



BUPATI KUTAI KARTANEGARA

**PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
BUPATI KUTAI KARTANEGARA**

**PERATURAN BUPATI KUTAI KARTANEGARA
NOMOR 71 TAHUN 2015**

TENTANG

**URAIAN TUGAS PEJABAT STRUKTURAL
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
AJI MUHAMMAD PARIKESIT**

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

- Menimbang :
- a. bahwa untuk meningkatkan kinerja pegawai, perlu dilakukan penataan uraian tugas pejabat struktural di Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit;
 - b. bahwa Peraturan Bupati Nomor 89 Tahun 2012 tentang Uraian Tugas Pejabat Struktural pada Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit Kabupaten Kutai Kartanegara sudah tidak sesuai dengan perkembangan dan keadaan sehingga perlu di tinjau kembali;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b diatas, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Uraian Tugas Pejabat Struktural Pada 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 (Lembaga Negara republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) sebagai Undang-Undang (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);

3. Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3890);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144; Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
7. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
8. 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 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintah;

12. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
13. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2012 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah;
14. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 57 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penataan Organisasi Perangkat Daerah;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971/MENKES/PER/XI/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/ PER/XI/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2012 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembangunan Zona Integritas Menuju Wilayah Bebas Dari Korupsi Dan Wilayah Birokrasi Bersih Dan Melayani Di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional;
21. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Nomor 52 Tahun 2014 tentang Pedoman Pembangunan Zona Integritas Menuju Wilayah Bebas Dari Korupsi Dan Wilayah Birokrasi Bersih Dan Melayani;
22. Peraturan Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Nomor 11 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan yang Menjadi Kewenangan Pemerintah Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 11).
23. Peraturan Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Nomor 12 Tahun 2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit.

24. Keputusan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 256/SK-BUP/HK/2014 tentang Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Pada Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit;

MEMUTUSKAN :

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

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
2. Kepala Daerah yang selanjutnya disebut Bupati adalah Bupati Kutai Kartanegara.
3. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara yang mempunyai tugas membantu Bupati dalam menyusun kebijakan dan mengkoordinasikan dinas daerah dan lembaga teknis daerah.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit Kabupaten Kutai Kartanegara, selanjutnya disingkat RSUD A.M Parikesit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk semua jenis penyakit dari pelayanan dasar sampai dengan spesialisasi sesuai dengan kemampuannya.
5. Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
6. Direktur adalah Direktur RSUD A.M Parikesit.
7. Dewan Pengawas adalah unsur-unsur yang dibentuk pemerintah daerah Kabupaten Kutai Kartanegara yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan keuangan dan Pelayanan Rumah Sakit.
8. Eselonisasi adalah tingkatan jabatan struktural.

9. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah unsur pengawasan internal yang bertugas melaksanakan pengawasan internal terhadap pengelolaan dan pemanfaatan sumber daya di RSUD A.M. Parikesit.
10. Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Rumah Sakit yang keanggotaannya dipilih dari tenaga ahli atau profesi kesehatan dibidangnya masing-masing.
11. Instalasi adalah unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian Rumah Sakit.
12. Kelompok Jabatan Fungsional adalah kelompok (Tenaga) Pegawai Negeri Sipil yang diberi hak dan wewenang secara penuh oleh pejabat berwenang sesuai keahliannya dalam rangka menunjang tugas kepala dan Direktur masing-masing organisasi Perangkat Daerah.
13. Staf Medik Fungsional yang selanjutnya disingkat SMF adalah kelompok Dokter yang bekerja di bidang Medis dalam jabatan fungsional.
14. Rencana Strategis selanjutnya disebut RENSTRA adalah dokumen perencanaan satuan kerja perangkat daerah untuk priode 5 (lima) tahun.
15. Rencana Kerja selanjutnya disebut RENJA adalah dokumen perencanaan satuan kerja perangkat daerah untuk priode 1 (satu) tahun.
16. Perjanjian Kerja selanjutnya disebut PK adalah keluaran dan hasil dari kegiatan atau program yang hendak dicapai sehubungan dengan penggunaan anggaran dengan kuantitas dan kualitas terukur.
17. Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah selanjutnya disebut LAKIP adalah iktisar yang menjelaskan secara ringkas dan lengkap tentang capaian kinerja yang disusun berdasarkan rencana kerja yang ditetapkan dalam rangka pelaksanaan APBD.
18. Laporan Hasil Kekayaan Penyelenggara Negara selanjutnya disebut LHKPN.
19. Laporan Pajak-Pajak Pribadi selanjutnya disebut LP2P.
20. Laporan Keterangan Pertanggungjawaban selanjutnya disebut LKPJ.
21. Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah selanjutnya disebut LPPD;
22. Laporan Keuangan Pemerintah Daerah selanjutnya disebut LKPD.

BAB II KEDUDUKAN, TUGAS POKOK DAN FUNGSI

Bagian Pertama Kedudukan

Pasal 2

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

Bagian Kedua Tugas Pokok

Pasal 3

Rumah Sakit Umum Daerah mempunyai tugas pokok melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah bidang pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan dan penelitian.

Bagian Ketiga F u n g s i

Pasal 4

Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam pasal 2, Rumah Sakit Umum Daerah mempunyai fungsi antara lain :

- a. perumusan kebijakan teknis bidang pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan dan penelitian sesuai dengan rencana strategis yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Daerah;
- b. pemberian dukungan atas perencanaan, pembinaan dan pengendalian kebijakan bidang pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan dan penelitian;
- c. perumusan, perencanaan, pembinaan, koordinasi dan pengendalian urusan umum dan keuangan;
- d. perumusan, perencanaan, pembinaan, koordinasi dan pengendalian pelayanan bidang medik dan keperawatan.

- e. perumusan, perencanaan, pembinaan, koordinasi, pengendalian, penunjang dan pengembangan sumber daya manusia serta peningkatan mutu;
- f. pembinaan kelompok jabatan fungsional; dan

**Bagian Keempat
Susunan Organisasi**

Pasal 5

Susunan organisasi RSUD A.M. Parikesit terdiri dari :

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

BAB III URAIAN TUGAS

Bagian Kesatu Direktur

Pasal 6

Uraian Tugas Direktur terdiri dari :

- a. membantu Kepala Daerah sesuai dengan bidang tugasnya melalui Sekretaris Daerah;
- b. mewujudkan pelayanan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika serta menjalankan fungsi rumah sakit berdasarkan Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit;
- c. memimpin rumah sakit untuk menjamin pelaksanaan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna;
- d. memimpin penyusunan, implementasi dan evaluasi *hospital bylaws* (HBL), *medical staff bylaws* (MSBL), rencana strategi bisnis (RSB) dan dokumen infrastruktur organisasi/ manajemen lainnya dalam rangka pencapaian tujuan rumah sakit;
- e. mengupayakan terpenuhinya kebutuhan akan bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, peralatan serta pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan di rumah sakit sesuai dengan persyaratan Undang-Undang;
- f. menetapkan kebijakan dan memimpin implementasinya untuk memenuhi standar akreditasi rumah sakit yaitu pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's;
- g. memimpin implementasi sistem pelayanan di rumah sakit yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- h. memimpin implementasi konsep BLUD di rumah sakit dalam rangka meningkatkan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas, dan penerapan praktek bisnis yang sehat;
- i. memimpin evaluasi pencapaian indikator kinerja keuangan dan layanan rumah sakit BLUD;

- j. mengupayakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*good governance* dan *clinical governance*);
- k. mengupayakan pembangunan zona integritas menuju wilayah bebas korupsi (WBK)/wilayah birokrasi bersih melayani (WBBM);
- l. menetapkan kebijakan pelaksanaan sistem pengawasan intern pemerintah di rumah sakit untuk mencapai tata kelola yang baik;
- m. memimpin penyelenggaraan dan evaluasi implementasi serta pengukuran kinerja organisasi dan indikator program kerja;
- n. memfasilitasi penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, bimbingan dan penilaian kinerja serta peningkatan kualitas kehidupan kerja seluruh pegawai;
- o. memimpin dan menetapkan kebijakan penyusunan tarif dan implementasi sistem remunerasi yang sesuai dengan regulasi;
- p. mengembangkan pelayanan unggulan, jejaring dan kemitraan strategis yang bermanfaat bagi rumah sakit dan stakeholder serta memfasilitasi penelitian di rumah sakit dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan;
- q. menetapkan kebijakan tentang pencatatan dan pelaporan terhadap semua kegiatan dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit
- r. berkoordinasi dengan dinas kesehatan dalam pembangunan kesehatan di Kabupaten Kutai Kartanegara;
- s. melaporkan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan (BLUD, PK, LAKIP, LPPD, LKPD dan laporan lainnya) yang diberikan oleh Kepala Daerah;
- t. membuat dan menyampaikan laporan hasil pelaksanaan tugas kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah; dan
- u. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Bupati.

Pasal 7

Ukuran Hasil Kinerja Direktur terdiri dari :

- a. terwujudnya pelayanan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan dan responsif dan sesuai dengan etika serta menjalankan fungsi RS berdasarkan Undang-Undang Nomor. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
- b. dokumen RSB, RBA, HBL, MSBL, dan dokumen infrastruktur organisasi/ manajemen lainnya;
- c. terpenuhinya bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, peralatan serta pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan di rumah sakit sesuai dengan persyaratan Undang-Undang;
- d. tersedianya dokumen dan terlaksananya akreditasi;
- e. terlaksananya pelayanan kesehatan yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- f. terimplementasikannya konsep BLUD dalam pengelolaan keuangan;
- g. dokumen hasil evaluasi pencapaian indikator kinerja keuangan dan layanan rumah sakit BLUD;
- h. tercapainya tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*Good governance* dan *clinical governance*);
- i. terwujudnya pembangunan zona integritas menuju wilayah bebas korupsi (WBK)/ wilayah birokrasi bersih melayani (WBBM) pada RSUD A.M Parikesit;
- j. dokumen kebijakan pelaksanaan sistem pengawasan intern pemerintah di rumah sakit untuk mencapai tata kelola yang baik;
- k. terselenggaranya pelaksanaan dan evaluasi implementasi serta pengukuran kinerja organisasi dan indikator program kerja;
- l. dokumen pengukuran kinerja organisasi dan indikator program kerja;
- m. terselenggaranya pendidikan, pelatihan, bimbingan, dan penilaian kinerja serta peningkatan kualitas kehidupan kerja seluruh pegawai;
- n. dokumen kebijakan penyusunan tarif;

- o. dokumen tarif yang baru;
- p. terlaksananya sistem remunerasi;
- q. tersedianya pelayanan unggulan, jejaring, dan kemitraan strategis yang bermanfaat bagi rumah sakit dan stakeholder;
- r. terlaksananya penelitian di rumah sakit dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan;
- s. dokumen kebijakan tentang pencatatan dan pelaporan terhadap semua kegiatan dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit;
- t. terciptanya koordinasi yang baik dengan dinas kesehatan dalam pembangunan kesehatan di kabupaten kutai kartanegara; dan
- u. dokumen laporan pertanggung jawaban tugas dan pekerjaan (BLUD, LAKIP, LPPD, LKPD dan laporan lainnya) yang diberikan oleh Kepala Daerah.

Pasal 8

Persyaratan Jabatan Direktur terdiri dari :

- a. seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumah sakitan;
- b. direktur rumah sakit telah mengikuti pelatihan perumah sakitan 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 poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama satu tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan pernah memimpin Rumah sakit Kelas C dan/atau pernah menjabat sebagai Wakil Direktur Rumah sakit kelas B paling singkat selama 3 (tiga) tahun.

Bagian Kedua
Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Pasal 9

Uraian Tugas Wakil Direktur Umum dan Keuangan terdiri dari :

- a. mengkoordinir penyelenggaraan, inventarisasi data dan informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait dengan bagian umum, pengembangan dan keuangan;
- b. mengkoordinir penyusunan kebijakan dan standar pelayanan bagian umum, pengembangan dan keuangan dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika dalam etika dalam era JKN-BPJSK;
- c. mengkoordinir implementasi kebijakan, pengawasan dan evaluasi program dan pengukuran kinerja di bagian umum, pengembangan dan keuangan dan tingkat rumah sakit termasuk dalam pemenuhan standar akreditasi;
- d. berkoordinasi dengan wakil direktur pelayanan dalam penyusunan, implementasi dan evaluasi perencanaan rumah sakit, *hospital by laws* (HBL) dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya dalam rangka pencapaian tujuan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan akreditasi;
- e. berkoordinasi dengan wakil direktur pelayanan dalam pemantauan, pemeliharaan serta pembinaan sistem informasi manajemen (SIM) rumah sakit;
- f. memimpin penyusunan struktur organisasi, tugas pokok dan fungsi, tata kelola rumah sakit (HBL) dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya yang sesuai dengan perkembangan rumah sakit bersama dengan bagian/instalasi/unit di rumah sakit;
- g. menyelenggarakan bimbingan, pembinaan, pengembangan dan evaluasi kinerja staf di bagian umum, pengembangan dan keuangan;
- h. mengkoordinir pengumpulan data bagian umum, pengembangan dan keuangan di rumah sakit sebagai usulan dalam penyusunan RPJMD;

- i. mengkoordinir penyusunan sumber penerimaan, alokasi, pengelolaan dan evaluasi penggunaan anggaran untuk seluruh pelayanan perumahsakit;
- j. mengkoordinir perencanaan dan pengadaan kebutuhan bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian dan peralatan yang sesuai dengan persyaratan Undang-Undang;
- k. mengkoordinasikan, memfasilitasi, mengusulkan dan menerbitkan SK pejabat dan panitia pengadaan barang dan jasa serta penerima hasil pekerjaan pengadaan barang dan jasa pemerintah di bidang tugasnya secara transparan dan akuntabel sesuai dengan regulasi yang berlaku;
- l. menetapkan kebijakan teknis, mengkoordinir dan mengawasi implementasi konsep BLUD di rumah sakit dalam rangka meningkatkan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas, dan penerapan praktek bisnis yang sehat;
- m. mengkoordinir implementasi dan evaluasi pencapaian indikator kinerja keuangan dan layanan rumah sakit BLUD khususnya pertumbuhan pembelajaran untuk meningkatkan jumlah, jenis dan kualitas SDM;
- n. mengkoordinir terselenggaranya sistem pelayanan dan kebijakan tarif serta sistem remunerasi di rumah sakit yang sesuai dengan sistem JKN;
- o. mengkoordinir evaluasi pelayanan kepada pelanggan (internal dan eksternal) dan manajemen komplain pelanggan;
- p. mengembangkan jejaring dan kemitraan strategis yang bermanfaat bagi rumah sakit dan stakeholder serta memfasilitasi penelitian di rumah sakit dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan;
- q. memimpin pengelolaan permintaan informasi dari pihak luar rumah sakit dalam rangka keterbukaan informasi publik dan jika terjadi sengketa informasi;
- r. mengawasi pelaksanaan inventarisasi aset dan persediaan rumah sakit meliputi pencatatan, pelaporan, penggunaan, pemeliharaan dan pemusnahan;

- s. mengkoordinir rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa, belanja modal dan aset/persediaan rumah sakit per triwulan, semester dan tahunan;
- t. memimpin penyusunan laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan (BLUD, PK, LAKIP, LPPD, LKPD, dan laporan lainnya);
- u. mengkoordinir pencatatan dan pelaporan semua kegiatan di bagian umum, pengembangan, dan keuangan ke sistem informasi manajemen rumah sakit; rumah sakit memimpin rekrutmen pegawai sesuai dengan kebijakan rumah sakit dan aturan yang berlaku;
- v. memimpin pembinaan disiplin kepegawaian pada seluruh staf rumah sakit dan mengusulkan pemberian sanksi bagi staf yang melanggar;
- w. memimpin persiapan setiap audit keuangan rumah sakit dan kegiatan tindak lanjut audit;
- x. berkoordinasi dengan wakil direktur pelayanan dalam memimpin penyelesaian masalah yang berkaitan dengan kerjasama pihak ketiga;
- y. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- z. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan.

Pasal 10

Ukuran Hasil Kinerja Wakil Direktur Umum dan Keuangan terdiri dari :

- a. terselenggaranya inventarisasi data dan informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait dengan bagian umum, pengembangan dan keuangan;
- b. dokumen inventarisasi data dan informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait dengan bagian umum, pengembangan dan keuangan;
- c. terlaksananya penyusunan kebijakan dan standar pelayanan administrasi umum dan keuangan dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsive, dan sesuai dengan etika dalam era JKN-BPJSK;

- d. dokumen kebijakan dan standar pelayanan administrasi umum dan keuangan dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika dalam etika dalam era JKN-BPJSK.
- e. terimplementasinya kebijakan, terlaksananya pengawasan, dan evaluasi program serta pengukuran kinerja di bagian umum, pengembangan dan keuangan dan tingkat rumah sakit termasuk dalam pemenuhan standar akreditasi;
- f. dokumen kebijakan dan standar pelayanan umum dan keuangan dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsive, dan sesuai dengan etika dalam etika JKN-BPJSK;
- g. dokumen rapat koordinasi dengan wakil direktur pelayanan dalam penyusunan, implementasi dan evaluasi perencanaan rumah sakit, *hospital by laws* (HBL) dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya dalam rangka pencapaian tujuan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan akreditasi;
- h. dokumen perencanaan rumah sakit, *hospital bylaws* (HBL) dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya dalam rangka pencapaian tujuan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan akreditasi;
- i. terselenggaranya pembimbingan, pembinaan, pengembangan, dan evaluasi kinerja staf di bagian umum, pengembangan, dan keuangan;
- j. terlaksananya pengumpulan data bidang upaya kesehatan perorangan sebagai usulan dalam penyusunan RPJMD;
- k. dokumen berisi kumpulan data bidang upaya kesehatan perorangan sebagai usulan dalam penyusunan RPJMD;
- l. terkoordinirnya penyusunan sumber penerimaan, alokasi, pengelolaan, dan evaluasi penggunaan anggaran untuk seluruh pelayanan perumah sakitan;
- m. dokumen berisi daftar sumber penerimaan, alokasi, pengelolaan, dan evaluasi penggunaan anggaran untuk seluruh pelayanan perumah sakitan;

- n. terlaksananya evaluasi penggunaan anggaran untuk seluruh pelayanan perumah sakitan;
- o. laporan hasil evaluasi penggunaan anggaran untuk seluruh pelayanan perumah sakitan;
- p. terlaksananya perencanaan dan pengadaan kebutuhan bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian dan peralatan yang sesuai dengan persyaratan Undang-Undang;
- q. dokumen perencanaan dan pengadaan kebutuhan bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, dan peralatan yang sesuai dengan persyaratan Undang-Undang;
- r. dokumen SK pejabat dan panitia pengadaan barang dan jasa serta penerima hasil pekerjaan pengadaan barang dan jasa pemerintah di bidang tugasnya yang transparan dan akuntabel sesuai dengan regulasi yang berlaku;
- s. dokumen kebijakan teknis, mengkoordinir dan mengawasi implementasi konsep BLUD di rumah sakit dalam rangka meningkatkan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas, dan penerapan praktek bisnis yang sehat;
- t. terimplementasinya dan terlaksananya evaluasi pencapaian indikator kinerja keuangan dan layanan rumah sakit BLUD khususnya pertumbuhan pembelajaran untuk meningkatkan jumlah, jenis, dan kualitas SDM;
- u. laporan hasil evaluasi pencapaian indikator kinerja keuangan dan layanan rumah sakit BLUD khususnya pertumbuhan pembelajaran untuk meningkatkan jumlah, jenis, dan kualitas SDM;
- v. terselenggaranya sistem pelayanan dan kebijakan tarif serta sistem remunerasi di rumah sakit yang sesuai dengan sistem JKN;
- w. terlaksananya evaluasi pelayanan kepada pelanggan (internal dan eksternal) dan manajemen komplain pelanggan;
- x. laporan hasil evaluasi pelayanan kepada pelanggan (internal dan eksternal) dan manajemen komplain pelanggan;

- y. terjalinnya jejaring dan kemitraan strategis yang bermanfaat bagi rumah sakit dan stakeholder serta terselenggaranya penelitian di rumah sakit dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan;
- z. tersedianya pelayanan terhadap permintaan informasi dari pihak luar rumah sakit dalam rangka keterbukaan informasi publik dan jika terjadi sengketa informasi;
- aa. terlaksananya pengawasan pelaksanaan inventarisasi aset dan persediaan rumah sakit meliputi pencatatan, pelaporan, penggunaan, pemeliharaan, dan pemusnahan;
- bb. terlaksananya inventarisasi aset dan persediaan rumah sakit meliputi pencatatan, pelaporan, penggunaan, pemeliharaan, dan pemusnahan;
- cc. dokumen inventarisasi aset dan persediaan rumah sakit meliputi pencatatan, pelaporan, penggunaan, pemeliharaan dan pemusnahan;
- dd. terselenggaranya rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa dan belanja modal per triwulan, semester dan tahunan.
- ee. dokumen hasil rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa, belanja modal dan aset/persediaan per triwulan, semester dan tahunan.
- ff. dokumen laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan (BLUD, PK, LAKIP, LPPD, LKPD dan laporan lainnya).
- gg. terlaksananya pencatatan dan pelaporan semua kegiatan di bidang administrasi umum, SDM dan Keuangan ke Sistem Informasi Manajemen rumah sakit;
- hh. terlaksananya rekrutmen pegawai sesuai dengan kebijakan rumah sakit dan aturan yang berlaku;
- ii. terlaksananya pembinaan disiplin kepegawaian bagi seluruh staf rumah sakit dan dokumen usulan pemberian sanksi bagi staf yang melanggar;
- jj. terlaksananya proses audit keuangan yang berjalan lancar, komunikatif dan transparan;
- kk. terselenggaranya penyelesaian masalah yang berkaitan dengan kerjasama pihak ketiga;
- ll. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan

mm. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 11

Persyaratan Jabatan Wakil Direktur Umum dan Keuangan terdiri dari :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata 2 (dua) bidang kesehatan atau sarjana ekonomi akuntansi;
- b. telah mengikuti pelatihan perumahan sakitan 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 poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun di bidang keuangan.

Paragraf Kesatu Bagian Umum

Pasal 12

Uraian Tugas Bagian Umum terdiri dari :

- a. mengkoordinir, mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait tata usaha dan kepegawaian, humas dan hukum serta umum dan rumah tangga;
- b. menyusun kebijakan dan standar pelayanan tata usaha dan kepegawaian, humas dan hukum serta umum dan rumah tangga dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika dalam era JKN-BPJSK;

- c. menyusun kebijakan dan mengkoordinir implementasi kebijakan yang terkait perjalanan dinas;
- d. mengkoordinir penyusunan kebijakan dan mengkoordinir implementasinya sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di tata usaha dan kepegawaian, humas dan hukum serta umum dan rumah tangga;
- e. turut membantu dalam penyusunan laporan tahunan rumah sakit (PK, LAKIP, LPPD dan laporan kinerja BLUD) dalam hal penyediaan data;
- f. mengkoordinir penyusunan struktur organisasi, tugas pokok dan fungsi, tata kelola rumah sakit (HBL) dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya yang sesuai dengan perkembangan rumah sakit bersama dengan bagian/instalasi/unit di rumah sakit;
- g. mengkoordinir penyusunan petunjuk teknis, perumusan sistem dan prosedur tata hubungan kerja yang berkaitan dengan organisasi dan tata laksana di rumah sakit;
- h. mengkoordinir penyusunan *roadmap* manajemen sumber daya manusia (perencanaan, pengembangan SDM, pola ketenagaan, pola dan tata cara rekrutmen, uraian tugas dan kualifikasi persyaratan jabatan) setiap staf pada seluruh unit/instalasi yang sesuai dengan perkembangan rumah sakit;
- i. memimpin pengelolaan administrasi kepegawaian, menyiapkan data-data kepegawaian termasuk personal file bagi setiap staf rumah sakit, daftar urut kepangkatan, formasi dan ketersediaan pegawai, buku induk pegawai, informasi jabatan dan beban kerja serta mengadministrasikan usulan, mutasi, promosi dan demosi, tata cara ijin-cuti pegawai dan laporan kepegawaian;
- j. memimpin pelaksanaan kegiatan ketatausahaan rumah sakit;
- k. menyelenggarakan kegiatan pengelolaan, ketatausahaan, kepegawaian, rumah tangga, logistik, hukum dan humas dalam rangka pencapaian akreditasi;
- l. mengkoordinir penyelenggaraan pembimbingan, pembinaan, pengembangan dan evaluasi kinerja staf tata usaha dan kepegawaian, humas dan hukum serta umum dan rumah tangga;

- m. mengkoordinir pembinaan disiplin kepegawaian pada seluruh staf rumah sakit dan mengusulkan pemberian sanksi bagi staf yang melanggar;
- n. memimpin pengukuran kinerja bagiannya dan kinerja organisasi berbasis indikator kinerja BLUD;
- o. mengkoordinir pelaksanaan pengadaan prasarana, bangunan, kefarmasian dan peralatan yang sesuai standar rumah sakit dengan melibatkan seluruh unit di rumah sakit yang terkait;
- p. mengkoordinir penyusunan petunjuk teknis pengadaan barang dan jasa serta modal di rumah sakit;
- q. mengkoordinir dan mensinkronisasi usulan perencanaan dari sub bagian di bawahnya dalam penyusunan perencanaan rumah sakit;
- r. memimpin evaluasi pelayanan kepada pelanggan (internal dan eksternal) dan manajemen komplain pelanggan bekerjasama dengan kepala bagian pengembangan;
- s. memimpin pengusulan pejabat dan panitia untuk pengadaan barang dan jasa serta penerima hasil pekerjaan pengadaan barang dan jasa pemerintah yang transparan dan akuntabel sesuai dengan regulasi yang berlaku;
- t. turut serta dalam rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa, belanja modal dan aset/persediaan rumah sakit per triwulan, semester dan tahunan serta turut memberi masukan dalam penyusunan RTP;
- u. mengkoordinir pelaksanaan inventarisasi aset dan persediaan meliputi rekonsiliasi, pencatatan, penggunaan, pemeliharaan, pemusnahan dan pelaporan;
- v. mengkoordinir penyelenggaraan kegiatan, pengelolaan logistik dan rumah tangga meliputi kegiatan registrasi, penyimpanan, pendistribusian, pemeliharaan bangunan dan peralatan yang sesuai dengan standar rumah sakit;
- w. mengkoordinir kegiatan rumah tangga yang menunjang penyelenggaraan kegiatan pelayanan;
- x. memimpin dan mengkoordinasikan kegiatan kehumasan rumah sakit;

- y. mengkoordinir pengelolaan terhadap permintaan informasi dari pihak luar rumah sakit dalam rangka keterbukaan informasi publik dan jika terjadi sengketa informasi;
- z. memimpin dan mengkoordinasikan penyusunan produk hukum dan penyelesaian masalah hukum di rumah sakit;
- aa. mengkoordinir kegiatan keprotokolan di rumah sakit;
- bb. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan;
- cc. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasa.

Pasal 13

Ukuran Hasil Kinerja Bagian Umum terdiri dari :

- a. dokumen yang berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait kepegawaian dan tata usaha, hukum dan humas serta umum dan rumah tangga;
- b. dokumen kebijakan dan standar pelayanan terkait kepegawaian dan tata usaha, hukum dan humas serta umum dan rumah tangga dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsive, dan sesuai dengan etika JKN-BPJSK;
- c. dokumen kebijakan dan terimplementasinya kebijakan yang telah disusun sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di kepegawaian dan tata usaha, hukum dan humas serta umum dan rumah tangga;
- d. dokumen kebijakan dan terimplementasinya kebijakan tentang kegiatan yang terkait perjalanan dinas;
- e. dokumen rapat penyusunan laporan tahunan rumah sakit (PK, LAKIP, LPPD dan laporan kinerja BLUD) dengan bidang terkait;
- f. tersedianya data yang dibutuhkan dalam penyusunan laporan tahunan rumah sakit (PK, LAKIP, LPPD dan laporan kinerja BLUD);

- g. dokumen struktur organisasi, tugas pokok dan fungsi, tata kelola rumah sakit (HBL) dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya yang sesuai dengan perkembangan rumah sakit yang disusun bersama dengan bagian/instalasi/unit di rumah sakit;
- h. dokumen rapat bersama bagian/instalasi/unit di rumah sakit dalam menyusun struktur organisasi, tata kelola rumah sakit (HBL) dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya yang sesuai dengan perkembangan rumah sakit;
- i. dokumen yang berisipetunjukteknis, perumusan sistem dan prosedur tata hubungan kerja yang berkaitan dengan organisasi dan tatalaksana di rumah sakit;
- j. dokumen *roadmap* manajemen sumber daya manusia (perencanaan, pengembangan SDM, pola ketenagaan, pola dan tata cara rekrutmen, uraian tugas dan kualifikasi persyaratan jabatan) setiap staf pada seluruh unit/instalasi yang sesuai dengan perkembangan rumah sakit;
- k. terlaksananya pengelolaan administrasi kepegawaian dan tersedianya data-data kepegawaian termasuk personal file bagi setiap staf rumah sakit, daftar urut kepangkatan, formasi dan ketersediaan pegawai, buku induk pegawai, informasi jabatan dan beban kerja serta mengadministrasikan usulan, mutasi, promosi dan demosi, tata cara ijin-cuti pegawai dan laporan kepegawaian;
- l. terlaksananya kegiatan ketatausahaan rumah sakit
- m. terselenggaranya kegiatan pengelolaan, ketatausahaan, kepegawaian, rumah tangga, logistik, hukum dan humas dalam rangka pencapaian akreditasi;
- n. terselenggaranya pembimbingan, pembinaan, pengembangan, dan evaluasi kinerja staf bagian umum;
- o. terlaksananya pengukuran kinerja bagiannya dan kinerja organisasi berbasis indikator kinerja BLUD;
- p. terlaksananya pengadaan prasarana, bangunan, kefarmasian dan peralatan yang sesuai standar rumah sakit dengan melibatkan seluruh unit di rumah sakit yang terkait;
- q. dokumen petunjuk teknis pengadaan barang dan jasa serta modal di rumah sakit;

- r. terlaksananya evaluasi pelayanan kepada pelanggan (internal dan eksternal) dan manajemen complain pelanggan;
- s. laporan hasil evaluasi pelayanan kepada pelanggan (internal dan eksternal) dan manajemen complain pelanggan;
- t. dokumen berisi usulan pejabat dan panitia untuk pengadaan barang dan jasa serta penerima hasil pekerjaan pengadaan barang dan jasa pemerintah yang transparan dan akuntabel sesuai dengan regulasi yang berlaku;
- u. peran aktif dalam rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa, belanja modal dan aset/persediaan rumah sakit per triwulan, semester, dan tahunan;
- v. terlaksananya rekonsiliasi, inventarisasi asset, dan persediaan meliputi pencatatan, penggunaan, pemeliharaan, pemusnahan dan pelaporan;
- w. dokumen berisi inventarisasi asset dan persediaan meliputi pencatatan, penggunaan, pemeliharaan, pemusnahan, dan pelaporan;
- x. terselenggaranya kegiatan, pengelolaan logistic dan rumah tangga meliputi kegiatan registrasi, penyimpanan, pendistribusian, pemeliharaan bangunan dan peralatan yang sesuai dengan standar rumah sakit;
- y. terlaksananya kegiatan rumah tangga yang menunjang penyelenggaraan kegiatan pelayanan;
- z. terlaksananya kegiatan kehumasan rumah sakit ;
- aa. tersedianya pelayanan terhadap permintaan informasi dari pihak luar rumah sakit dalam rangka keterbukaan informasi publik dan jika terjadi sengketa informasi;
- bb. terlaksananya penyusunan produk hukum dan penyelesaian masalah hukum di rumah sakit;
- cc. dokumen-dokumen berisi produk hukum di rumah sakit;
- dd. terselenggaranya kegiatan keprotokolan di rumah sakit;
- ee. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- ff. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 14

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang administrasi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun sesuai dengan bidang tugasnya.

Paragraf Kesatu Bagian Kesatu Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga

Pasal 15

Uraian Tugas Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga terdiri dari :

- a. melaksanakan inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang terkait sub bagian umum dan rumah tangga;
- b. mengimplementasikan kebijakan sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian umum dan rumah tangga;
- c. melaksanakan pengelolaan umum dan rumah tangga berdasarkan standar yang ditetapkan,
- d. melakukan pengukuran kinerja sub bagian umum dan rumah tangga;
- e. mengimplementasikan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian umum dan rumah tangga;
- f. menyusun perencanaan kegiatan dan indikator penilaian kinerja pada sub bagian umum dan rumah tangga sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan Akreditasi;

- g. turut berperan aktif dalam penyusunan struktur organisasi, tugas pokok dan fungsi, tata kelola BLUD, hospital bylaws (HBL), dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
- h. menyelenggarakan bimbingan dan pembinaan serta petunjuk teknis yang berkaitan dengan umum, dan rumah tangga;
- i. menyelenggarakan kegiatan pengelolaan aset serta persediaan meliputi kegiatan registrasi, penyimpanan, pendistribusian, pemeliharaan dan pengendalian yang sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan;
- j. mengusulkan penghapusan barang milik daerah;
- k. memberikan pelayanan, kebutuhan serta perawatan ruang kerja, kebersihan, ketertiban, kendaraan dinas dan keindahan taman serta penyediaan bahan bakar kendaraan dinas dan ambulans serta parker;
- l. turut serta dalam rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa dan belanja modal, per triwulan, semester dan tahunan;
- m. melakukan rekonsiliasi pertanggungjawaban aset/persediaan per triwulan, semester dan tahunan;
- n. melaksanakan pengurusan perjalanan dinas, keamanan kantor serta seluruh lingkungan rumah sakit dan pelayanan kerumahtanggaan lainnya termasuk pergudangan;
- o. turut membantu dalam penyusunan laporan tahunan rumah sakit (PK, LAKIP, LPPD dan laporan kinerja BLUD);
- p. melaksanakan pengadaan prasarana, bangunan, kefarmasian dan peralatan yang sesuai standar akreditasi rumah sakit dengan melibatkan seluruh unit di rumah sakit yang terkait;
- q. menyusun petunjuk teknis pengadaan barang dan jasa serta modal di rumah sakit;
- r. mengusulkan pejabat dan panitia untuk pengadaan barang dan jasa serta penerima hasil pekerjaan pengadaan barang dan jasa pemerintah yang transparan dan akuntabel sesuai dengan regulasi yang berlaku;
- s. melaksanakan pelayanan keprotokoleran di rumah sakit;
- t. melaksanakan penyimpanan dokumen-dokumen penting rumah sakit sesuai dengan SOP;
- u. berkerjasama dengan sub bagian tata usaha dan kepegawaian dalam hal penataan arsip rumah sakit;

- v. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- w. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan.

Pasal 16

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga terdiri dari :

- a. dokumen inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang terkait sub bagian umum dan rumah tangga;
- b. terimplementasinya kebijakan sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian umum dan rumah tangga;
- c. terlaksananya pengelolaan umum dan rumah tangga berdasarkan standar yang ditetapkan;
- d. terlaksananya pengukuran kinerja staf sub bagian umum dan rumah tangga;
- e. terimplementasinya sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian umum dan rumah tangga;
- f. dokumen struktur organisasi, tata kelola BLUD, *hospital bylaws* (HBL), dan dokumen infrastruktur organisasi/ manajemen lainnya;
- g. dokumen perencanaan kegiatan dan indikator penilaian kinerja pada sub bagian umum dan rumah tangga sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan Akreditasi;
- h. dokumen rapat dengan unit lainnya dalam proses penyusunan struktur organisasi, tugas pokok dan fungsi, tata kelola BLUD, *hospital bylaws* (HBL), dan dokumen infrastruktur organisasi/ manajemen lainnya;
- i. terselenggaranya pembimbingan dan pembinaan serta tersedianya petunjuk teknis yang berkaitan dengan umum dan rumah tangga;
- j. keikutsertaan dalam rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa dan belanja modal rumah sakit per triwulan, semester, dan tahunan;
- k. terlaksananya rekonsiliasi pertanggungjawaban aset/ persediaan per triwulan, semester dan tahunan;

- l. terselenggaranya kegiatan pengelolaan aset dan persediaan meliputi kegiatan registrasi, penyimpanan, pendistribusian, pemeliharaan bangunan, dan peralatan yang sesuai standar rumah sakit;
- m. dokumen hasil pengelolaan aset dan persediaan meliputi kegiatan registrasi, penyimpanan, pendistribusian, pemeliharaan bangunan, dan peralatan yang sesuai standar rumah sakit;
- n. dokumen usulan penghapusan barang milik daerah;
- o. tersedianya pelayanan, kebutuhan serta perawatan ruang kerja, kebersihan, ketertiban, kendaraan dinas, dan keindahan taman serta penyediaan bahan bakar kendaraan dinas dan ambulans serta parkir;
- p. terawatnya ruang kerja, tercapainya kebersihan, ketertiban, kendaraan dinas dan keindahan taman serta tersedianya bahan bakar kendaraan dinas dan ambulans serta parkir;
- q. terlaksananya pengurusan perjalanan dinas, keamanan kantor serta keseluruhan lingkungan rumah sakit dan pelayanan kerumahtanggaan lainnya termasuk pergudangan;
- r. laporan tahunan rumah sakit (PK, LAKIP, LPPD dan laporan kinerja BLUD);
- s. dokumen rapat penyusunan Laporan tahunan rumah sakit (PK, LAKIP, LPPD dan laporan kinerja BLUD);
- t. terlaksananya pengadaan prasarana, bangunan, kefarmasian dan peralatan yang sesuai standar akreditasi rumah sakit dengan melibatkan seluruh unit di V yang terkait;
- u. dokumen petunjuk teknis pengadaan barang dan jasa serta modal di rumah sakit;
- v. dokumen usulan pejabat dan panitia untuk pengadaan barang dan jasa serta penerima hasil pekerjaan pengadaan barang dan jasa pemerintah yang transparan dan akuntabel sesuai dengan regulasi yang berlaku;
- w. terlaksananya pelayanan keprotokoleraan di RS;
- x. terselenggaranya penyimpanan dokumen-dokumen penting rumah sakit sesuai dengan SOP;
- y. terselenggaranya kerjasama yang baik dengan sub bagian kepegawaian dan tata usaha dalam hal penataan arsip rumah sakit;
- z. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan

- aa. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 17

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga terdiri dari :

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

Paragraf Kesatu
Bagian Kedua
Sub Bagian Kepegawaian dan Tata Usaha

Pasal 18

Uraian Tugas Sub Bagian Kepegawaian dan Tata Usaha terdiri dari :

- a. melaksanakan inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian tata usaha dan kepegawaian;
- b. mengimplementasikan kebijakan sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian tata usaha dan kepegawaian;
- c. melaksanakan pengelolaan tata usaha dan kepegawaian berdasarkan standar yang ditetapkan;
- d. melakukan pengukuran kinerja sub bagian tata usaha dan kepegawaian dan seluruh staf rumah sakit dalam bentuk dokumen sasaran kerja pegawai (SKP);
- e. mengimplementasikan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian tata usaha dan kepegawaian;
- f. menyusun perencanaan kegiatan dan indikator penilaian kinerja pada sub bagian tata usaha dan kepegawaian sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan Akreditasi;

- g. menyelenggarakan pembimbingan dan pembinaan serta menyusun petunjuk teknis yang berkaitan dengan tata usaha dan kepegawaian;
- h. melaksanakan pelayanan naskah dinas, kearsipan, pengetikan, penggandaan, pendistribusian dan pelayanan penerimaan tamu;
- i. melaksanakan tata kearsipan yang baik berkerjasama dengan sub bagian umum dan rumah tangga;
- j. membuat alur dan tata cara pengedaran undangan, surat edaran, pengumuman serta pemberitahuan lain;
- k. melaksanakan administrasi kepegawaian, menyiapkan data-data kepegawaian termasuk *personal file* setiap pegawai, daftar urut kepangkatan, formasi dan ketersediaan pegawai, buku induk pegawai, informasi jabatan dan beban kerja serta mengadministrasikan usulan, mutasi, promosi, dan demosi, tata cara ijin-cuti pegawai dan laporan kepegawaian;
- l. menyiapkan bahan kelengkapan persyaratan untuk kenaikan pangkat, gaji, penghargaan, kesejahteraan pegawai, pemberian sanksi, pemberhentian dan pension;
- m. turut serta dalam penyusunan indeks remunerasi dalam hal penyiapan data kepegawaian staf yang berpengaruh terhadap besarnya indeks;
- n. melakukan rekapitulasi absensi staf dan berkoordinasi dengan sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana dalam pembayaran TPP, gaji THL, honorarium jaga, dll;
- o. menyiapkan dokumen yang berkaitan dengan kepegawaian termasuk perjanjian kerja pegawai non PNS;
- p. melaksanakan penyusunan *roadmap* kebutuhan dan pengembangan SDM pada setiap unit/instalasi sesuai standar akreditasi, BLUD dan sistem JKN BPJSK serta menetapkan pola dan tata cara rekrutmen sesuai dengan proses bisnis yang baik;
- q. bekerjasama dengan sub bagian diklat dan kerjasama dalam penyusunan analisis kebutuhan, perencanaan, pengembangan kompetensi berdasarkan *training need assesement* (TNA) dan orientasi pegawai pada setiap jenis profesi dan unit/instalasi;
- r. berkoordinasi dengan sub bagian diklat dan kerjasama dalam penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan SDM;
- s. mengkoordinir usulan kebutuhan SDM dari tiap instalasi/unit, menyusun pemetaan pegawai dan menyediakan data visualisasi data pegawai menurut kualifikasi dan klasifikasinya;

- j. terlaksananya tata kearsipan yang baik berkerjasama dengan sub bagian umum dan rumah tangga;
- k. alur dan tata cara pengedaran undangan, surat edaran, pengumuman serta pemberitahuan lain;
- l. terlaksananya administrasi kepegawaian, menyiapkan data-data kepegawaian termasuk personal file setiap pegawai, daftar urut kepangkatan, formasi dan ketersediaan pegawai, buku induk pegawai, informasi jabatan dan beban kerja serta mengadministrasikan usulan, mutasi, promosi dan demosi dan laporan kepegawaian;
- m. dokumen administrasi kepegawaian, menyiapkan data-data kepegawaian termasuk personal file setiap pegawai, daftar urut kepangkatan, formasi dan ketersediaan pegawai, buku induk pegawai, informasi jabatan dan beban kerja serta mengadministrasikan usulan, mutasi, promosi dan demosi dan laporan kepegawaian;
- n. tersedianya bahan kelengkapan persyaratan untuk kenaikan pangkat, gaji, penghargaan, kesejahteraan pegawai, pemberian sanksi, pemberhentian, dan pensiun;
- o. tersedianya data kepegawaian staf yang digunakan dalam penyusunan indeks remunerasi yang meliputi data yang berpengaruh terhadap besarnya indeks;
- p. terlaksananya rekapitulasi absensi staf dan berkoordinasi dengan sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana dalam pembayaran TPP, gaji THL, honorarium jaga, dll;
- q. dokumen hasil rekapitulasi absensi staf dan berkoordinasi dengan sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana dalam pembayaran TPP, gaji THL, honorarium jaga, dll;
- r. tersedianya dokumen yang berkaitan dengan kepegawaian termasuk rancangan perjanjian kerja pegawai non PNS;
- s. terlaksananya penyusunan roadmap kebutuhan dan pengembangan SDM pada setiap unit/instalasi sesuai standar akreditasi, BLUD, dan sistem JKN BPJSK;
- t. dokumen roadmap kebutuhan dan pengembangan SDM pada setiap unit/instalasi sesuai standar akreditasi, BLUD, dan sistem JKN BPJSK serta dokumen pola dan tata cara rekrutmen pegawai rumah sakit sesuai dengan proses bisnis yang baik;
- u. dokumen hasil analisis kebutuhan, perencanaan, pengembangan kompetensi berdasarkan *training need assesement* (TNA) dan orientasi pegawai pada setiap jenis profesi dan unit/instalasi;

- v. dokumen rapat koordinasi dengan sub bagian diklit dan kerjasama dalam penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan SDM;
- w. terlaksananya pendidikan dan pelatihan SDM;
- x. dokumen usulan kebutuhan SDM dari tiap instalasi/unit, dokumen hasil pemetaan pegawai dan tersedianya visualisasi data pegawai menurut kualifikasi dan klasifikasi;
- y. dokumen usulan pemberian gaji, insentif, pesangon, cuti, pensiun, pemeriksaan kesehatan, jaminan kesehatan/ keselamatan kerja dan lain lain yang berhubungan dengan hak pegawai termasuk menyusun usulan kenaikan gaji berkala, kenaikan pangkat dan pemberian kesejahteraan non finansial untuk seluruh pegawai rumah sakit;
- z. terlaksananya pembinaan disiplin kepegawaian pada seluruh staf rumah sakit dan mengusulkan pemberian sanksi bagi staf yang melanggar;
- aa. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- bb. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 20

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Kepegawaian terdiri dari :

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

Paragraf Kesatu
Bagian Ketiga
Sub Bagian Hukum dan Humas

Pasal 21

Uraian Tugas Sub Bagian Hukum dan Humas terdiri dari :

- a. melaksanakan inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian hukum dan humas;
- b. melaksanakan pengelolaan hukum dan humas berdasarkan standar yang ditetapkan;
- c. melaksanakan penilaian kinerja sub bagian hukum dan humas;
- d. mengimplementasikan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian hukum dan humas;
- e. mengimplementasikan kebijakan sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian hukum dan humas;
- f. menyusun perencanaan kegiatan dan indikator penilaian kinerja pada sub bagian hukum dan humas sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan Akreditasi;
- g. menyelenggarakan sosialisasi kepada seluruh stakeholder tentang visi, misi, jenis pelayanan rumah sakit, manajemen dan prosedur pelayanan di rumah sakit serta informasi lainnya yang bermanfaat untuk membina hubungan kemitraan dengan menggunakan media informasi rumah sakit (website, facebook, sms gateway, media massa, media promosi yang lain);
- h. membina hubungan yang baik dengan media massa dalam hal penyampaian kegiatan-kegiatan rumah sakit sehubungan dengan keterbukaan informasi public;
- i. melaksanakan survei kepuasan pelanggan internal dan eksternal rumah sakit dalam rangka menyusun strategi pemasaran dan mutu pelayanan rumah sakit bekerjasama dengan sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;

- j. memberikan informasi dan petunjuk mengenai hak dan kewajiban pasien, informasi kesehatan, penyuluhan kepada pasien, keluarga pasien, masyarakat dan pihak lainnya yang berkepentingan dengan rumah sakit, secara lisan atau tertulis dan menggunakan media informasi rumah sakit (website, facebook, sms gateway, media massa, media promosi yang lain);
- k. melakukan pengelolaan komplain sesuai dengan SOP;
- l. melakukan kegiatan desain grafis untuk menunjang promosi rumah sakit serta kegiatan lainnya;
- m. turut serta dalam melakukan finalisasi penyusunan dokumen profil rumah sakit;
- n. menyusun produk regulasi rumah sakit (peraturan direktur, surat keputusan direktur) serta usulan surat keputusan bupati, peraturan bupati dan peraturan daerah;
- o. menyediakan referensi regulasi yang menjadi dasar penyusunan kebijakan terkait akreditasi;
- p. turut mengoreksi draft naskah perjanjian kerjasama (MOU) antar rumah sakit dengan pihak lain yang telah disusun dan dokumen yang berkaitan dengan kepegawaian termasuk draft perjanjian kerja pegawai non PNS;
- q. menangani masalah hukum yang timbul dari pihak internal maupun eksternal terhadap rumah sakit;
- r. melakukan pengelolaan terhadap permintaan informasi dari pihak luar rumah sakit dalam rangka keterbukaan informasi publik dan jika terjadi sengketa informasi;
- s. melakukan pengelolaan terhadap unit pengendalian gratifikasi sesuai dengan SOP yang ada;
- t. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- u. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan.

Pasal 22

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Hukum dan Humas terdiri dari :

- a. dokumen berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian hukum dan humas;
- b. terlaksananya pengelolaan hukum dan humas berdasarkan standar yang ditetapkan;
- c. terlaksananya penilaian kinerja sub bagian hukum dan humas;

- d. dokumen hasil penilaian kinerja sub bagian hukum dan humas;
- e. terimplementasinya sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian hukum dan humas;
- f. terimplementasinya kebijakan sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian hukum dan humas;
- g. dokumen perencanaan kegiatan dan rencana penilaian kinerja pada sub bagian hukum dan humas sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan Akreditasi;
- h. terselenggaranya sosialisasi kepada seluruh stakeholder tentang visi, misi, jenis pelayanan rumah sakit, manajemen dan prosedur pelayanan di rumah sakit serta informasi lainnya yang bermanfaat untuk membina hubungan kemitraan dengan menggunakan media informasi rumah sakit (website, facebook, sms gateway, media massa, media promosi lain);
- i. terbinanya hubungan yang baik dengan media massa dalam hal penyampaian kegiatan-kegiatan rumah sakit sehubungan dengan keterbukaan informasi public;
- j. terlaksananya survei kepuasan pelanggan internal dan eksternal rumah sakit dalam rangka menyusun strategi pemasaran dan mutu pelayanan rumah sakit bekerjasama dengan sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- k. laporan survei kepuasan pelanggan internal dan eksternal rumah sakit;
- l. tersedianya informasi dan petunjuk mengenai hak dan kewajiban pasien, informasi kesehatan, penyuluhan kepada pasien, keluarga pasien, masyarakat dan pihak lainnya yang berkepentingan dengan rumah sakit, secara lisan atau tertulis dan menggunakan media informasi rumah sakit (website, facebook, sms gateway, media massa, media promosi lain);
- m. dokumen yang berisi informasi dan petunjuk mengenai hak dan kewajiban pasien, informasi kesehatan, penyuluhan kepada pasien, keluarga pasien, masyarakat dan pihak lainnya yang berkepentingan dengan rumah sakit;
- n. tersosialisasinya informasi dan petunjuk mengenai hak dan kewajiban pasien, informasi kesehatan, penyuluhan kepada pasien, keluarga pasien, masyarakat dan pihak lainnya yang berkepentingan dengan rumah sakit melalui media informasi rumah sakit (website, facebook, sms gateway, media massa, media promosi lain);
- o. terlaksananya pengelolaan komplain sesuai dengan SOP;

- p. laporan jumlah, jenis dan penanganan/feedback terhadap complain;
- q. terlaksananya kegiatan desain grafis untuk menunjang promosi rumah sakit serta kegiatan lainnya;
- r. dokumen desain grafis untuk promosi rumah sakit serta kegiatan lainnya;
- s. terselenggaranya finalisasi penyusunan dokumen profil rumah sakit;
- t. dokumen profil rumah sakit;
- u. dokumen produk regulasi rumah sakit (peraturan direktur, surat keputusan direktur) serta usulan SK Bupati, Peraturan Bupati dan Peraturan Daerah;
- v. tersedianya referensi regulasi yang menjadi dasar penyusunan kebijakan terkait akreditasi;
- w. draft naskah perjanjian kerjasama (MOU) antara rumah sakit dengan pihak lain serta draft perjanjian kerja pegawai non PNS yang telah dikoreksi;
- x. tertanganinya masalah hukum yang timbul dari pihak internal maupun eksternal terhadap rumah sakit;
- y. laporan mengenai jumlah dan jenis masalah hukum yang timbul dari internal maupun eksternal rumah sakit;
- z. terlaksananya pengelolaan terhadap permintaan informasi dari pihak luar rumah sakit dalam rangka keterbukaan informasi publik dan jika terjadi sengketa informasi;
- aa. terlaksananya pelaporan gratifikasi yang sesuai SOP;
- bb. Dokumen pelaporan gratifikasi di rumah sakit;
- cc. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- dd. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 23

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Hukum dan Humas terdiri dari :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang administrasi atau hukum;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementation dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi; dan

- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Paragraf Kedua
Bagian Keuangan

Pasal 24

Uraian Tugas Bagian Keuangan terdiri dari :

- a. mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait bagian keuangan;
- b. mengkoordinir penyusunan standar pelayanan dan indikator kinerja bagian keuangan dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika dalam era JKN-BPJSK;
- c. menyusun kebijakan dan mengkoordinir implementasinya sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di bagian keuangan;
- d. mengkoordinir dan mensinkronisasi usulan perencanaan dan indikator penilaian kinerja dari seluruh bagian/instalasi/unit termasuk dari sub bagian di bawahnya sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN dan akreditasi;
- e. mengkoordinir penyiapan data program, data keuangan dan anggaran dalam rangka pelaksanaan evaluasi dan pelaporan kinerja rumah sakit serta sebagai bahan informasi yang akurat untuk perencanaan dan pengambilan keputusan manajemen;
- f. mengkoordinir penyusunan petunjuk teknis, perumusan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada bagian keuangan;
- g. berkoordinasi dengan bagian terkait dalam perencanaan kebutuhan anggaran berdasarkan usulan seluruh bagian/instalasi/unit di rumah sakit dengan mempertimbangkan sumber-sumber pendapatan rumah sakit;

- h. menyelenggarakan kegiatan pengelolaan bagian keuangan meliputi penganggaran, perbendaharaan dan mobilisasi dana serta akuntansi dan verifikasi secara cost containment dalam pencapaian tujuan rumah sakit;
- i. melakukan pemantauan, pengawasan dan pembinaan pada sistem informasi manajemen (SIM) rumah sakit;
- j. mengimplementasikan pengelolaan keuangan, pengawasan, evaluasi dan pengukuran indikator kinerja keuangan berdasarkan standar BLUD;
- k. menyusun sumber penerimaan, alokasi, pengelolaan dan evaluasi penggunaan anggaran untuk seluruh pelayanan perumahsakit;
- l. mengkoordinir pelaksanaan pengelolaan pengeluaran keuangan sesuai dengan sumber anggaran berdasarkan peraturan yang berlaku;
- m. mengkoordinir proses realisasi anggaran untuk pengadaan kebutuhan bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, peralatan serta pelayanan yang sesuai standar rumah sakit termasuk memastikan terealisasinya anggaran penyelenggaraan pengembangan layanan unggulan dan penelitian;
- n. mengkoordinir perhitungan dan pembayaran jasa pelayanan berdasarkan sistem JKN BPJSK;
- o. mengkoordinir penyusunan sistem remunerasi dengan melibatkan seluruh unit dan profesi dan mengkoordinir pengumpulan data dan informasi terkait bagian keuangan dalam proses penyusunan tarif pelayanan rumah sakit;
- p. mengkoordinir penyelenggaraan bimbingan, pembinaan, pengembangan dan evaluasi kinerja staf bagian keuangan
- q. mengkoordinir dan menyusun laporan pendapatan rumah sakit berdasarkan jenis pembayaran (pasien umum, JKN, JAMKESDA, asuransi swasta dan kerja sama perusahaan per jenis layanan);
- r. mengkoordinir pengelolaan anggaran persiapan, pelaksanaan dan evaluasi kerjasama jejaring dan kemitraan strategis rumah sakit dengan stakeholder eksternal;

- s. menyusun laporan capaian kinerja keuangan dan kepatuhan pengelolaan keuangan.
- t. mengkoordinir penyusunan laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan dalam bentuk LKPD.
- u. mengkoordinir penyusunan Petunjuk Teknis pertanggungjawaban belanja rumah sakit yang bersumber dari dana BLUD;
- v. mengkoordinir alur pertanggungjawaban pengadaan barang dan jasa yang mengacu pada proses bisnis;
- w. turut melakukan pengelolaan dan pemantauan kerjasama dengan pihak ketiga termasuk permasalahan yang ada, ketepatan waktu penagihan dari pihak rumah sakit dan pembayaran dari pihak ketiga bersama kepala bagian pengembangan;
- x. mengkoordinir rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa dan belanja modal, aset/persediaan per triwulan, semester dan tahunan termasuk turut memberi masukan dalam penyusunan rencana tindak pengendalian (RTP);
- y. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- z. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 25

Ukuran Hasil Kinerja Bagian Keuangan terdiri dari :

- a. dokumen yang berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait bagian keuangan;
- b. dokumen standar pelayanan dan indikator kinerja bagian keuangan dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsive, dan sesuai dengan etika dalam era JKN-BPJSK;
- c. dokumen kebijakan dan terimplementasinya kebijakan sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di bagian keuangan;

- d. Terlaksananya sinkronisasi usulan perencanaan dan indikator penilaian kinerja dari seluruh bagian/instalasi/unit termasuk dari sub bagian di bawahnya sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN dan akreditasi;
- e. dokumen hasil sinkronisasi usulan perencanaan dan indikator penilaian kinerja dari seluruh bagian/instalasi/unit termasuk dari sub bagian di bawahnya sebagai bahan penyusunan RSB dan RBA dengan memperhatikan sistem JKN dan akreditasi;
- f. tersedianya data program, data keuangan dan anggaran dalam rangka pelaksanaan evaluasi dan pelaporan kinerja rumah sakit serta sebagai bahan informasi yang akurat untuk perencanaan dan pengambilan keputusan manajemen;
- g. dokumen petunjuk teknis, perumusan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada bagian keuangan;
- h. dokumen rapat koordinasi dengan bagian terkait dalam perencanaan kebutuhan anggaran berdasarkan usulan seluruh bagian/instalasi/unit di rumah sakit dengan mempertimbangkan sumber-sumber pendapatan rumah sakit;
- i. dokumen perencanaan kebutuhan anggaran berdasarkan usulan seluruh bagian/instalasi/unit di rumah sakit dengan mempertimbangkan sumber-sumber pendapatan rumah sakit;
- j. terselenggaranya kegiatan pengelolaan bagian keuangan meliputi penganggaran, perbendaharaan dan mobilisasi dana serta akuntansi dan verifikasi secara *cost containment* dalam pencapaian tujuan rumah sakit;
- k. terimplementasinya pengelolaan keuangan, pengawasan, evaluasi dan pengukuran indikator kinerja keuangan berdasarkan standar BLUD;
- l. dokumen berisi daftar sumber penerimaan, alokasi, pengelolaan dan evaluasi penggunaan anggaran untuk seluruh pelayanan perumahsakit;
- m. terlaksananya pengelolaan pengeluaran keuangan sesuai dengan sumber anggaran berdasarkan peraturan yang berlaku;

- t. mempersiapkan usulan pemberian gaji, insentif, pesangon, cuti, pensiun, pemeriksaan kesehatan, jaminan kesehatan/ keselamatan kerja dan lain lain yang berhubungan dengan hak pegawai termasuk menyusun usulan kenaikan gaji berkala, kenaikan pangkat dan pemberian kesejahteraan non finansial untuk seluruh pegawai rumah sakit;
- u. melaksanakan pembinaan disiplin kepegawaian pada seluruh staf rumah sakit dan mengusulkan pemberian sanksi bagi staf yang melanggar;
- v. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- w. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan.

Pasal 19

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Kepegawaian dan Tata Usaha terdiri dari :

- a. dokumen berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian kepegawaian dan tata usaha;
- b. terimplementasinya kebijakan sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian kepegawaian dan tata usaha;
- c. terlaksananya pengelolaan kepegawaian dan tata usaha berdasarkan standar yang ditetapkan;
- d. terlaksananya pengukuran kinerja sub bagian kepegawaian dan tata usaha dan seluruh staf rumah sakit dalam bentuk dokumen sasaran kerja pegawai (SKP);
- e. dokumen sasaran kerja pegawai (SKP);
- f. terimplementasinya sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian kepegawaian dan tata usaha;
- g. dokumen perencanaan kegiatan dan indikator penilaian kinerja pada sub bagian kepegawaian dan tata usaha sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan Akreditasi;
- h. terselenggaranya pembimbingan dan pembinaan serta tersedianya petunjuk teknis yang berkaitan dengan tata usaha dan kepegawaian;
- i. terlaksananya pelayanan naskah dinas, kearsipan, pengetikan, penggandaan, pendistribusian, dan pelayanan penerimaan tamu;

- n. terealisasinya anggaran untuk pengadaan kebutuhan bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, peralatan serta pelayanan yang sesuai standar rumah sakit termasuk memastikan terealisasinya anggaran penyelenggaraan pengembangan layanan unggulan dan penelitian;
- o. laporan realisasi anggaran untuk pengadaan kebutuhan bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, peralatan serta pelayanan yang sesuai standar rumah sakit termasuk laporan realisasi anggaran penyelenggaraan pengembangan layanan unggulan dan penelitian;
- p. terlaksananya perhitungan dan pembayaran jasa pelayanan berdasarkan sistem JKN BPJSK;
- q. dokumen hasil perhitungan dan bukti pembayaran jasa pelayanan berdasarkan sistem JKN BPJSK;
- r. dokumen sistem remunerasi yang melibatkan seluruh unit dan profesi dan terkumpulnya data dan informasi terkait bagian keuangan dalam proses penyusunan tarif pelayanan rumah sakit;
- s. terselenggaranya pembimbingan, pembinaan, pengembangan dan evaluasi kinerja staf bagian keuangan;
- t. laporan pendapatan rumah sakit berdasarkan jenis pembayaran (pasien umum, JKN, JAMKESDA, asuransi swasta dan kerja sama perusahaan per jenis layanan);
- u. terlaksananya pengelolaan anggaran persiapan, pelaksanaan dan evaluasi kerjasama jejaring dan kemitraan strategis rumah sakit dengan stakeholder eksternal;
- v. laporan capaian kinerja keuangan dan kepatuhan pengelolaan keuangan;
- w. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan dalam bentuk LKPD;
- x. dokumentasi rapat penyusunan Petunjuk Teknis Pertanggungjawaban Belanja rumah sakit yang bersumber dari dana BLUD;
- y. dokumentasi rapat penyusunan pertanggungjawaban pengadaan barang dan jasa yang mengacu pada proses bisnis;

- z. dokumentasi rapat pengelolaan dan pemantauan kerjasama dengan pihak ketiga termasuk permasalahan yang ada, ketepatan waktu penagihan dari pihak rumah sakit dan pembayaran dari pihak ketiga bersama Kepala Bagian Pengembangan;
- aa. terlaksananya rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa dan belanja modal, aset/persediaan per triwulan, semester dan tahunan termasuk turut memberi masukan dalam penyusunan rencana tindak pengendalian (RTP);
- bb. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- cc. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 26

Persyaratan jabatan Bagian keuangan adalah :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang keuangan akuntansi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementation dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun sesuai dengan bidang tugasnya.

Paragraf Kedua Bagian Kesatu Sub Bagian Perencanaan dan Anggaran

Pasal 27

Uraian Tugas Sub Bagian Perencanaan dan Anggaran terdiri dari :

- a. melaksanakan inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian perencanaan anggaran;

- b. menyelenggarakan kegiatan pengelolaan penganggaran berdasarkan standar BLUD dan sistem JKN BPJSK;
- c. menyusun perencanaan kegiatan dan indikator penilaian kinerja pada sub bagian perencanaan anggaran sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan akreditasi;
- d. mengimplementasikan kebijakan di bidang perencanaan penganggaran sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian perencanaan anggaran;
- e. mengimplementasikan sistem dan tata hubungan kerja pada sub bagian perencanaan anggaran;
- f. mengkoordinir pelaksanaan penyusunan renstra, RSB, renja, RKA dan RBA berdasarkan usulan dari seluruh bagian/ bidang/instalasi/unit dalam sistem JKN dan akreditasi;
- g. menyusun rencana anggaran belanja (RAB) maupun penganggaran sesuai dengan kebijakan perencanaan rumah sakit yang telah ada;
- h. berkoordinasi dengan seluruh unit dalam rangka penganggaran implementasi akreditasi;
- i. melaksanakan pengelolaan kepegawaian dan pengembangan SDM berdasarkan standar yang ditetapkan dan melakukan pengukuran kinerja sub bagian perencanaan anggaran;
- j. turut serta dalam penyusunan struktur organisasi, Tata Kelola BLUD rumah sakit, hospital by laws dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
- k. memperhatikan pencapaian indikator rasio keuangan dan kepatuhan pengelolaan keuangan dalam rangka penyusunan RBA definitif;
- l. menyelenggarakan bimbingan dan pembinaan serta menyediakan petunjuk teknis sampai pada melakukan evaluasi dan penilaian kinerja bagi staf yang ada di bawahnya;
- m. turut menyusun laporan tahunan rumah sakit (PK, LAKIP, LPPD, LKPD) secara berkala bersama sub bagian terkait;

- n. berkoordinasi dengan sub bagian terkait dalam perencanaan kebutuhan anggaran berdasarkan usulan seluruh bagian/instalasi/unit di rumah sakit;
- o. menyusun alur perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan jadwal penganggaran dan mengacu pada proses bisnis;
- p. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- q. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan.

Pasal 28

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Perencanaan dan Anggaran terdiri dari :

- a. dokumen berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian perencanaan anggaran;
- b. terselenggarakan kegiatan pengelolaan penganggaran berdasarkan standar BLUD dan sistem JKN BPJSK;
- c. dokumen perencanaan kegiatan dan indikator penilaian kinerja pada sub bagian perencanaan anggaran sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan Akreditasi;
- d. terimplementasinya kebijakan di bidang perencanaan penganggaran sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian perencanaan anggaran;
- e. terimplementasinya sistem dan tata hubungan kerja pada sub bagian perencanaan anggaran;
- f. terlaksananya penyusunan RENSTRA, RSB, RENJA, RKA dan RBA berdasarkan usulan dari seluruh bagian/ bidang/instalasi/unit dalam sistem JKN dan akreditasi;
- g. dokumen RENSTRA, RSB, RENJA, RKA dan RBA berdasarkan usulan dari seluruh bagian/ bidang/instalasi/unit dalam sistem JKN dan akreditasi;
- h. dokumen rencana anggaran belanja maupun pembiayaan sesuai dengan kebijakan dokumen perencanaan rumah sakit dalam bentuk dokumen rencana bisnis anggaran (RBA) definitif;

- i. dokumen data keuangan dari berbagai sumber anggaran rumah sakit yang telah dikumpulkan, diolah, disajikan dan dianalisis menjadi informasi untuk penyusunan perencanaan dan pengambilan keputusan oleh manajemen rumah sakit;
- j. dokumen rapat koordinasi dengan seluruh unit dalam rangka penganggaran implementasi akreditasi;
- k. terlaksananya pengelolaan kepegawaian dan pengembangan SDM berdasarkan standar yang ditetapkan dan melakukan pengukuran kinerja sub bagian perencanaan anggaran;
- l. dokumen struktur organisasi, tata kelola BLUD rumah sakit, *hospital by laws* dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
- m. tercapainya indikator rasio keuangan dan kepatuhan pengelolaan keuangan meliputi penyusunan RBA *definitive*;
- n. dokumen hasil pencapaian indikator rasio keuangan dan kepatuhan pengelolaan keuangan meliputi penyusunan RBA *definitive*;
- o. terselenggaranya pembimbingan dan pembinaan serta tersedianya petunjuk teknis dan dilaksanakannya evaluasi dan penilaian kinerja bagi staf yang ada di bawahnya;
- p. laporan hasil evaluasi dan penilaian kinerja staf yang ada di bawahnya;
- q. dokumen rapat koordinasi penyusunan Laporan tahunan rumah sakit (PK, LAKIP, LPPD dan LKPD) secara berkala yang disusun bersama sub bagian terkait;
- r. dokumen rapat koordinasi dengan sub bagian terkait dalam perencanaan kebutuhan anggaran berdasarkan usulan seluruh bagian/instalasi/unit di rumah sakit;
- s. dokumen perencanaan kebutuhan anggaran berdasarkan usulan seluruh bagian/instalasi/unit di rumah sakit;
- t. dokumen alur perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan jadwal penganggaran dan mengacu pada proses bisnis;
- u. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan

- v. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 29

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Perencanaan dan Anggaran terdiri dari:

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

Paragraf Kedua Bagian Kedua

Sub Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana

Pasal 30

- a. melaksanakan inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- b. melaksanakan penatausahaan keuangan rumah sakit berdasarkan standar yang ditetapkan dan melakukan penilaian kinerja sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- c. mengimplementasikan kebijakan sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- d. mengimplementasikan sistem dan tata hubungan kerja pada sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- e. menyusun usulan perencanaan dan indikator penilaian kinerja sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan tujuan rumah sakit, sistem JKN BPJSK, akreditasi dan BLUD;

- f. menyusun petunjuk teknis, perumusan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- g. mengumpulkan, mengolah, menyajikan dan menganalisis data keuangan sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana sehingga menjadi informasi yang akan digunakan untuk penyusunan perencanaan dan pengambilan keputusan oleh manajemen rumah sakit;
- h. melaksanakan inventarisasi data program, kegiatan dan anggaran subbag perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- i. menyelenggarakan kegiatan pengelolaan perbendaharaan dan mobilisasi dana berdasarkan standar BLUD;
- j. melaksanakan penatausahaan dan pembayaran gaji, pendapatan lain pegawai rumah sakit, dan remunerasi tepat waktu sesuai dengan kebijakan yang berlaku di rumah sakit;
- k. Melaksanakan pembayaran tagihan dari pihak ketiga tepat waktu berdasarkan perundang-undangan yang berlaku;
- l. Membuat alur pembayaran gaji/pendapatan lain-lain pegawai rumah sakit dan pihak ketiga untuk menunjang ketepatan waktu pembayaran dengan mengacu pada proses bisnis;
- m. melaksanakan administrasi penerimaan, penyetoran dan pelaporan pajak sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- n. melaksanakan pengelolaan pengeluaran keuangan sesuai dengan sumber anggaran berdasarkan peraturan yang berlaku;
- o. turut mengupayakan pencapaian indikator rasio keuangan dan kepatuhan pengelolaan keuangan meliputi periode penagihan piutang, perputaran persediaan, rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional, rasio subsidi pasien, surat perintah pengesahan pendapatan dan belanja BLUD, tarif layanan, persetujuan rekening, serta SPO pengelolaan piutang dan utang;

- p. melaksanakan penerimaan pendapatan rumah sakit berdasarkan jenis pembayaran (pasien umum, JKN, JAMKESDA, asuransi swasta dan kerja sama perusahaan), jenis pelayanan (rawat inap dan rawat jalan) dan kelas perawatan termasuk melaksanakan pengelolaan administrasi keuangan pasien berupa penyusunan penagihan dan kegiatan penagihan bagi pasien asuransi dan kerja sama dengan tepat waktu;
- q. melaksanakan pemotongan dan penyetoran pajak bagi tenaga fungsional di rumah sakit;
- r. menyelenggarakan bimbingan dan pembinaan serta menyediakan petunjuk teknis sampai pada melakukan evaluasi dan penilaian kinerja bagi staf yang ada di bawahnya;
- s. mengimplementasikan kebijakan tarif dan sistem pembayaran INA-CBG's oleh BPJSK;
- t. menghitung remunerasi setiap SDM di rumah sakit dengan menggunakan data dari SIMRS dan rekam medic;
- u. turut menyusun laporan tahunan rumah sakit (LAKIP dan LKPD) secara berkala bersama sub bagian terkait;
- v. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- w. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan.

Pasal 31

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana terdiri dari :

- a. dokumen berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- b. terlaksananya pengelolaan penganggaran dan penatausahaan keuangan rumah sakit berdasarkan standar yang ditetapkan dan melakukan penilaian kinerja sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;

- c. terimplementasinya kebijakan sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- d. terimplementasinya sistem dan tata hubungan kerja pada sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- e. dokumen usulan perencanaan dan indikator penilaian kinerja sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan tujuan rumah sakit, sistem JKN BPJSK, akreditasi dan BLUD;
- f. dokumen petunjuk teknis, perumusan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- g. dokumen berisi data keuangan sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana yang telah dikumpulkan, diolah, disajikan dan dianalisis sehingga menjadi informasi yang akan digunakan untuk penyusunan perencanaan dan pengambilan keputusan oleh manajemen rumah sakit;
- h. terlaksananya inventarisasi data program, kegiatan dan anggaran sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- i. dokumen berisi inventarisasi data program, kegiatan dan anggaran sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- j. terselenggaranya kegiatan pengelolaan perbendaharaan dan mobilisasi dana berdasarkan standar BLUD;
- k. terlaksananya penatausahaan dan pembayaran gaji pegawai dan remunerasi tepat waktu sesuai dengan kebijakan yang berlaku di rumah sakit;
- l. teraksananya pembayaran tagihan dari pihak ketiga tepat waktu berdasarkan perundang-undangan yang berlaku;
- m. dokumen terkait pembayaran tagihan dari pihak ketiga berdasarkan perundang-undangan yang berlaku;
- n. dokumen alur pembayaran gaji/pendapatan lain-lain pegawai rumah sakit dan pihak ketiga untuk menunjang ketepatan waktu pembayaran dengan mengacu pada proses bisnis;

- o. teraksananya administrasi penerimaan, penyetoran dan pelaporan pajak sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- p. laporan penerimaan, penyetoran dan pelaporan pajak sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- q. teraksananya pengelolaan pengeluaran keuangan sesuai dengan sumber anggaran berdasarkan peraturan yang berlaku
- r. dokumen pengeluaran keuangan sesuai dengan sumber anggaran;
- s. tercapainya indikator rasio keuangan dan kepatuhan pengelolaan keuangan meliputi periode penagihan piutang, perputaran persediaan, rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional, rasio subsidi pasien, surat perintah pengesahan pendapatan dan belanja BLUD, tarif layanan, persetujuan rekening, serta SPO pengelolaan piutang dan utang;
- t. terlaksananya penerimaan pendapatan rumah sakit berdasarkan jenis pembayaran (pasien umum, JKN, JAMKESDA, asuransi swasta dan kerja sama perusahaan), jenis pelayanan (rawat inap dan rawat jalan) dan kelas perawatan termasuk melaksanakan pengelolaan administrasi keuangan pasien berupa penyusunan penagihan dan kegiatan penagihan bagi pasien asuransi dan kerja sama;
- u. laporan penerimaan pendapatan rumah sakit berdasarkan jenis pembayaran (pasien umum, JKN, JAMKESDA, asuransi swasta dan kerja sama perusahaan), jenis pelayanan (rawat inap dan rawat jalan) dan kelas perawatan;
- v. dokumen penagihan bagi pasien asuransi dan kerja sama tepat waktu;
- w. terlaksananya pemotongan dan penyetoran pajak bagi tenaga fungsional di rumah sakit;
- x. dokumen bukti pemotongan dan penyetoran pajak bagi tenaga fungsional di rumah sakit;
- y. terselenggaranya pembimbingan dan pembinaan serta tersedianya petunjuk teknis dan dilaksanakannya evaluasi dan penilaian kinerja bagi staf yang ada di bawahnya;

- z. laporan hasil evaluasi dan penilaian kinerja bagi staf yang ada di bawahnya;
- aa. terimplementasinya kebijakan tarif dan sistem pembayaran INA-CBG's oleh BPJSK;
- bb. dokumen rapat bersama dengan SIMRS dan rekam medik dalam menghitung besaran remunerasi bagi setiap SDM di rumah sakit;
- cc. dokumen hasil perhitungan besaran remunerasi bagi setiap SDM di rumah sakit;
- dd. tersedianya pelayanan administrasi keuangan untuk pembayaran gaji dan remunerasi bagi SDM rumah sakit;
- ee. laporan tahunan rumah sakit (LAKIP dan LKPD) yang disusun secara berkala bersama sub bagian terkait;
- ff. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- gg. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 32

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana terdiri dari :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang keuangan akuntansi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementation dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Paragraf Kedua Bagian Ketiga Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi

Pasal 33

Uraian Tugas Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi terdiri dari :

- a. melaksanakan inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- b. melakukan penilaian kinerja sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- c. mengimplementasikan kebijakan di bidang akuntansi dan verifikasi sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- d. menyusun petunjuk teknis, perumusan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- e. mengimplementasikan sistem dan tata hubungan kerja pada sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- f. menyusun usulan perencanaan dan indikator penilaian kinerja sub bagian akuntansi dan verifikasi sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan tujuan rumah sakit, sistem JKN BPJSK, akreditasi dan BLUD;
- g. melaksanakan inventarisasi data program, kegiatan dan anggaran sub bagian akuntansi dan verifikasi dengan mengumpulkan, mengolah, menyajikan dan menganalisis data keuangan sehingga menjadi informasi yang akan digunakan untuk penyusunan perencanaan dan pengambilan keputusan oleh manajemen rumah sakit;
- h. melaksanakan pelaporan pencapaian indikator rasio keuangan dan kepatuhan pengelolaan keuangan meliputi rasio kas, rasio lancar, perputaran aset tetap, imbalan atas aset tetap, imbalan ekuitas, laporan keuangan berdasarkan Standar akuntansi keuangan (SAK) dan Standar Akuntansi Pemerintah (SAP), sistem akuntansi dan SPO pengelolaan kas;
- i. melaksanakan penatausahaan keuangan dengan sistem verifikasi dan akuntansi pemerintah sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- j. melakukan kegiatan verifikasi sumber-sumber pendapatan fungsional rumah sakit sebelum ditetapkan menjadi pendapatan rumah sakit, berdasar ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

- k. melakukan verifikasi terhadap kelengkapan dokumen administratif untuk penerimaan dan pengeluaran rumah sakit dan terhadap pembayaran tagihan berdasarkan ketentuan dan perundang-undangan yang berlaku;
- l. menyelenggarakan bimbingan dan pembinaan serta menyediakan petunjuk teknis sampai pada melakukan evaluasi dan penilaian kinerja kepada staf di bawahnya;
- m. menyusun laporan keuangan penerimaan pendapatan rumah sakit, berdasarkan jenis pembayaran (pasien umum, jkn, jamkesda asuransi swasta dan kerja sama perusahaan) per jenis pelayanan (rawat inap dan rawat jalan) dan per kelas perawatan;
- n. menyusun laporan keuangan tahunan rumah sakit (LKPD) dan laporan pengesahan pendapatan dan belanja BLUD secara berkala dengan berkoordinasi dengan unit terkait;
- o. turut serta dalam penyusunan RSB, RBA untuk penyediaan data keuangan rumah sakit
- p. menyusun petunjuk teknis pertanggungjawaban belanja rumah sakit yang bersumber dari dana BLUD;
- q. menyusun alur pengajuan pembayaran belanja rumah sakit yang mengacu pada proses bisnis;
- r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- s. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 34

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi terdiri dari :

- a. dokumen berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- b. dokumen penilaian kinerja sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- c. terimplementasinya kebijakan di bidang akuntansi dan verifikasi sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi;

- d. dokumen petunjuk teknis, perumusan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- e. terimplementasinya sistem dan tata hubungan kerja pada sub bagian akuntansi dan verifikasi;
- f. dokumen usulan perencanaan dan indikator penilaian kinerja sub bagian akuntansi dan verifikasi sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan tujuan rumah sakit, sistem JKN BPJSK, akreditasi dan BLUD;
- g. dokumen inventarisasi data program, kegiatan dan anggaran sub bagian akuntansi dan verifikasi dengan mengumpulkan, mengolah, menyajikan dan menganalisis data keuangan sehingga menjadi informasi yang akan digunakan untuk penyusunan perencanaan dan pengambilan keputusan oleh manajemen rumah sakit;
- h. terlaksananya pencapaian indikator rasio keuangan dan kepatuhan pengelolaan keuangan meliputi rasio kas, rasio lancar, perputaran aset tetap, imbalan atas aset tetap, imbalan ekuitas, laporan keuangan berdasarkan standar akuntansi keuangan (SAK) dan standar akuntansi pemerintah (SAP), sistem akuntansi dan SPO pengelolaan kas;
- i. terlaksananya penatausahaan keuangan dengan sistem verifikasi dan akuntansi pemerintah sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- j. terlaksananya verifikasi sumber-sumber pendapatan fungsional rumah sakit sebelum ditetapkan menjadi pendapatan rumah sakit, berdasar ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- k. dokumen hasil verifikasi sumber-sumber pendapatan fungsional rumah sakit sebelum ditetapkan menjadi pendapatan rumah sakit, berdasar ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- l. terlaksananya verifikasi terhadap kelengkapan dokumen administratif untuk penerimaan dan pengeluaran rumah sakit dan terhadap pembayaran tagihan berdasarkan ketentuan dan perundang-undangan yang berlaku;
- m. terselenggaranya pembimbingan dan pembinaan serta menyediakan petunjuk teknis sampai pada melakukan evaluasi dan penilaian kinerja kepada staf di bawahnya;

- n. laporan keuangan penerimaan pendapatan rumah sakit, berdasarkan jenis pembayaran (pasien umum, jkn, jamkesda asuransi swasta dan kerja sama perusahaan) per jenis pelayanan (rawat inap dan rawat jalan) dan per kelas perawatan;
- o. laporan keuangan tahunan rumah sakit (LKPD) dan pengesahan pendapatan dan belanja BLUD secara berkala dengan berkoordinasi dengan unit terkait;
- p. dokumen petunjuk teknis pertanggungjawaban belanja rumah sakit yang bersumber dari dana BLUD;
- q. dokumen alur pengajuan pembayaran belanja rumah sakit yang mengacu pada proses bisnis;
- r. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- s. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 35

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi terdiri dari :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang keuangan akuntansi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementation dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi; dan
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Paragraf Ketiga Bagian Pengembangan

Pasal 36

Uraian Tugas Bagian Pengembangan terdiri dari :

- a. mengkoordinir, mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait bagian pengembangan;

- b. mengkoordinir penyusunan standar pelayanan dan indikator kinerja bagian pengembangan dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika dalam era JKN-BPJSK;
- c. menyusun kebijakan dan mengkoordinir implementasinya sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di bagian pengembangan;
- d. mengkoordinir dan mensinkronisasi usulan perencanaan dari sub bagian di bawahnya dalam penyusunan perencanaan rumah sakit;
- e. mengkoordinir penyusunan petunjuk teknis, perumusan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada bagian pengembangan;
- f. menyelenggarakan, mengawasi dan mengevaluasi dan mengukur kinerja bagian pengembangan dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan akreditasi;
- g. mengkoordinir pengembangan pembangunan budaya organisasi yang melayani melalui upaya pelurusan mindset – cultur reset pada seluruh pegawai rumah sakit;
- h. mengkoordinir penyusunan *training need assessement* (TNA) pada setiap jenis profesi dan unit/instalasi;
- i. mengkoordinir pelaksanaan pemasaran rumah sakit yang terdiri dari *need assessement*, menyusun strategi pemasaran, bauran pemasaran dan mengkoordinir penyusunan program *customer relationship marketing*;
- j. mengkoordinir penyelenggaraan bimbingan, pembinaan, pengembangan dan evaluasi kinerja staf bagian pengembangan;
- k. mengkoordinir penentuan tarif layanan terkait pendidikan, pelatihan dan penelitian;
- l. mengkoordinir penyusunan perencanaan yang terkait dengan pengembangan layanan unggulan dan penyelenggaraan penelitian;
- m. mengkoordinir penyiapan data untuk sosialisasi layanan unggulan rumah sakit ke pelanggan internal, pelanggan eksternal dengan menggunakan media informasi (Web, facebook, sms gateway dan media massa);

- n. mengkoordinir penyusunan profil dan laporan tahunan rumah sakit (PK, LAKIP, LPPD dan laporan kinerja BLUD);
- o. mengembangkan kerjasama jejaring dan kemitraan strategis dengan stakeholder rumah sakit;
- p. mengkoordinir pelaksanaan pendidikan, pelatihan dan penelitian di rumah sakit dalam rangka peningkatan pelayanan serta fungsi pendidikan;
- q. mengkoordinir penyusunan perencanaan dan usulan pelatihan sumber daya manusia sesuai tujuan rumah sakit, konsep BLUD, sistem JKN BPJSK dan standar akreditasi;
- r. turut berperan aktif dalam rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa dan belanja modal, aset/persediaan per triwulan, semester dan tahunan termasuk pemantauan penginputan e-monev serta pembuatan rencana tindak pengendalian (RTP);
- s. mengkoordinir kerjasama dan penyusunan MOU dengan pihak ketiga (BPJS, JAMKESDA, PERUSAHAAN, JAMKESPROV, DLL);
- t. mengkoordinir pengelolaan dan pemantauan kerjasama dengan pihak ketiga termasuk permasalahan yang ada, ketepatan waktu penagihan dari pihak rumah sakit dan pembayaran dari pihak ketiga bersama kepala bagian keuangan;
- u. bekerjasama dengan kepala bagian umum dalam hal survey kepuasan pelanggan, pemasaran rumah sakit dan pengelolaan komplain;
- v. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- w. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan.

Pasal 37

Ukuran Hasil Kinerja Bagian Pengembangan terdiri dari :

- a. dokumen yang berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait bagian pengembangan;

- b. dokumen kebijakan dan standar pelayanan dan indikator kinerja bagian pengembangan dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika dalam era JKN-BPJSK;
- c. dokumen kebijakan dan terimplementasinya kebijakan yang telah disusun sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di bagian pengembangan;
- d. dokumen usulan perencanaan dari sub bagian di bawahnya dalam penyusunan perencanaan rumah sakit;
- e. dokumen berupa penyusunan petunjuk teknis, perumusan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada bagian pengembangan;
- f. terselenggaranya dan terlaksananya evaluasi serta pengukuran kinerja bagian pengembangan dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan akreditasi;
- g. laporan hasil evaluasi pengukuran kinerja bagian pengembangan dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan akreditasi;
- h. dokumen roadmap pembangunan budaya organisasi yang melayani melalui upaya perlurusan mindset-cultur reset pada seluruh pegawai rumah sakit beserta dokumentasi pelaksanaannya;
- i. terlaksananya kegiatan analisis kebutuhan, perencanaan, pengembangan kompetensi berdasarkan *training need assesement* (TNA) dan orientasi pegawai pada setiap jenis profesi dan unit/instalasi;
- j. terlaksananya kegiatan pemasaran rumah sakit yang terdiri dari *need assesement*, menyusun strategi pemasaran, bauran pemasaran dan mengkoordinir penyusunan program *customer relationship marketing*;
- k. terselenggaranya pembimbingan, pembinaan, pengembangan dan evaluasi kinerja staf bagian pengembangan;
- l. ditetapkannya penentuan tarif layanan terkait pendidikan, pelatihan dan penelitian;
- m. dokumen berisi daftar tarif pelayanan terkait pendidikan, pelatihan dan penelitian;

- n. dokumen perencanaan yang terkait dengan pengembangan layanan unggulan dan penyelenggaraan penelitian;
- o. tersedianya data untuk sosialisasi layanan unggulan rumah sakit ke pelanggan internal, pelanggan eksternal dengan menggunakan media informasi (Web, facebook, sms gateway dan media massa);
- p. dokumen profil dan laporan tahunan rumah sakit (PK, LAKIP, LPPD dan laporan kinerja BLUD);
- q. terjalinnya kerjasama jejaring dan kemitraan strategis dengan stakeholder rumah sakit;
- r. dokumen MOU kerjasama jejaring dan kemitraan strategis dengan stakeholder rumah sakit;
- s. terlaksananya pendidikan, pelatihan dan penelitian di rumah sakit dalam rangka peningkatan pelayanan serta fungsi pendidikan;
- t. dokumen perencanaan dan usulan pelatihan sumber daya manusia sesuai tujuan rumah sakit, konsep BLUD, sistem JKN BPJSK dan standar akreditasi;
- u. keikutsertaan dalam rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa, belanja modal dan aset/persediaan per triwulan, semester dan tahunan termasuk pemantauan penginputan e-monev serta pembuatan rencana tindak pengendalian (RTP);
- v. terlaksananya penginputan e-monev;
- w. dokumen rencana tindak pengendalian (RTP);
- x. terjalinnya kerjasama dengan pihak ketiga (BPJS, JAMKESDA, PERUSAHAAN, JAMKESPROV, DLL);
- y. dokumen MOU/kerjasama dengan pihak ketiga;
- z. terselenggaranya pengelolaan dan pemantauan kerjasama dengan pihak ketiga termasuk permasalahan yang ada, ketepatan waktu penagihan dari pihak rumah sakit dan pembayaran dari pihak ketiga bersama kepala bagian keuangan;
- aa. terlaksananya kolaborasi yang baik dengan kepala bagian Umum dalam hal survey kepuasan pelanggan, pemasaran rumah sakit dan pengelolaan komplain;
- bb. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan;

- cc. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 38

Persyaratan Jabatan Bagian Pengembangan terdiri dari :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang administrasi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementation dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun sesuai dengan bidang tugasnya.

Paragraf Ketiga Bagian Kesatu

Sub Bagian Pengembangan Rumah Sakit dan Pemasaran

Pasal 39

Uraian Tugas Sub Bagian Pengembangan Rumah Sakit dan Pemasaran terdiri dari :

- a. melaksanakan inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran ;
- b. mengimplementasikan kebijakan sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- c. melaksanakan pengelolaan pengembangan rumah sakit dan pemasaran berdasarkan standar yang ditetapkan;
- d. mengimplementasikan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- e. menyusun perencanaan kegiatan dan indikator penilaian kinerja pada sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan akreditasi;

- f. menyelenggarakan pembimbingan dan pembinaan serta menyusun petunjuk teknis yang berkaitan dengan pengembangan rumah sakit dan pemasaran bagi staf yang ada di bawahnya;
- g. menyusun standar pelayanan dan indikator kinerja sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika dalam era JKN-BPJSK;
- h. bekerjasama dengan unit lain dalam penyusunan rencana pengembangan rumah sakit termasuk pengembangan layanan unggulan melakukan evaluasi kinerja jejaring dan kemitraan strategis;
- i. melakukan riset untuk pengembangan produk layanan rumah sakit yang sesuai kebutuhan masyarakat;
- j. menyelenggarakan dan memfasilitasi penelitian-penelitian di bidang klinik, non klinik dan manajemen dalam rangka meningkatkan standar mutu pelayanan rumah sakit dan pengembangan ilmu pengetahuan;
- k. menyampaikan ide-ide pemasaran dalam bentuk draft booklet, leaflet, brosur dll kepada sub bagian hukum dan humas;
- l. menyiapkan data untuk sosialisasi produk layanan dan pemasaran dalam rangka meningkatkan utilisasi pelayanan rumah sakit (melalui web, facebook, sms gateway, media massa, media promosi lain);
- m. menyiapkan data dan informasi sebagai bahan penyusunan rancangan MOU dan perjanjian kerjasama serta menginformasikan kepada sub bagian diklit dan kerjasama;
- n. turut berperan aktif dalam melaksanakan survei kepuasan pelanggan internal dan eksternal rumah sakit dalam rangka menyusun strategi pemasaran dan mutu pelayanan rumah sakit bekerjasama dengan sub bagian hukum dan humas;
- o. turut berperan aktif dalam penyusunan profil rumah sakit bersama dengan sub bagian evaluasi dan pelaporan dan sub bagian hukum dan humas;
- p. turut berperan aktif dalam pembahasan penanganan keluhan pelanggan bersama sub bagian hukum dan humas;
- q. melaksanakan kegiatan pemasaran rumah sakit yang terdiri dari *need assesment*, menyusun strategi pemasaran, bauran pemasaran dan mengkoordinir penyusunan program *customer relationship marketing*;
- r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan

- s. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 40

Ukuran Hasil Kinerja Sub bagian Pengembangan Rumah Sakit dan Pemasaran terdiri dari :

- a. dokumen berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- b. terimplementasinya kebijakan sebagai upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- c. terlaksananya pengelolaan pengembangan rumah sakit dan pemasaran berdasarkan standar yang ditetapkan;
- d. terlaksananya pengukuran kinerja sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran dalam bentuk dokumen sasaran kerja pegawai (SKP);
- e. dokumen sasaran kerja pegawai (SKP) staf di sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- f. terimplementasinya sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- g. dokumen perencanaan kegiatan dan rencana penilaian kinerja pada sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran sebagai bahan penyusunan perencanaan dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan akreditasi;
- h. terselenggaranya pembimbingan dan pembinaan serta tersedianya petunjuk teknis yang berkaitan dengan pengembangan rumah sakit dan pemasaran;
- i. terlaksananya kegiatan pengembangan rumah sakit berdasarkan standar yang ditetapkan
- j. dokumen standar pelayanan dan indikator kinerja sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika dalam era JKN-BPJSK;
- k. dokumen rapat dengan unit lain dalam penyusunan rencana pengembangan rumah sakit termasuk pengembangan layanan unggulan melakukan evaluasi kinerja jejaring dan kemitraan strategis;
- l. dokumen rencana pengembangan rumah sakit termasuk pengembangan layanan unggulan dan terlaksananya evaluasi kinerja jejaring dan kemitraan strategis;

- m. terlaksananya riset untuk pengembangan produk layanan rumah sakit yang sesuai kebutuhan masyarakat;
- n. laporan hasil riset untuk pengembangan produk layanan rumah sakit;
- o. terselenggaranya penelitian-penelitian di bidang klinik, non klinik dan manajemen dalam rangka meningkatkan standar mutu pelayanan rumah sakit dan pengembangan ilmu pengetahuan;
- p. dokumen berisi draft booklet, leaflet, brosur dll untuk sosialisasi produk layanan dan pemasaran dalam rangka meningkatkan utilisasi pelayanan rumah sakit (melalui web, facebook, sms gateway, media massa);
- q. tersedianya data dan informasi sebagai bahan penyusunan rancangan MOU dan perjanjian kerjasama;
- r. dokumen berisi data dan informasi sebagai bahan penyusunan rancangan MOU dan perjanjian kerjasama;
- s. dokumen rancangan-draft MOU dan perjanjian kerjasama;
- t. terlaksananya survei kepuasan pelanggan internal dan eksternal rumah sakit dalam rangka menyusun strategi pemasaran dan mutu pelayanan rumah sakit bekerjasama dengan sub bagian hukum dan humas;
- u. dokumentasi rapat-bahan/data penyusunan profil rumah sakit bersama dengan sub bagian evaluasi dan pelaporan dan sub bagian hukum dan humas;
- v. dokumentasi rapat pembahasan penanganan keluhan pelanggan bersama sub bagian hukum dan humas;
- w. terlaksananya kegiatan pemasaran rumah sakit yang terdiri dari *need assesement*, menyusun strategi pemasaran, bauran pemasaran dan mengkoordinir penyusunan program *customer relationship marketing*;
- x. laporan hasil kegiatan pemasaran rumah sakit yang terdiri dari *need assesement*, menyusun strategi pemasaran, bauran pemasaran dan mengkoordinir penyusunan program *customer relationship marketing*;
- y. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- z. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 41

Persyaratan Jabatan Sub bagian Pengembangan Rumah Sakit dan Pemasaran terdiri dari :

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

Paragraf Ketiga Bagian Kedua

Sub Bagian Diklit dan Kerjasama

Pasal 42

Uraian Tugas Sub Bagian Diklit dan Kerjasama terdiri dari :

- a. melaksanakan inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian diklat dan kerjasama;
- b. menyusun standar pelayanan dan indikator kinerja sub bagian pendidikan, penelitian dan kerjasama dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika dalam era JKN-BPJSK;
- c. melaksanakan pengelolaan kepegawaian dan pengembangan SDM berdasarkan standar yang ditetapkan dan melakukan pengukuran kinerja sub bagian diklat dan kerjasama;
- d. mengimplementasikan kebijakan dan upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi;
- e. mengimplementasikan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian diklat dan kerjasama;
- f. menyusun perencanaan kegiatan dan indikator penilaian kinerja pada sub bagian diklat dan kerjasama sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan akreditasi;

- g. mengumpulkan usulan kebutuhan pendidikan, pelatihan dan penelitian dari seluruh bidang/ bagian/ instalasi dan unit untuk setiap jenis tenaga;
- h. memfasilitasi pelaksanaan pelatihan bagi seluruh jenis SDM rumah sakit minimal 20 jam setiap staf dalam setahun dan pendidikan serta penelitian bagi staf rumah sakit baik dalam bentuk *in-house training* maupun pelatihan yang dilaksanakan di luar rumah sakit;
- i. berkoordinasi dengan sub bagian tata usaha dan kepegawaian dalam pelaporan hasil pelatihan meliputi jumlah dan jenis pelatihan yang telah diikuti oleh staf rumah sakit;
- j. melaksanakan program orientasi tentang rumah sakit, unit/instalasi kepada semua staf baru di rumah sakit, termasuk mahasiswa/pelajar magang;
- k. menghitung tarif layanan terkait pelaksanaan pendidikan, pelatihan dan penelitian di rumah sakit;
- l. menyelenggarakan pembimbingan dan pembinaan staf;
- m. menyusun petunjuk teknis yang berkaitan dengan pelayanan pelanggan dan kerjasama;
- n. menjalin kerjasama dengan pihak ketiga (BPJS, JAMKESDA, PERUSAHAAN, JAMKESPROV, DLL) dan menyusun MOU;
- o. melaksanakan pengelolaan dan pemantauan kerjasama dengan pihak ketiga termasuk permasalahan yang ada, ketepatan waktu penagihan dari pihak rumah sakit dan pembayaran dari pihak ketiga bersama sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- p. menyusun *training need assesement* (TNA) bekerjasama dengan sub bagian tata usaha dan kepegawaian;
- q. melakukan verifikasi terhadap usulan pelatihan dari staf berdasarkan hasil *training need assesement* dan *roadmap* pengembangan SDM dengan turut memperhatikan standar kompetensi tenaga/profesi;
- r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- s. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan.

Pasal 43

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Diklat dan Kerjasama terdiri dari :

- a. dokumen berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian diklat dan kerjasama;
- b. dokumen standar pelayanan dan indikator kinerja sub bagian pendidikan, penelitian dan kerjasama dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika dalam era JKN-BPJSK;
- c. terlaksananya pengelolaan kepegawaian dan pengembangan SDM berdasarkan standar yang ditetapkan dan melakukan pengukuran kinerja sub bagian diklat dan kerjasama;
- d. terimplementasinya kebijakan dan upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi;
- e. terimplementasinya sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian diklat dan kerjasama;
- f. dokumen perencanaan kegiatan dan rencana penilaian kinerja pada sub bagian diklat dan kerjasama sebagai bahan penyusunan pencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan Akreditasi;
- g. dokumen usulan kebutuhan pendidikan, pelatihan dan penelitian dari seluruh bidang/bagian/instalasi dan unit untuk setiap jenis tenaga;
- h. terlaksananya pelatihan bagi seluruh jenis SDM rumah sakit minimal 20 jam setiap staf dalam setahun dan pendidikan serta penelitian bagi staf rumah sakit baik dalam bentuk *in-house training* maupun pelatihan yang dilaksanakan di luar rumah sakit;
- i. dokumen rapat koordinasi dengan sub bagian tata usaha dan kepegawaian dalam pelaporan hasil pelatihan meliputi jumlah dan jenis pelatihan yang telah diikuti oleh staf rumah sakit;
- j. dokumen laporan hasil pelatihan meliputi jumlah dan jenis pelatihan yang telah diikuti oleh staf rumah sakit;
- k. terlaksananya program orientasi tentang rumah sakit, unit/instalasi kepada semua staf baru di rumah sakit, termasuk mahasiswa/pelajar magang;

- l. terlaksananya perhitungan tarif layanan terkait pelaksanaan pendidikan, pelatihan dan penelitian di rumah sakit;
- m. dokumen berisi usulan tarif layanan terkait pelaksanaan pendidikan, pelatihan dan penelitian di rumah sakit;
- n. terselenggaranya pembimbingan dan pembinaan staf;
- o. dokumen petunjuk teknis yang berkaitan dengan pelayanan pelanggan dan kerjasama;
- p. terjalinnya kerjasama dengan pihak ketiga (BPJS, JAMKESDA, PERUSAHAAN, JAMKESPROV, DLL);
- q. terlaksananya pengelolaan dan pemantauan kerjasama dengan pihak ketiga termasuk permasalahan yang ada, ketepatan waktu penagihan dari pihak rumah sakit dan pembayaran dari pihak ketiga bersama sub bagian perbendaharaan dan mobilisasi dana;
- r. dokumen MOU kerjasama dengan pihak ketiga (BPJS, JAMKESDA, PERUSAHAAN, JAMKESPROV, DLL);
- s. dokumen *training need assesement* (TNA);
- t. terlaksananya verifikasi terhadap usulan pelatihan dari staf berdasarkan hasil *training need assesement* dan roadmap pengembangan SDM dengan turut memperhatikan standar kompetensi tenaga/profesi;
- u. dokumen hasil verifikasi terhadap usulan pelatihan dari staf berdasarkan hasil *training need assesement* dan roadmap pengembangan SDM dengan turut memperhatikan standar kompetensi tenaga/profesi;
- v. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- w. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 44

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Diklit dan Kerjasama terdiri dari :

- a. berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana strata satu bidang administrasi;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategi, rencana implementation dan rencana tahunan, sistem rekrutmen dan sistem remunerasi; dan

- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan.

Paragraf Ketiga
Bagian Ketiga

Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan

Pasal 45

Uraian Tugas Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan terdiri dari :

- a. melaksanakan inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- b. menyusun standar pelayanan dan indikator kinerja sub bagian evaluasi dan pelaporan dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika dalam era JKN-BPJSK;
- c. mengimplementasikan kebijakan dan upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di bagian pengembangan;
- d. mengimplementasikan sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- e. menyusun perencanaan kegiatan dan indikator penilaian kinerja pada sub bagian evaluasi dan pelaporan sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan akreditasi;
- f. mengkoordinir penyusunan indikator penilaian kinerja dan melakukan pengukuran kinerja di tingkat rumah sakit;
- g. mengkoordinir penyusunan dokumen profil rumah sakit bekerjasama dengan sub bagian pengembangan rumah sakit dan pemasaran dan sub bagian hukum dan humas;
- h. mengkoordinir penyusunan laporan tahunan rumah sakit (perjanjian kinerja , LAKIP, LPPD serta laporan kinerja BLUD);

- i. menyusun petunjuk teknis dan alur pembuatan laporan tahunan rumah sakit sesuai kaidah proses bisnis yang baik;
- j. melaksanakan evaluasi kinerja kegiatan pengadaan dan kinerja BLUD per triwulan;
- k. menyelenggarakan pembimbingan dan pembinaan yang berkaitan dengan staf di bawahnya dalam melakukan evaluasi dan menyusun laporan;
- l. melaksanakan rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa, belanja modal dan aset/persediaan per triwulan, semester dan tahunan termasuk menginput e-monev serta membuat dokumen rencana tindak pengendalian (RTP);
- m. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- n. melaksanakan dan melaporkan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan.

Pasal 46

Ukuran Hasil Kinerja Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan terdiri dari :

- a. dokumen berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan, dan regulasi yang berkaitan dengan sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- b. dokumen standar pelayanan dan indikator kinerja sub bagian evaluasi dan pelaporan dalam rangka mencapai tujuan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika dalam era JKN-BPJSK;
- c. terimplementasinya kebijakan dan upaya pemenuhan standar untuk mendukung pelaksanaan akreditasi di sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- d. terlaksananya pengelolaan kepegawaian dan pengembangan SDM berdasarkan standar yang ditetapkan dan melakukan pengukuran kinerja sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- e. terimplementasinya sistem dan prosedur tata hubungan kerja pada sub bagian evaluasi dan pelaporan;
- f. dokumen perencanaan kegiatan dan indikator penilaian kinerja pada sub bagian evaluasi dan pelaporan sebagai bahan penyusunan perencanaan rumah sakit dengan memperhatikan sistem JKN BPJSK dan akreditasi;

- g. dokumen profil rumah sakit;
- h. dokumen laporan tahunan rumah sakit (perjanjian kinerja, LAKIP, LPPD serta laporan kinerja BLUD);
- i. dokumen petunjuk teknis dan alur pembuatan laporan tahunan rumah sakit sesuai kaidah proses bisnis yang baik;
- j. dokumen evaluasi kinerja kegiatan pengadaan dan kinerja BLUD per triwulan;
- k. terselenggaranya pembimbingan dan pembinaan staf dibawahnya dalam melakukan evaluasi dan menyusun laporan;
- l. terlaksananya rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa dan belanja modal per triwulan, semester dan tahunan termasuk menginput e-monev serta membuat dokumen Rencana Tindak Pengendalian (RTP);
- m. dokumen hasil rekonsiliasi pertanggungjawaban pengadaan barang jasa dan belanja modal per triwulan, semester dan tahunan;
- n. dokumen rencana tindak pengendalian (RTP);
- o. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- p. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 47

Persyaratan Jabatan Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan terdiri dari :

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

Bagian Ketiga
Wakil Direktur Pelayanan

Pasal 48

Uraian Tugas Wakil Direktur Pelayanan terdiri dari :

- a. memimpin penyelenggaraan inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- b. memimpin penyusunan kebijakan dan menentukan standar (*input, proses dan outcome*) pelayanan medik, penunjang dan keperawatan dalam pencapaian pelayanan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif, dan sesuai dengan etika dalam era JKN BPJSK, BLUD, dan akreditasi;
- c. berkoordinasi dengan wakil direktur umum dan keuangan serta komite-komite dalam penyusunan, implementasi dan evaluasi *hospital by laws* (HBL) dan *Medical Staff by Laws* (MSBL) dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
- d. berkoordinasi dengan wakil direktur umum dan keuangan dalam penyusunan perencanaan rumah sakit dan produk layanan rumah sakit dalam era JKN BPJSK dan akreditasi;
- e. memimpin penyusunan program kerja, indikator program kerjanya pengukuran kinerja di bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan serta evaluasi program mutu dan keselamatan pasien dalam melaksanakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan secara paripurna;
- f. memimpin proses implementasi program kerja dan evaluasi kinerja bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- g. Memimpin penerapan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*clinical governance*) pada bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- h. mengkoordinir pengusulan pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk peningkatan pengetahuan, keterampilan dan mindset staf bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;

- i. Berkoordinasi dengan komite dalam mengembangkan pelayanan yang aman dan bermutu dalam pelayanan medik, penunjang dan keperawatan untuk mencapai akreditasi;
- j. Berkoordinasi dengan wakil direktur umum dan keuangan dalam penyusunan system informasi manajemen rumah sakit dalam era JKN BPJSK dan akreditasi;
- k. memimpin pengumpulan data dan informasi bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan dalam rangka penyusunan tariff dan system remunerasi di Era JKNS BPJSK;
- l. berkoordinasi dengan wakil direktur umum dan keuangan serta komite dalam peningkatan pengetahuan, ketrampilan dan mindset pada setiap unit/instansi pada bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- m. memimpin proses pengadaan untuk ketersediaan alat kesehatan dan bahan habis pakai dalam pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- n. berkoordinasi dengan komite untuk menyusun standar pelayanan medic dan *clinical pathway, clinical privilege dan clinical appointment* di bidang pelayanan medic, formularium rumah sakit serta standar pelayanan di bidang penunjang dan keperawatan;
- o. bersama dengan komite untuk mencapai pelayanan medik, penunjang dan keperawatan sesuai dengan standar akreditasi
- p. memimpin penyusunan indikator dashboard untuk penilaian keberhasilan pada setiap unit/instalasi di bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- q. memimpin proses pelayanan dalam bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan untuk mencapai indicator kinerja BLUD rumah sakit;
- r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- s. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 49

Ukuran Hasil Kinerja Wakil Direktur Pelayanan terdiri dari :

- a. dokumen inventaris data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait dalam upaya pemecahan masalah pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- b. dokumen kebijakan dan standar-standar pelayanan medik, penunjang dan keperawatan yang meliputi standar input, proses dan *outcome* dalam pencapaian pelayanan rumah sakit yang aman, bermutu, berkeadilan, efektif, efisien, responsif dan sesuai dengan etika dalam era JKN BPJSK, BLUD, dan akreditasi;
- c. dokumen rapat koordinasi dengan dengan wakil direktur umum dan keuangan serta komite-komite dalam penyusunan, implementasi dan evaluasi *hospital by laws* (HBL) dan *medical staff by laws* (MSBL) dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
- d. dokumen *hospital by laws* (HBL) dan *medical staff by laws* (MSBL) dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;
- e. laporan hasil evaluasi terhadap implementasi *hospital by laws* (HBL) dan *medical staff by laws* (MSBL);
- f. dokumen rapat koordinasi wakil direktur umum dan keuangan dalam penyusunan rencana strategi bisnis (RSB), dan rencana bisnis anggaran (RBA) dan produk layanan rumah sakit dalam era JKN BPJSK dan akreditasi;
- g. dokumen Rencana strategi bisnis (RSB), dan rencana bisnis anggaran (RBA);
- h. dokumen program kerja program kerja, indikator program kejadian pengukuran kinerja di bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan serta evaluasi program mutu dan keselamatan pasien dalam melaksanakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan secara paripurna;
- i. terlaksananya program kerja yang telah disusun dan terlaksananya evaluasi kinerja bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- j. dokumen hasil evaluasi kinerja bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;

- k. diterapkannya tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*clinical governance*) pada bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- l. dokumen usulan pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan staf bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- m. dokumen rapat koordinasi dengan komite dalam mengembangkan pelayanan yang aman dan bermutu dalam pelayanan medik, penunjang dan keperawatan untuk mencapai akreditasi;
- n. terciptanya pelayanan yang aman dan bermutu dalam pelayanan medik, penunjang dan keperawatan untuk mencapai akreditasi;
- o. dokumen rapat dengan wakil direktur umum dan keuangan dalam penyusunan sistem informasi manajemen rumah sakit dalam era JKN BPJSK dan akreditasi;
- p. tersedianya sistem informasi manajemen rumah sakit dalam era JKN BPJSK dan akreditasi;
- q. tersedianya data dan informasi bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan dalam rangka penyusunan tarif dan sistem remunerasi di Era JKNS BPJSK;
- r. dokumen rapat dengan wakil direktur umum dan keuangan serta komite dalam peningkatan pengetahuan, ketrampilan dan mindset pada setiap unit/instansi pada bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- s. terciptanya komunikasi dan koordinasi yang baik wakil direktur umum dan keuangan serta komite dalam kegiatan peningkatan pengetahuan, ketrampilan dan mindset pada setiap unit/instansi pada bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- t. tersedianya alat kesehatan dan bahan habis pakai dalam pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- u. dokumen rapat koordinasi dengan komite untuk menyusun standar pelayanan medik dan *clinical pathway*, *clinical privilege* dan *clinical appointment* di bidang pelayanan medik, formularium rumah sakit serta standar pelayanan di bidang penunjang dan keperawatan;

- v. dokumen standar pelayanan medik, *clinical pathway*, *clinical privilege* dan *clinical appointment* di bidang pelayanan medik, formularium rumah sakit serta standar pelayanan di bidang penunjang dan keperawatan;
- w. dokumen indikator *dashboard* untuk penilaian keberhasilan pada setiap unit/instalasi di bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- x. tercapainya indikator kinerja BLUD rumah sakit dalam bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- y. dokumen implementasi program kerja dan indikator keberhasilan dalam bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- z. terlaksananya program kerja dan tercapainya indikator keberhasilan dalam bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan;
- aa. terlaksananya pengukuran kinerja dan indikator program kerja di bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan serta evaluasi program mutu dan keselamatan pasien;
- bb. dokumen hasil pengukuran kinerja dan indikator program kerja di bidang pelayanan medik, penunjang dan keperawatan serta evaluasi program mutu dan keselamatan pasien;
- cc. dokumen usulan pengembangan SDM meliputi pendidikan, pelatihan, bimbingan serta penilaian kinerja untuk peningkatan kesejahteraan staf dalam bidang tugasnya;
- dd. tersedianya dokumen data dan informasi bidang medik, penunjang dan keperawatan dalam penyusunan tarif dan penentuan sistem remunerasi;
- ee. dokumen laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- ff. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 50

Persyaratan Wakil Direktur Pelayanan terdiri dari :

- 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 perumahan 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 poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun di bidang pelayanan medik/kesehatan.

Paragraf Kesatu Bidang Pelayanan Medis

Pasal 51

Uraian Tugas Bidang Pelayanan Medis terdiri dari :

- a. mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait pelayanan medik (termasuk data dan informasi yang dibutuhkan dalam penyusunan tarif dan penentuan sistem remunerasi rumah sakit);
- b. memimpin penyusunan, pengendalian dan evaluasi implementasi program kerja dan indikator keberhasilan dengan anggaran yang terintegrasi dalam bidang pelayanan medik;

- c. memimpin penyusunan, pengendalian dan evaluasi implementasi SPO, SPM dan alur proses pelayanan medik berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- d. mengkoordinir penyusunan alur penyelesaian masalah di bidang pelayanan medik;
- e. berkoordinasi dengan komite medik dan komite lain terkait dalam penyusunan *medikal staff bylaws*, *clinical pathway*, *clinical privilege* dan *clinical appointment*, panduan praktek klinis, kewenangan klinis, formularium rumah sakit dan indikator evaluasi input, proses, out put dan out come bidang pelayanan medik;
- f. mengkoordinir penyusunan perencanaan kebutuhan SDM, peralatan serta pelayanan di bidang pelayanan medik;
- g. memfasilitasi, mengarahkan, *me-monitoring* dan mengevaluasi implementasi standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan medik yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's pada pelayanan medik;
- h. melakukan identifikasi dan merencanakan jenis pelayanan klinis untuk memenuhi kebutuhan masyarakat;
- i. menyelenggarakan sistem pelayanan medik yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- j. memfasilitasi dan mengarahkan implementasi pencapaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan medik), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada bidang pelayanan medik;
- k. mengkoordinir penyelenggaraan *clinical audit* dan *clinical risk management*;
- l. menetapkan mekanisme koordinasi untuk seluruh kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi yang melibatkan dokter, perawat, dan tenaga lainnya sesuai ukuran dan kompleksitas rumah sakit;
- m. mengintegrasikan proses pengendalian dan pencegahan infeksi dengan keseluruhan program rumah sakit dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien;

- n. berkolaborasi dengan unit/instalasi dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- o. mengkoordinir pengukuran kinerja dan indikator program kerja di bidang pelayanan medik;
- p. melaksanakan koordinasi dan kerjasama dengan SMF dalam bidang pelayanan medik;
- q. memimpin kegiatan pembimbingan dan pembinaan terhadap seluruh tenaga medik bekerjasama dengan komite medik;
- r. mengkoordinir pengusulan pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada bidang pelayanan medik;
- s. mengkoordinir penyusunan perencanaan dan pengembangan pusat pelayanan unggulan, jejaring dan kemitraan strategis di bidang pelayanan medik;
- t. mengkoordinir pencatatan dan pelaporan terhadap semua kegiatan dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit; di bidang pelayanan medik;
- u. mengusulkan berbagai kebijakan rumah sakit dibidang pelayanan medik kepada pimpinan secara berjenjang sesuai dengan dinamika organisasi dan pendapat komite medik;
- v. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- w. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 52

Ukuran Hasil Kinerja Bidang Pelayanan Medis terdiri dari :

- a. dokumen yang berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait bidang pelayanan medik termasuk data dan informasi yang dibutuhkan dalam penyusunan tarif dan penentuan sistem remunerasi rumah sakit;
- b. dokumen program kerja, dokumen indikator keberhasilannya dan dokumen hasil evaluasi implementasinya disertai dengan anggaran yang terintegrasi dalam bidang pelayanan medik;

- c. dokumen SPO, SPM dan alur proses pelayanan medik;
- d. dokumen hasil evaluasi implementasi SPO, SPM dan alur proses pelayanan medik;
- e. dokumen alur penyelesaian masalah di bidang pelayanan medik;
- f. dokumen rapat koordinasi dengan seluruh komite untuk menyusun *medikal staff bylaws*, *clinical pathway*, panduan praktek klinis, kewenangan klinis, formularium rumah sakit dan indikator evaluasi input, proses, output dan outcome bidang pelayanan medik;
- g. dokumen *medikal staff bylaws*, *clinical pathway*, panduan praktek klinis, kewenangan klinis dan indikator evaluasi input, proses, output dan outcome bidang pelayanan medik;
- h. dokumen perencanaan kebutuhan jumlah dan pengembangan sumber daya manusia, peralatan serta pelayanan di bidang pelayanan medik;
- i. terimplementasinya standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan medik yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's pada pelayanan medik
- j. dokumen proses dan hasil kegiatan *monitoring* dan evaluasi implementasi standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan medik yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's pada pelayanan medik;
- k. dokumen perencanaan jenis pelayanan klinis untuk memenuhi kebutuhan masyarakat;
- l. terselenggaranya sistem pelayanan medik yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- m. tercapainya indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan medik), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada bidang pelayanan medik;

- n. dokumen hasil capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan medik), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada bidang pelayanan medik;
- o. meningkatnya capaian indikator layanan rumah sakit BLUD;
- p. terselenggaranya *clinical audit* dan *clinical risk management*;
- q. laporan hasil *clinical audit* dan *clinical risk management* disertai dengan rekomendasi;
- r. dokumen mekanisme koordinasi untuk seluruh kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi yang melibatkan dokter, perawat dan tenaga lainnya sesuai ukuran dan kompleksitas rumah sakit;
- s. terintegrasinya proses pengendalian dan pencegahan infeksi dengan keseluruhan program rumah sakit dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- t. terjalannya kolaborasi dan kerjasama yang baik dengan unit/instalasi dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- u. terlaksananya program Pengendalian dan pencegahan infeksi pada bidang pelayanan medik;
- v. terlaksananya pengukuran kinerja dan indikator program kerja di bidang pelayanan medik;
- w. laporan hasil pengukuran kinerja dan indikator program kerja di bidang pelayanan medik;
- x. tercapainya kinerja yang baik dan indikator program kerja di bidang pelayanan medik;
- y. terjalannya koordinasi dan kerjasama dengan SMF dalam bidang pelayanan medik;
- z. dokumen rapat dengan SMF dalam bidang pelayanan medik;
- aa. terlaksananya proses pembimbingan dan pembinaan terhadap seluruh tenaga medik bekerjasama dengan komite medik;

- bb. dokumen usulan pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada bidang pelayanan medik;
- cc. dokumen perencanaan dan pengembangan pusat pelayanan unggulan, jejaring dan kemitraan strategis di bidang pelayanan medik;
- dd. dokumen hasil pencatatan dan pelaporan terhadap semua kegiatan dalam bentuk system informasi manajemen rumah sakit di bidang pelayanan medik;
- ee. dokumen usulan berbagai kebijakan rumah sakit dibidang pelayanan medik yang diajukan kepada pimpinan secara berjenjang;
- ff. laporan pertanggung jawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- gg. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 53

Persyaratan Jabatan Bidang Pelayanan Medis terdiri dari :

- a. berlatar belakang pendidikan tenaga medis dengan pendidikan minimal sarjana strata 1 (satu) bidang kesehatan;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai dan sistem remunerasi;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun di bidang pelayanan medik/kesehatan.

Paragraf Kesatu
Bagian Kesatu
Seksi Pelayanan Medis Rawat Inap

Pasal 54

Uraian Tugas Seksi Pelayanan Medis Rawat Inap terdiri dari:

- a. melaksanakan inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait dengan bidang tugas seksi pelayanan rawat inap;
- b. menyusun, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan SPO, SPM, instruksi kerja dan alur proses kegiatan pada seksi pelayanan rawat inap berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- c. mengusulkan program kerja disertai indikator keberhasilan, kebutuhan prasarana, SDM, peralatan untuk pelayanan rawat inap dengan anggaran yang terintegrasi;
- d. menyusun, memimpin implementasi, mengawasi dan evaluasi penerapan *clinical pathway*, *clinical privilege*, dan *clinical appointment*, panduan praktek klinis, kewenangan klinis dan indikator-indikator evaluasi input, proses, output dan outcome untuk pelayanan rawat inap bersama dengan komite terkait;
- e. memimpin, memonitor, mengawasi dan mengevaluasi implementasi akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) pada pelayanan rawat inap;
- f. mengelola pelayanan rawat inap yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- g. mengawasi pengukuran capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan rawat inap), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan rawat inap;
- h. melaksanakan pengukuran kinerja pelayanan rawat inap;

- i. melaksanakan bimbingan dan pembinaan terhadap seluruh tenaga medik di rawat inap;
- j. mengusulkan perencanaan kebutuhan ruangan, Prasarana, SDM, peralatan dan pelayanan rawat inap;
- k. mengusulkan rencana pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada seksi pelayanan rawat inap;
- l. menyusun perencanaan dan pengembangan pusat pelayanan unggulan rawat inap;
- m. melakukan pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien, monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien di bidang pelayanan medis rawat inap;
- n. menyusun perencanaan mutu dan indikator penilaian mutu klinis bersama instalasi/unit;
- o. mengimplementasikan dimensi mutu pada instalasi/unit pelayanan medis rawat inap;
- p. melaksanakan program audit klinik, *clinical risk management* dan *monitoring outcome* pada pelayanan medis rawat inap;
- q. melakukan pencatatan dan pelaporan serta *feedback* hasil pengukuran mutu dan keselamatan pasien bidang pelayanan medik rawat inap dengan menggunakan *tools* mutu;
- r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- s. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 55

Ukuran Hasil Kinerja Seksi Pelayanan Medis Rawat Inap terdiri dari :

- a. dokumen yang berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait bidang pelayanan medik rawat inap termasuk data dan informasi yang dibutuhkan dalam penyusunan tarif dan penentuan sistem remunerasi rumah sakit;
- b. dokumen SPO, SPM dan alur proses pelayanan medis rawat inap;

- c. dokumen hasil evaluasi implementasi SPO, SPM dan alur proses pelayanan medis rawat inap;
- d. dokumen usulan program kerja disertai indikator keberhasilan, kebutuhan prasarana, bangunan, SDM, kefarmasian, peralatan untuk pelayanan rawat inap dengan anggaran yang terintegrasi;
- e. dokumen *clinical pathway*, *clinical privilege*, *clinical appointment*, panduan praktek klinis, kewenangan klinis dan indikator-indikator evaluasi input, proses, output dan outcome untuk pelayanan rawat inap;
- f. terimplementasinya *clinical pathway*, *clinical privilege*, *clinical appointment*, panduan praktek klinik dan kewenangan klinis untuk pelayanan rawat inap;
- g. terimplementasinya standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan medik yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's pada pelayanan rawat inap;
- h. dokumen proses dan hasil kegiatan *monitoring* dan evaluasi implementasi standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan medik yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's pada pelayanan rawat inap;
- i. terselenggaranya sistem pelayanan medik yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK di bidang pelayanan rawat inap;
- j. tercapainya indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan medik), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada bidang pelayanan rawat inap;
- k. dokumen hasil capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan medik), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan rawat inap;
- l. terlaksananya pengukuran kinerja pelayanan rawat inap;
- m. laporan hasil pengukuran kinerja pelayanan rawat inap;
- n. meningkatnya kinerja layanan rawat inap;

- o. dokumentasi proses pembimbingan dan pembinaan terhadap seluruh tenaga medik di rawat inap;
- p. dokumen usulan perencanaan kebutuhan ruangan, prasarana, SDM, peralatan dan pelayanan rawat inap;
- q. dokumen usulan rencana pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada seksi pelayanan rawat inap;
- r. dokumen perencanaan dan pengembangan pusat pelayanan unggulan rawat inap;
- s. terlaksananya pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien, monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien di bidang pelayanan medis rawat inap;
- t. laporan hasil pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien, monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien di bidang pelayanan medis rawat inap;
- u. dokumen perencanaan mutu dan indikator penilaian mutu klinis yang disusun bersama instalasi/unit;
- v. terimplementasinya dimensi mutu pada instalasi/unit pelayanan medis rawat inap;
- w. terlaksananya program audit klinik, *clinical risk management* dan *monitoring outcome* pada pelayanan medis rawat inap;
- x. laporan hasil audit klinik, *clinical risk management* dan *monitoring outcome* pada pelayanan medis rawat inap;
- y. dokumen hasil pencatatan dan laporan serta *feedback* hasil pengukuran mutu dan keselamatan pasien bidang pelayanan medik rawat inap dengan menggunakan *tools* mutu;
- z. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- aa. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 56

Persyaratan Jabatan Seksi Pelayanan Medis Rawat Inap terdiri dari :

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

Paragraf Kesatu
Bagian Kedua

Seksi Pelayanan Medis Non Rawat Inap

Pasal 57

Uraian Tugas Seksi Pelayanan Medis Non Rawat Inap terdiri dari :

- a. melaksanakan pengumpulan data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait dengan bidang tugas seksi pelayanan non rawat inap;
- b. memimpin penyusunan, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan SPO, SPM dan alur proses pelayanan non rawat inap berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- c. mengusulkan program kerja beserta indikator keberhasilannya, kebutuhan prasarana, jumlah, dan pengembangan sumber daya manusia, peralatan untuk pelayanan non rawat inap dengan anggaran yang terintegrasi;
- d. menyusun, memimpin implementasi, mengawasi dan evaluasi penerapan *clinical pathway*, *clinical privilege*, *clinical appointment* panduan praktek klinis, kewenangan klinis dan indikator-indikator evaluasi input, proses, output dan outcome untuk pelayanan non rawat inap bersama dengan komite terkait;
- e. memimpin, memonitor, mengawasi dan mengevaluasi implementasi akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) untuk pelayanan non rawat inap;
- f. mengelola pelayanan non rawat inap yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;

- g. melakukan pengukuran kinerja pelayanan non rawat inap;
- h. mengawasi dan melakukan pengukuran capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan, mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan non rawat inap;
- i. melakukan bimbingan dan pembinaan terhadap seluruh tenaga medik di non rawat inap;
- j. menyusun perencanaan dan pengembangan pusat pelayanan unggulan pelayanan non rawat inap;
- k. mengusulkan perencanaan kebutuhan ruangan, prasarana, SDM, peralatan dan pelayanan non rawat inap;
- l. mengusulkan rencana pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada seksi pelayanan non rawat inap;
- m. melakukan pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien, monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien di bidang pelayanan medis rawat inap;
- n. menyusun perencanaan mutu dan indikator penilaian mutu klinis bersama instalasi/unit;
- o. melakukan pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien, monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien di bidang pelayanan medis non rawat inap;
- p. mengimplementasikan dimensi mutu pada instalasi/unit pelayanan medis non rawat inap;
- q. melaksanakan program audit klinik, *clinical risk management* dan *monitoring outcome* pada pelayanan medis non rawat inap;
- r. melakukan pencatatan dan pelaporan serta *feedback* hasil pengukuran mutu dan keselamatan pasien bidang pelayanan medik non rawat inap dengan menggunakan *tools* mutu;
- s. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan

- t. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 58

Ukuran Hasil Kinerja Seksi Pelayanan Medis Non Rawat Inap terdiri dari :

- a. dokumen yang berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait bidang pelayanan medik non rawat inap termasuk data dan informasi yang dibutuhkan dalam penyusunan tarif dan penentuan sistem remunerasi rumah sakit;
- b. dokumen SPO, SPM dan alur proses pelayanan medis non rawat inap;
- c. dokumen hasil evaluasi implementasi SPO, SPM dan alur proses pelayanan medis non rawat inap;
- d. dokumen usulan program kerja disertai indikator keberhasilan, kebutuhan prasarana, SDM, peralatan untuk pelayanan non rawat inap dengan anggaran yang terintegrasi;
- e. dokumen *clinical pathway, clinical privilege, clinical appointment* panduan praktek klinis, kewenangan klinis dan indikator-indikator evaluasi input, proses, output dan outcome untuk pelayanan non rawat inap;
- f. terimplementasinya akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) untuk pelayanan non rawat inap;
- g. dokumen hasil evaluasi terhadap standar akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) untuk pelayanan non rawat inap;
- h. terselenggaranya sistem pelayanan medik yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK di bidang pelayanan non rawat inap;
- i. terlaksananya pengukuran kinerja pelayanan non rawat inap;
- j. laporan hasil pengukuran kinerja pelayanan non rawat inap;
- k. meningkatnya kinerja layanan non rawat inap;

- l. terlaksananya pengawasan dan pengukuran capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan, mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan non rawat inap;
- m. dokumen hasil capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan, mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan non rawat inap;
- n. dokumentasi proses pembimbingan dan pembinaan terhadap seluruh tenaga medik non rawat inap;
- o. dokumen usulan perencanaan pengembangan pusat pelayanan unggulan pelayanan non rawat inap;
- p. dokumen usulan perencanaan kebutuhan ruangan, Prasarana, SDM, peralatan dan pelayanan non rawat inap;
- q. dokumen usulan rencana pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada seksi pelayanan non rawat inap;
- r. terlaksananya pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien, monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien di bidang pelayanan medis non rawat inap;
- s. laporan hasil pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien, monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien di bidang pelayanan medis non rawat inap;
- t. dokumen perencanaan mutu dan indikator penilaian mutu klinis yang disusun bersama instalasi/unit;
- u. terimplementasinya dimensi mutu pada instalasi/unit pelayanan medis non rawat inap;
- v. terlaksananya program audit klinik, *clinical risk management* dan *monitoring outcome* pada pelayanan medis non rawat inap;
- w. dokumen hasil audit klinik, *clinical risk management* dan *monitoring outcome* pada pelayanan medis non rawat inap;

- x. dokumen hasil pencatatan dan pelaporan serta *feedback* hasil pengukuran mutu dan keselamatan pasien bidang pelayanan medikrawat inap dengan menggunakan *tools* mutu;
- y. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- z. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 59

Persyaratan Jabatan Seksi Pelayanan Medis Non Rawat Inap terdiri dari :

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

Paragraf Kedua Bidang Keperawatan

Pasal 60

Uraian Tugas Bidang Keperawatan terdiri dari :

- a. mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait pelayanan keperawatan (termasuk data dan informasi yang dibutuhkan dalam penyusunan tarif dan penentuan sistem remunerasi rumah sakit);
- b. memimpin penyusunan, pengendalian dan evaluasi implementasi program kerja serta indikator keberhasilan dengan anggaran yang terintegrasi dalam bidang keperawatan;
- c. mengkoordinir penyusunan perencanaan kebutuhan sumber daya manusia, dalam jumlah dan pengembangannya di bidang keperawatan;

- d. memimpin penyusunan, pengendalian dan evaluasi implementasi SPO, SPM serta alur proses pelayanan keperawatan berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- e. memfasilitasi, mengarahkan, *me-monitoring* dan mengevaluasi pelaksanaan standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan keperawatan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's pada pelayanan keperawatan;
- f. menyelenggarakan sistem pelayanan keperawatan yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- g. berkoordinasi dengan komite keperawatan untuk mewujudkan penerapan model asuhan keperawatan profesional (MAKP) yang berkualitas dan beretika serta indikator-indikator evaluasi input, proses, output dan outcome bidang keperawatan;
- h. memfasilitasi proses pendampingan teknis keperawatan kepada seluruh perawat sesuai kebutuhan;
- i. memfasilitasi, mengarahkan, *me-monitoring* dan mengevaluasi implementasi pencapaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan keperawatan), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) terkait bidang keperawatan;
- j. mengkoordinir penyelenggaraan audit keperawatan;
- k. mengkoordinir pengukuran kinerja dan indikator program kerja di bidang keperawatan;
- l. memimpin kegiatan pembimbingan dan pembinaan terhadap seluruh tenaga perawat;
- m. mengkoordinir pengusulan pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada bidang keperawatan;
- n. mengkoordinir penyusunan perencanaan, pengembangan pusat pelayanan unggulan dan pelaksanaan kemitraan di bidang keperawatan;
- o. mengkoordinir pencatatan dan pelaporan terhadap semua kegiatan dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit di bidang keperawatan;

- p. melaksanakan koordinasi dan kerjasama dengan Kepala ruangan dalam bidang keperawatan;
- q. mengusulkan berbagai kebijakan rumah sakit dibidang keperawatan kepada pimpinan secara berjenjang sesuai dengan dinamika organisasi;
- r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- s. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 61

Ukuran Hasil Kinerja Bidang Keperawatan terdiri dari :

- a. dokumen berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait pelayanan keperawatan termasuk data dan informasi yang dibutuhkan dalam penyusunan tarif dan penentuan sistem remunerasi rumah sakit;
- b. terkendalinya dan terlaksananya evaluasi implementasi program kerja dan indikator keberhasilan dengan anggaran yang terintegrasi dalam bidang keperawatan;
- c. laporan hasil evaluasi implementasi program kerja dan indikator keberhasilan dengan anggaran yang terintegrasi dalam bidang keperawatan;
- d. dokumen perencanaan kebutuhan jumlah dan pengembangan sumber daya manusia di bidang keperawatan;
- e. terkendalinya dan terlaksananya evaluasi implementasi SPO, SPM dan alur proses pelayanan keperawatan berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- f. dokumen SPO, SPM dan alur proses pelayanan keperawatan berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- g. laporan hasil evaluasi implementasi SPO, SPM dan alur proses pelayanan di bidang keperawatan;
- h. dokumen proses dan hasil kegiatan *monitoring* dan evaluasi implementasi standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan keperawatan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's pada pelayanan keperawatan;
- i. terselenggaranya sistem pelayanan keperawatan yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;

- j. dokumen rapat koordinasi dengan komite keperawatan untuk mewujudkan penerapan model asuhan keperawatan profesional (MAKP) yang berkualitas dan beretika serta indikator-indikator evaluasi *input*, *proses*, *output* dan *outcome* bidang keperawatan;
- k. diterapkannya model asuhan keperawatan profesional (MAKP) yang berkualitas dan beretika serta indikator-indikator evaluasi *input*, *proses*, *output* dan *outcome* bidang keperawatan;
- l. laporan pencapaian indikator-indikator evaluasi *input*, *proses*, *output* dan *outcome* bidang keperawatan;
- m. terlaksananya proses pendampingan teknis keperawatan kepada seluruh perawat sesuai kebutuhan;
- n. tercapainya indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan keperawatan), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada bidang keperawatan;
- o. terselenggaranya audit keperawatan;
- p. laporan hasil audit keperawatan;
- q. terlaksananya pengukuran kinerja dan indikator program kerja di bidang keperawatan;
- r. laporan hasil pengukuran kinerja dan indikator program kerja di bidang keperawatan;
- s. meningkatnya kinerja dan tercapainya indikator program kerja di bidang keperawatan;
- t. terlaksananya proses pembimbingan dan pembinaan terhadap seluruh tenaga keperawatan;
- u. dokumen usulan pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada bidang keperawatan;
- v. dokumen perencanaan dan pengembangan pusat pelayanan unggulan, jejaring dan kemitraan strategis di bidang pelayanan keperawatan;
- w. dokumen hasil pencatatan dan pelaporan terhadap semua kegiatan dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit di bidang keperawatan;

- x. dokumen rapat dengan Kepala ruangan dalam bidang keperawatan;
- y. dokumen usulan berbagai kebijakan rumah sakit dibidang keperawatan yang diajukan kepada pimpinan secara berjenjang;
- z. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- aa. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 62

Persyaratan Jabatan Bidang Keperawatan terdiri dari :

- a. berlatar belakang pendidikan NERS dengan pendidikan minimal sarjana strata 1 (satu) keperawatan;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai dan sistem remunerasi;
- c. pelatihan sebagai mana dimaksud pada poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun di bidang keperawatan/kesehatan.

Paragraf Kedua Bagian Kesatu

Seksi Keperawatan Rawat Inap

Pasal 63

Uraian Tugas Seksi Keperawatan Rawat Inap terdiri dari :

- a. melaksanakan inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait dengan bidang tugas seksi keperawatan rawat inap;
- b. melaksanakan, mengkoordinir, mengendalikan, mengawasi, memonitor dan mengevaluasi pengelolaan pelayanan keperawatan rawat inap;
- c. menyusun, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan SPO, SPM, instruksi kerja dan alur proses kegiatan pada seksi keperawatan rawat inap berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- d. menyusun alur penyelesaian masalah pelayanan keperawatan rawat inap;

- e. mengelola pelayanan dan melakukan pengukuran kinerja pelayanan keperawatan rawat inap yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- f. mengusulkan program kerja beserta indikator keberhasilannya dan menyusun perencanaan kebutuhan bangunan, prasarana, sumber daya manusia dan peralatan pada bidang pelayanan keperawatan rawat inap dengan anggaran yang terintegrasi;
- g. memimpin, memonitor, mengawasi dan mengevaluasi implementasi akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) pada keperawatan rawat inap;
- h. mengawasi pengukuran capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan keperawatan rawat inap;
- i. menyusun standar asuhan keperawatan profesional serta indikator-indikator evaluasi input, proses, out put dan out come di rawat inap bersama dengan komite keperawatan;
- j. melakukan bimbingan dan pembinaan kepada seluruh staf;
- k. mengusulkan rencana pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada seksi pelayanan keperawatan rawat inap;
- l. menyusun perencanaan dan pengembangan pelayanan keperawatan rawat inap yang mendukung pusat pelayanan unggulan;
- m. melaksanakan kemitraan pelayanan keperawatan rawat inap;
- n. melakukan pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien di bidang keperawatan rawat inap;

- o. menyusun indikator penilaian mutu asuhan keperawatan bersama instalasi/unit monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien di bidang keperawatan rawat inap;
- p. mengimplementasikan dimensi mutu asuhan keperawatan rawat inap pada instalasi/unit;
- q. melakukan monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien bidang keperawatan rawat inap;
- r. melaksanakan *clinical risk management* dan mekanisme *monitoring outcome* bidang keperawatan rawat inap;
- s. melakukan pencatatan dan pelaporan serta *feedback* hasil pengukuran mutu dan keselamatan pasien bidang keperawatan rawat inap dengan menggunakan *tools* mutu;
- t. mensosialisasikan, mengimplementasikan, mengawasi, dan mengevaluasi pencapaian akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) di bidang keperawatan rawat inap;
- u. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- v. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 64

Ukuran Hasil Kinerja Seksi Keperawatan Rawat Inap terdiri dari :

- a. dokumen inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait dengan bidang tugas seksi keperawatan rawat inap;
- b. terlaksananya pengelolaan pelayanan keperawatan rawat inap dan evaluasi terhadap pelaksanaannya;
- c. dokumen SPO, SPM, instruksi kerja dan alur proses kegiatan pada seksi keperawatan rawat inap berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;

- d. dokumen hasil evaluasi implementasi SPO, SPM, instruksi kerja dan alur proses kegiatan pada seksi keperawatan rawat inap berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- e. dokumen alur penyelesaian masalah pelayanan keperawatan rawat inap;
- f. terlaksananya pelayanan dan dilakukannya pengukuran kinerja pelayanan keperawatan rawat inap yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- g. dokumen usulan program kerja beserta indikator keberhasilannya dan dokumen perencanaan kebutuhan bangunan, prasarana, sumber daya manusia dan peralatan pada bidang pelayanan keperawatan rawat inap dengan anggaran yang terintegrasi;
- h. terimplementasinya standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan medik yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's pada pelayanan keperawatan rawat inap;
- i. dokumen proses dan hasil kegiatan *monitoring* dan evaluasi implementasi standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan medik yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's pada pelayanan keperawatan rawat inap;
- j. tercapainya indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan keperawatan rawat inap;
- k. dokumen hasil capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan medik), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan keperawatan rawat inap;
- l. dokumen standar asuhan keperawatan profesional serta indikator-indikator evaluasi input, proses, output dan outcome di rawat inap bersama dengan komite keperawatan;

- m. dokumen rapat dengan komite keperawatan dalam penyusunan standar asuhan keperawatan profesional serta indikator-indikator evaluasi input, proses, output dan outcome di rawat inap;
- n. dokumentasi proses pembimbingan dan pembinaan kepada seluruh staf;
- o. dokumen rencana pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada seksi pelayanan keperawatan rawat inap;
- p. dokumen perencanaan dan pengembangan pelayanan keperawatan rawat inap yang mendukung pusat pelayanan unggulan;

- q. terlaksananya kemitraan pelayanan keperawatan rawat inap;
- r. terlaksananya pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien di bidang keperawatan rawat inap;
- s. laporan hasil pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien di bidang keperawatan rawat inap;
- t. dokumen indikator penilaian mutu asuhan keperawatan di bidang keperawatan rawat inap;
- u. terimplementasinya dimensi mutu asuhan keperawatan rawat inap pada instalasi/unit;
- v. terlaksananya monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien bidang keperawatan rawat inap;
- w. laporan hasil monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien bidang keperawatan rawat inap;
- x. terlaksananya *clinical risk management* dan mekanisme *monitoring outcome* bidang keperawatan rawat inap;
- y. laporan hasil audit klinik, *clinical risk management* dan *monitoring outcome*;
- z. dokumen hasil pencatatan dan pelaporan serta *feedback* hasil pengukuran mutu dan keselamatan pasien bidang keperawatan rawat inap dengan menggunakan *tools* mutu;

- aa. terlaksananya sosialisasi dan implementasi serta mengevaluasi pencapaian akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) di bidang keperawatan rawat inap;
- bb. dokumen hasil evaluasi/ laporan pencapaian akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) di bidang keperawatan rawat inap;
- cc. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- dd. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 65

Persyaratan Jabatan Seksi Keperawatan Rawat Inap terdiri dari :

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

Paragraf Kedua Bagian Kedua

Seksi Keperawatan Non Rawat Inap

Pasal 66

Uraian Tugas Seksi Keperawatan Non Rawat Inap terdiri dari :

- a. melaksanakan inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait dengan bidang tugas seksi keperawatan non rawat inap;
- b. melaksanakan, mengkoordinir, mengendalikan, mengawasi, memonitor dan mengevaluasi pengelolaan pelayanan keperawatan non rawat inap;

- c. menyusun, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan SPO, SPM, instruksi kerja dan alur proses kegiatan pada seksi keperawatan non rawat inap berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- d. menyusun alur penyelesaian masalah pelayanan keperawatan non rawat inap;
- e. mengelola pelayanan dan melakukan pengukuran kinerja pelayanan keperawatan non rawat inap yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- f. mengusulkan program kerja beserta indikator keberhasilannya dan menyusun perencanaan kebutuhan bangunan, prasarana, sumber daya manusia dan peralatan pada bidang pelayanan keperawatan non rawat inap dengan anggaran yang terintegrasi;
- g. memimpin, memonitor, mengawasi dan mengevaluasi implementasi akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) pada keperawatan non rawat inap;
- h. mengawasi pengukuran capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan keperawatan non rawat inap;
- i. menyusun standar asuhan keperawatan profesional serta indikator-indikator evaluasi input, proses, out put dan out come di non rawat inap beRSama dengan komite keperawatan;
- j. melakukan bimbingan dan pembinaan kepada seluruh staf ;
- k. mengusulkan rencana pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada seksi pelayanan keperawatan non rawat inap;
- l. menyusun perencanaan dan pengembangan pelayanan keperawatan non rawat inap yang mendukung pusat pelayanan unggulan;

- m. melaksanakan kemitraan pelayanan keperawatan non rawat inap;
- n. melakukan pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien di bidang keperawatan non rawat inap;
- o. menyusun indikator penilaian mutu asuhan keperawatan bersama instalasi/unit monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien di bidang keperawatan non rawat inap;
- p. mengimplementasikan dimensi mutu asuhan keperawatan non rawat inap pada instalasi/unit;
- q. melakukan monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien bidang keperawatan non rawat inap;
- r. melaksanakan *clinical risk management* dan mekanisme *monitoring outcome* bidang keperawatan non rawat inap;
- s. melakukan pencatatan dan pelaporan serta *feedback* hasil pengukuran mutu dan keselamatan pasien bidang keperawatan non rawat inap dengan menggunakan *tools* mutu;
- t. mensosialisasikan, mengimplementasikan, mengawasi, dan mengevaluasi pencapaian akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) di bidang keperawatan non rawat inap;
- u. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- v. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 67

Ukuran Hasil Kinerja Seksi Keperawatan Non Rawat Inap terdiri dari :

- a. dokumen inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait dengan bidang tugas seksi keperawatan non rawat inap;
- b. terlaksananya pengelolaan pelayanan keperawatan non rawat inap dan evaluasi terhadap pelaksanaannya;
- c. dokumen SPO, SPM, instruksi kerja dan alur proses kegiatan pada seksi keperawatan non rawat inap berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;

- d. dokumen hasil evaluasi implementasi SPO, SPM, instruksi kerja dan alur proses kegiatan pada seksi keperawatan non rawat inap berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- e. dokumen alur penyelesaian masalah pelayanan keperawatan non rawat inap;
- f. terlaksananya pelayanan dan dilakukannya pengukuran kinerja pelayanan keperawatan non rawat inap yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- g. dokumen usulan program kerja beserta indikator keberhasilannya dan dokumen perencanaan kebutuhan bangunan, prasarana, sumber daya manusia dan peralatan pada bidang pelayanan keperawatan non rawat inap dengan anggaran yang terintegrasi;
- h. terimplementasinya standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan medik yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's pada pelayanan keperawatan non rawat inap;
- i. dokumen proses dan hasil kegiatan *monitoring* dan evaluasi implementasi standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan medik yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's pada pelayanan keperawatan non rawat inap;
- j. tercapainya indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan keperawatan non rawat inap;
- k. dokumen hasil capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan medik), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan keperawatan non rawat inap;
- l. dokumen standar asuhan keperawatan profesional serta indikator-indikator evaluasi input, proses, output dan outcome di non rawat inap bersama dengan komite keperawatan;

- m. dokumen rapat dengan komite keperawatan dalam penyusunan standar asuhan keperawatan profesional serta indikator-indikator evaluasi input, proses, output dan outcome di non rawat inap;
- n. dokumentasi proses pembimbingan dan pembinaan kepada seluruh staf;
- o. dokumen rencana pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada seksi pelayanan keperawatan non rawat inap;
- p. dokumen perencanaan dan pengembangan pelayanan keperawatan non rawat inap yang mendukung pusat pelayanan unggulan;
- q. terlaksananya kemitraan pelayanan keperawatan non rawat inap;
- r. terlaksananya pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien di bidang keperawatan non rawat inap;
- s. laporan hasil pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien di bidang keperawatan non rawat inap;
- t. dokumen indikator penilaian mutu asuhan keperawatan di bidang keperawatan non rawat inap;
- u. terimplementasinya dimensi mutu asuhan keperawatan non rawat inap pada instalasi/unit;
- v. terlaksananya monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien bidang keperawatan non rawat inap;
- w. laporan hasil monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien bidang keperawatan non rawat inap;
- x. terlaksananya *clinical risk management* dan mekanisme *monitoring outcome* bidang keperawatan non rawat inap;
- y. laporan hasil audit klinik, *clinical risk management* dan *monitoring outcome*;
- z. dokumen hasil pencatatan dan pelaporan serta *feedback* hasil pengukuran mutu dan keselamatan pasien bidang keperawatan non rawat inap dengan menggunakan *tools* mutu;

- aa. terlaksananya sosialisasi dan implementasi serta mengevaluasi pencapaian akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) di bidang keperawatan non rawat inap;
- bb. dokumen hasil evaluasi/laporan pencapaian akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) di bidang keperawatan non rawat inap;
- cc. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- dd. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 68

Persyaratan Jabatan Seksi Keperawatan Non Rawat Inap terdiri dari :

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

Paragraf Ketiga Bidang Penunjang

Pasal 69

Uraian Tugas Bidang Penunjang terdiri dari :

- a. mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait pelayanan penunjang medik dan non medik (termasuk data dan informasi yang dibutuhkan dalam penyusunan tarif dan penentuan sistem remunerasi rumah sakit);

- b. memimpin penyusunan, implementasi, pengendalian serta evaluasi SPO, SPM dan alur proses pelayanan penunjang medik dan non medik berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- c. mengkoordinir penyusunan alur penyelesaian masalah di bidang penunjang;
- d. berkoordinasi dengan komite mutu dan keselamatan pasien untuk menyusun indikator-indikator evaluasi *input*, proses, *output* dan *outcome* bidang penunjang;
- e. memimpin penyusunan, pengendalian dan evaluasi implementasi program kerja dan indikator keberhasilan dengan anggaran yang terintegrasi dalam bidang penunjang medik dan non medik;
- f. mengkoordinir penyusunan perencanaan kebutuhan prasarana, bangunan, jumlah dan pengembangan sumber daya manusia, peralatan serta pelayanan di bidang penunjang;
- g. mengkoordinir penyusunan perencanaan kebutuhan prasarana, kefarmasian dan peralatan di rumah sakit;
- h. memfasilitasi, mengarahkan, *me-monitoring* dan mengevaluasi implementasi standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's pada pelayanan penunjang;
- i. menyelenggarakan sistem pelayanan penunjang yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- j. memfasilitasi, mengarahkan, memonitoring dan mengevaluasi penyusunan dan pelaksanaan formularium rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- k. memfasilitasi, memonitoring dan mengevaluasi kerjasama dalam bentuk KSO peralatan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- l. pencapaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan penunjang), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada bidang pelayanan penunjang medik dan non medik;
- m. mengkoordinir penyelenggaraan audit utilisasi penunjang;
- n. mengkoordinir pengukuran kinerja dan indikator program kerja di bidang penunjang;

- o. mengkoordinir pengusulan pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada bidang penunjang;
- p. mengkoordinir penyusunan perencanaan dan pengembangan pusat pelayanan unggulan di bidang penunjang dalam rangka mendukung jejaring dan kemitraan strategis di bidang pelayanan penunjang;
- q. menyusun perencanaan pengembangan di bidang penunjang dengan *stake holder*;
- r. mengkoordinir pencatatan dan pelaporan terhadap semua kegiatan dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit di bidang penunjang;
- s. berkolaborasi dengan unit/instalasi dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- t. memimpin kegiatan pembimbingan dan pembinaan terhadap seluruh tenaga di bawah bidang penunjang;
- u. mengusulkan berbagai kebijakan rumah sakit dibidang penunjang kepada pimpinan secara berjenjang sesuai dengan dinamika organisasi dan aturan perundang-undangan;
- v. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- w. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 70

Ukuran Hasil kinerja Bidang Penunjang terdiri dari :

- a. dokumen berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait pelayanan penunjang medik dan non medik termasuk data dan informasi yang dibutuhkan dalam penyusunan tarif dan penentuan sistem remunerasi rumah sakit;
- b. terkendalinya dan terlaksananya evaluasi implementasi SPO, SPM, dan alur proses pelayanan penunjang medik dan non medik berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- c. dokumen SPO, SPM dan alur proses pelayanan penunjang medik dan non medik berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- d. laporan hasil evaluasi implementasi SPO, SPM, dan alur proses pelayanan penunjang medik dan non medik;

- e. dokumen alur penyelesaian masalah di bidang penunjang;
- f. dokumen rapat dengan komite mutu dan keselamatan pasien untuk menyusun indikator-indikator evaluasi *input*, proses, *output* dan *outcome* bidang penunjang;
- g. dokumen indikator-indikator evaluasi *input*, proses, *output* dan *outcome* bidang penunjang;
- h. terkendalinya dan terlaksananya evaluasi implementasi program kerja dan indikator keberhasilan dengan anggaran yang terintegrasi dalam bidang penunjang medik dan non medik;
- i. laporan hasil evaluasi implementasi program kerja dan indikator keberhasilan dengan anggaran yang terintegrasi dalam bidang penunjang medik dan non medik;
- j. dokumen perencanaan kebutuhan bangunan, prasarana, jumlah dan pengembangan sumber daya manusia, peralatan serta pelayanan dibidang penunjang;
- k. dokumen perencanaan kebutuhan prasarana, kefarmasian dan peralatan di rumah sakit;
- l. dokumen proses dan hasil kegiatan *monitoring* dan evaluasi implementasi standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan medik yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's pada pelayanan penunjang;
- m. menyelenggarakan sistem pelayanan penunjang yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- n. tersusunnya dan terlaksananya formularium rumah sakit sesuai dengan aturan perundang-undangan;
- o. terselenggaranya kerjasama dalam bentuk KSO peralatan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- p. tercapainya indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan penunjang), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada bidang pelayanan penunjang medik dan non medik;

- q. terkendalinya dan terlaksananya evaluasi implementasi SPO, SPM dan alur proses pelayanan penunjang medik dan non medik berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- r. terlaksananya audit utilisasi penunjang;
- s. laporan hasil audit utilisasi penunjang;
- t. terlaksananya pengukuran kinerja dan indikator program kerja di bidang penunjang medik dan non medik;
- u. laporan hasil pengukuran kinerja dan indikator program kerja di bidang penunjang medik dan non medik;
- v. meningkatnya kinerja dan tercapainya indikator program kerja di bidang penunjang medik dan non medik;
- w. dokumen usulan pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada bidang pelayanan penunjang medik dan non medik;
- x. dokumen perencanaan dan pengembangan pusat pelayanan unggulan, jejaring dan kemitraan strategis di bidang pelayanan penunjang medik dan non medik;
- y. dokumen perencanaan pengembangan di bidang penunjang dengan *stakeholder*;
- z. dokumen hasil pencatatan dan pelaporan terhadap semua kegiatan dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit di bidang pelayanan penunjang medik dan non medik;
- aa. terjalannya kolaborasi dan kerjasama yang baik dengan unit/instalasi dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- bb. terlaksananya proses pembimbingan dan pembinaan terhadap seluruh tenaga di bawah bidang penunjang;
- cc. dokumen usulan berbagai kebijakan rumah sakit di bidang penunjang yang diajukan kepada pimpinan secara berjenjang;
- dd. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dari
- ee. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 71

Persyaratan Jabatan Bidang Penunjang terdiri dari :

- a. berlatar belakang pendidikan tenaga medis atau kesehatan dengan pendidikan minimal sarjana strata 1 (satu) bidang kesehatan;
- b. telah mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai dan sistem remunerasi;
- c. pelatihan sebagaimana dimaksud pada poin 2 (dua) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki jabatan; dan
- d. diutamakan memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun di bidang pelayanan penunjang/kesehatan.

Paragraf Ketiga Bagian Kesatu Seksi Penunjang Medik

Pasal 72

Uraian Tugas Seksi Penunjang Medik terdiri dari :

- a. melaksanakan inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait dengan bidang tugas seksi penunjang medik termasuk data dan informasi yang dibutuhkan dalam penyusunan tarif dan penentuan sistem remunerasi rumah sakit;
- b. menyusun, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan SPO, SPM, instruksi kerja dan alur proses kegiatan pada seksi pelayanan penunjang medik berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- c. menyusun alur penyelesaian masalah pelayanan penunjang medik;
- d. mengelola pelayanan dan melakukan pengukuran kinerja pelayanan penunjang medik dengan memperhatikan prinsip-prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;

- e. mengusulkan program kerja beserta indikator keberhasilannya, menyusun perencanaan kebutuhan bangunan, prasarana, SDM, kefarmasian dan peralatan pada bidang tugas seksi penunjang medik dengan anggaran yang terintegrasi;
- f. memimpin, memonitor, mengawasi dan mengevaluasi implementasi akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) untuk pelayanan penunjang medik;
- g. mengawasi pengukuran capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan penunjang medik;
- h. menyusun formularium serta indikator-indikator evaluasi input, proses, *out put* dan *out come* bidang penunjang klinik bersama dengan komite terkait;
- i. melakukan bimbingan dan pembinaan terhadap seluruh staf penunjang medik;
- j. mengusulkan rencana pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada seksi pelayanan penunjang medik;
- k. melakukan pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien di bidang penunjang klinik;
- l. menyusun indikator penilaian mutu penunjang klinik bersama instalasi/unit;
- m. menyusun perencanaan mutu dan menetapkan dimensi pengukuran mutu penunjang klinik;
- n. melakukan monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien bidang penunjang klinik;
- o. melaksanakan program audit mutu penunjang, *clinical risk management* dan mekanisme *monitoring out come* bidang penunjang klinik;
- p. melakukan pencatatan dan pelaporan serta *feedback* hasil pengukuran mutu dan keselamatan pasien bidang penunjang klinik dengan menggunakan *tools* mutu;

- q. mensosialisasikan, mengimplementasikan, mengawasi, dan mengevaluasi pencapaian standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's di bidang penunjang klinik;
- r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- s. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 73

Ukuran Hasil Kinerja Seksi Penunjang Medik terdiri dari :

- a. dokumen yang berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait bidang penunjang medik termasuk data dan informasi yang dibutuhkan dalam penyusunan tarif dan penentuan sistem remunerasi rumah sakit;
- b. dokumen SPO, SPM, instruksi kerja dan alur proses kegiatan pada bidang pelayanan penunjang medik berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- c. dokumen hasil evaluasi implementasi SPO, SPM, instruksi kerja dan alur proses kegiatan pada seksi pelayanan penunjang medik berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- d. dokumen usulan program kerja disertai indikator keberhasilan, kebutuhan prasarana, bangunan, SDM, kefarmasian, peralatan untuk pelayanan penunjang medik dengan anggaran yang terintegrasi;
- e. dokumen alur penyelesaian masalah pelayanan penunjang medik;
- f. terselenggaranya pelayanan dan dilaksanakannya pengukuran kinerja pelayanan penunjang medik dengan memperhatikan prinsip-prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- g. terimplementasinya, terawasinya, tercapainya dan terlaksananya evaluasi implementasi indikator akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) untuk pelayanan penunjang medik;

- h. laporan hasil evaluasi implementasi indikator akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) untuk pelayanan penunjang medik;
- i. tercapainya indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada bidang penunjang medik;
- j. dokumen hasil capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada bidang penunjang medik;
- k. dokumen formularium serta indikator-indikator evaluasi input, proses, *output* dan *outcome* bidang penunjang medik bersama dengan komite terkait;
- l. dokumen rapat dengan komite terkait dalam penyusunan formularium serta indikator-indikator evaluasi input, proses, *output* dan *outcome* bidang penunjang medik;
- m. dokumentasi proses pembimbingan dan pembinaan terhadap seluruh staf penunjang medik;
- n. dokumen usulan rencana pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staf pada seksi pelayanan penunjang medik;
- o. terlaksananya pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien di bidang penunjang medik;
- p. laporan hasil pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien di bidang penunjang medik;
- q. dokumen indikator penilaian mutu penunjang medik yang disusun bersama instalasi/unit;
- r. dokumen rapat penyusunan indikator penilaian mutu penunjang medik dengan instalasi/unit;
- s. dokumen perencanaan mutu dan dimensi pengukuran mutu penunjang medik;

- t. terimplementasinya mutu dan program keselamatan pasien bidang penunjang medik;
- u. terlaksananya program audit mutu penunjang, *clinical risk management* dan mekanisme *monitoring outcome* bidang penunjang medik;
- v. laporan hasil audit mutu penunjang, *clinical risk management* dan mekanisme *monitoring outcome* bidang penunjang medik;
- w. dokumen hasil pencatatan dan pelaporan serta *feedback* hasil pengukuran mutu dan keselamatan pasien bidang penunjang medik dengan menggunakan *tools* mutu;
- x. terlaksananya sosialisasi, pengawasan dan evaluasi terhadap implementasi pencapaian standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's di bidang penunjang medik;
- y. dokumen hasil evaluasi terhadap implementasi pencapaian standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's di bidang penunjang medik;
- z. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- aa. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 74

Persyaratan Jabatan Seksi Penunjang Medik terdiri dari :

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

Paragraf Ketiga
Bagian Kedua
Seksi Penunjang Non Medik

Pasal 75

Uraian Tugas Seksi Penunjang Non Medik terdiri dari :

- a. melaksanakan pengumpulan data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait dengan bidang tugas seksi penunjang non medik;
- b. menyusun, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan SPO, SPM, instruksi kerja dan alur proses kegiatan pada seksi pelayanan penunjang non medik berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- c. menyusun alur penyelesaian masalah pelayanan penunjang non medik;
- d. mengelola pelayanan dan melakukan pengukuran kinerja pelayanan penunjang non medik yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
- e. mengusulkan program kerja beserta indikator keberhasilannya dan menyusun perencanaan kebutuhan bangunan, prasarana, jumlah dan pengembangan sumber daya manusia dan peralatan pada bidang pelayanan penunjang non medik dengan anggaran yang terintegrasi;
- f. memimpin, memonitor, mengawasi dan mengevaluasi implementasi akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) untuk pelayanan penunjang non medik;
- g. mengawasi dan melakukan pengukuran capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan penunjang non medik;
- h. melaksanakan pengukuran kinerja bidang penunjang non medik;

- i. menyusun indikator-indikator evaluasi input, proses, out put dan out come bidang penunjang non medik bersama dengan komite mutu dan keselamatan pasien;
- j. melakukan bimbingan dan pembinaan kepada seluruh staf;
- k. mengusulkan rencana pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan *mindset staf* pada seksi penunjang non medik;
- l. melakukan pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien di bidang penunjang non medik;
- m. menyusun indikator penilaian mutu penunjang non medik bersama instalasi/unit;
- n. menyusun perencanaan mutu dan menetapkan dimensi pengukuran mutu penunjang non medik;
- o. melakukan monitoring dan evaluasi implementasi mutu dan program keselamatan pasien bidang penunjang non medik;
- p. melakukan pencatatan dan pelaporan serta *feedback* hasil pengukuran mutu dan keselamatan pasien bidang penunjang non medik dengan menggunakan *tools* mutu;
- q. mensosialisasikan, mengimplementasikan, mengawasi, dan mengevaluasi pencapaian standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's di bidang penunjang non medik;
- r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- s. melaksanakan dan melaporkan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Pasal 76

Ukuran hasil Kinerja Seksi Penunjang Non Medik terdiri dari :

- a. dokumen yang berisi inventarisasi data, informasi, permasalahan dan regulasi yang terkait dengan bidang tugas seksi penunjang non medik;

- b. dokumen SPO, SPM, instruksi kerja dan alur proses kegiatan pada seksi pelayanan penunjang non medik berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- c. dokumen hasil evaluasi SPO, SPM, instruksi kerja dan alur proses kegiatan pada seksi pelayanan penunjang non medik berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan;
- d. dokumen alur penyelesaian masalah pelayanan penunjang non medik;
- e. terselenggaranya pelayanan dan dilaksanakannya pengukuran kinerja pelayanan penunjang non medik yang sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK ;
- f. dokumen usulan program kerja beserta indikator keberhasilannya dan dokumen perencanaan kebutuhan bangunan, prasarana, jumlah dan pengembangan sumber daya manusia dan peralatan pada bidang pelayanan penunjang non medik dengan anggaran yang terintegrasi;
- g. terimplementasinya, terawasinya, tercapainya dan terlaksananya evaluasi implementasi indikator akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) untuk pelayanan penunjang non medik;
- h. dokumen hasil evaluasi implementasi indikator akreditasi (standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's) untuk pelayanan penunjang non medik;
- i. terlaksananya pengukuran capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan penunjang non medik;

- j. dokumen hasil capaian indikator layanan rumah sakit BLUD (pertumbuhan produktivitas dan efektivitas pelayanan), mutu dan manfaat kepada masyarakat (mutu pelayanan, mutu klinik, kepedulian kepada masyarakat, kepuasan pelanggan dan kepedulian terhadap lingkungan) pada pelayanan penunjang non medik;
- k. terlaksananya pengukuran kinerja bidang penunjang non medik;
- l. dokumen hasil pengukuran kinerja bidang penunjang non medik;
- m. dokumen indikator-indikator evaluasi input, proses, output dan outcome bidang penunjang non medik yang disusun bersama dengan komite mutu dan keselamatan pasien;
- n. dokumen rapat dengan komite mutu dan keselamatan pasien dalam penyusunan indikator-indikator evaluasi input, proses, output dan outcome bidang penunjang non medik;
- o. dokumentasi proses pembimbingan dan pembinaan kepada seluruh staf;
- p. dokumen rencana pengembangan SDM meliputi pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan mengembangkan mindset staff pada seksi penunjang non medik;
- q. terlaksananya pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien di bidang penunjang non medik;
- r. dokumen indikator penilaian mutu penunjang non medik yang disusun bersama instalasi/unit;
- s. dokumen rapat penyusunan indikator penilaian mutu penunjang non medik dengan instalasi/unit;
- t. dokumen perencanaan mutu dan dimensi pengukuran mutu penunjang non medik;
- u. terimplementasinya mutu dan program keselamatan pasien bidang penunjang non medik;
- v. dokumen hasil pencatatan dan pelaporan serta *feedback* hasil pengukuran mutu dan keselamatan pasien bidang penunjang non medik dengan menggunakan *tools* mutu;

- w. terlaksananya sosialisasi, pengawasan dan evaluasi terhadap implementasi pencapaian standar, tujuan dan elemen penilaian pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien dan MDG's di bidang penunjang non medik;
- x. laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- y. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan disertai dengan laporan pelaksanaannya.

Pasal 77

Persyaratan Jabatan Seksi Penunjang Non Medik terdiri dari :

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

BAB IV KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

Pasal 78

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

BAB V KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 79

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, maka Peraturan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 89 Tahun 2012 tentang Uraian Tugas Pejabat Struktural Pada Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit Kabupaten Kutai Kartanegara sepanjang bertentangan dengan ketentuan dalam Peraturan Bupati ini dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

**BAB VI
KETENTUAN LAIN-LAIN**

Pasal 80

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

**BAB VII
KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 81

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan menempatkan dalam Berita Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara.

Ditetapkan di Tenggarong
pada tanggal 7 Oktober 2015

Pj. BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

ttd

H. CHAIRIL ANWAR

Diundangkan di Tenggarong
pada tanggal 8 Oktober 2015

**Plt. SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA**

ttd

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

**BERITA DAERAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA TAHUN 2015
NOMOR 7**

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
Sekretariat Kabupaten Kutai Kartanegara
Kepala Bagian Hukum

**PURNOMO, SH
NIP. 19780605 200212 1 002**