegasikan oleh Direktur.
- (9) Wakil Direktur dapat memimpin rapat tanpa mendapat delegasi dari Direktur untuk rapat yang dihadiri oleh Unit Kerja yang menjadi tanggungjawabnya.
- (10) Ketentuan lebih lanjut termasuk tata cara rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ayat (3) ayat (4), ayat (5), dan ayat (6) ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 3
Stempel

Pasal 68



Stempel/cap rumah sakit adalah stempel/cap RSUD Aji Muhammad Parikesit sesuai ketentuan stempel di lingkungan Pemerintah Kabupaten Kutai Kartanegara yang digunakan dalam pengelolaan tata naskah dinas.

Paragraf 4
Hak Mewakili

Pasal 69

- (1) Dalam hal Direktur berhalangan, Direktur dapat diwakili oleh Wakil Direktur Pelayanan, Wakil Direktur Penunjang dan Pengembangan dan/atau Wakil Direktur Umum dan Keuangan.

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

BAB XII REVIEW DAN PERUBAHAN

Pasal 70

- (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 perumahsakitian; dan
 - 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 XIII KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 71

- (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 XIV KETENTUAN PENUTUP

Pasal 72

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Nomor 117 Tahun 2016 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Pada Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Pariksit dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 73

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 17 Oktober 2023

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

ttd

EDI DAMANSYAH

Diundangkan di Tenggarong
pada tanggal 17 Oktober 2023

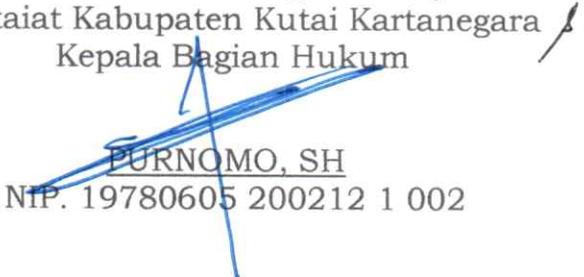
**SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA,**

ttd

SUNGGONO

BERITA DAERAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA TAHUN 2023 NOMOR 69

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
Sekretariat Kabupaten Kutai Kartanegara /
Kepala Bagian Hukum


PURNOMO, SH
NIP. 19780605 200212 1 002