

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

1. Perangkat Daerah : RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti
2. Jabatan : Direktur
3. Tugas : membantu Bupati melalui Dinas dalam urusan penyelenggaraan pelayanan Kesehatan
4. Tanggung Jawab :
 - a. menyusun rencana strategis rumah sakit;
 - b. mengupayakan pemenuhan sumber daya di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. membangun budaya organisasi yang sesuai dengan nilai rumah sakit agar tercipta budaya kerja melayani yang mampu memberikan pelayanan publik berkualitas;
 - d. mewujudkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*good corporate governance dan good clinical governance*);
 - e. mengimplementasikan konsep BLUD di rumah sakit untuk mewujudkan kemandirian keuangan melalui pengelolaan keuangan rumah sakit yang efektif dan efisien;
 - f. mengimplementasikan rumah sakit yang ramah lingkungan;
 - g. menghimpun dan menyampaikan laporan keuangan, data / informasi laporan penyelenggaraan pemerintahan Daerah, laporan kinerja instansi pemerintah, profil kesehatan dan laporan lain yang dibutuhkan kepada Dinas;
 - h. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan rumah sakit kepada Dinas;
 - i. melaporkan capaian kinerja rumah sakit meliputi (laporan kinerja BLUD, SPM, dan indikator mutu rumah sakit) kepada Bupati melalui Dinas Kesehatan;
 - j. melaporkan perencanaan dan pelaksanaan program upaya kesehatan perorangan kepada Dinas; dan
 - k. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Bupati melalui Dinas.
5. Wewenang memimpin :
 - a. pembangunan zona integritas di rumah sakit untuk menuju wilayah bebas korupsi/wilayah birokrasi bersih melayani;
 - b. implementasi kendali biaya, kendali mutu, dan pencegahan terhadap potensi fraud dan gratifikasi di rumah sakit sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;
 - c. implementasi sistem pengendalian intern pemerintah dan manajemen risiko di lingkungan rumah sakit;

- d. implementasi tata kelola arsip sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. implementasi pengadaan barang dan jasa yang senantiasa berpedoman pada prinsip efektif, efisien, dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. menandatangani surat perintah membayar;
- g. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan dan pejabat penatausahaan keuangan;
- h. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan Daerah.
- i. pendistribusian dan pendelegasian tugas kepada seluruh jajarannya sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing; dan
- j. pembinaan pegawai dan penilaian kinerja pegawai.

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	$\frac{\text{Hasil Nilai Akreditasi RS}}{\text{Target Nilai Akreditasi RS}} \times 100\%$	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP)
		Presentasi Indikator SPM yang mencapai target	$\frac{\text{Indikator SPM yang mencapai target}}{\text{Seluruh Indikator SPM}} \times 100\%$	Laporan SPM

Samboja, 10 Januari 2025
Direktur,


Apt. ARTANTO S., S. Farm
 NIP 19830620 201001 1 005

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

1. Perangkat Daerah : RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti
2. Jabatan : Kepala Bidang Pelayanan Medik
3. Tugas :
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Pelayanan Medik;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang/bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (input, proses dan *output/outcome*) dari Bidang Pelayanan Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
4. Tanggung Jawab :
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai rumah sakit pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
 - b. menyelenggarakan asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mengembangkan layanan unggulan dan upaya pemenuhan sumber daya medis serta peningkatan pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
 - d. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan;
 - e. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Rawat Intensif dan rekam medik;
 - f. melakukan penyusunan dan evaluasi *Medical Staff By Laws* (MSBL);
 - g. menyediakan seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik dan pada seluruh instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Pelayanan Medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;

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

- z. melakukan penyajian data menjadi informasi dari Bidang Pelayanan Medik;
- aa. menyusun *risk register* serta melakukan pengelolaan manajemen risiko pada Bidang Pelayanan Medik;
- bb. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Pelayanan Medik;
- cc. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Pelayanan Medik;
- dd. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan; dan
- ee. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

5. Wewenang :

- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan asuhan dan mutu pelayanan medik serta pengembangan dan monitoring evaluasi pelayanan medik;
- d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan HBL, MSBL, PPK, SOP Pelayanan, CP serta SPM pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
- e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada IRJA, IBS, IRIN dan rekam medik di bawah supervisi Direktur;
- f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf medis serta pegawai lain yang berada di bawah Bidang Pelayanan Medik;
- g. memimpin penilaian kinerja staf medis serta pegawai di bawah Bidang Pelayanan Medik melalui *focused professional practice evaluation*/FPPPE serta indikator kinerja individu/indikator kinerja unit dan melaporkan kepada Direktur; dan
- h. memimpin pembinaan pada staf medis serta pegawai lain yang berada dibawah Bidang Pelayanan Medik atas kepatuhan terhadap HBL, MSBL, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang–undangan dan melaporkan kepada Direktur.

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Presentasi Indikator SPM yang mencapai target	$\frac{\text{Hasil Nilai Akreditasi RS}}{\text{Target Nilai Akreditasi RS}} \times 100\%$ $\frac{\text{Indikator SPM yang mencapai target}}{\text{Seluruh Indikator SPM}} \times 100\%$	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP) Laporan SPM

Samboja, 10 Januari 2025
Kepala Bidang Pelayanan Medik,


dr. MOCHAMMAD RIFKY LUTHFIANDI, Sp. DV
NIP 19860423 201101 1 001

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

1. Perangkat Daerah : RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti
2. Jabatan : Kepala Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik
3. Tugas :
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Seksi/Sub Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bidang Pelayanan Medik terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/outcome) dari Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
4. Tanggung Jawab :
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf medis serta pegawai lain yang berada dibawah Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - b. penyelenggaraan asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. pengembangan layanan unggulan dan upaya pemenuhan sumber daya medis serta peningkatan pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
 - d. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
 - e. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan: IRJA dan Instalasi Manajemen Data Rekam Medik;
 - f. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik berdasarkan peraturan perundang- undangan;
 - g. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik secara berkala;
 - h. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;

- i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Medik serta Kelompok Staf Medis (KSM) dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
 - j. melakukan pembinaan dan pendampingan terhadap KSM agar terwujud asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien;
 - k. upaya pencapaian target indikator mutu yang berada dibawah Bidang Pelayanan Medik;
 - l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
 - m. tersedianya alur dan sistem pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi untuk semua layanan di rumah sakit termasuk pengembangan layanan baru;
 - n. menjaga kontinuitas asuhan medik dari UGD/IRJA– IRNA/RIN/IBS yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
 - o. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan medik dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
 - p. mendorong kepatuhan staf medis terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - q. mendorong kepatuhan staf medis terhadap peraturan perundang–undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - r. mendorong kepatuhan staf medis terhadap Standar Pelayanan Minimal (SPM);
 - s. mendorong kepatuhan staf medis terhadap PPK, SOP Pelayanan serta *Clinical Pathway* (CP) dalam menjalankan asuhan medik untuk mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
 - t. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Pelayanan Medik;
 - u. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - v. menyajikan data dari Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - w. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - x. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
5. Wewenang :
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;

- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
- d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan HBL, MSBL, PPK, SOP Pelayanan, CP serta Standar Pelayanan Minimal;
- e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada IRJA dan Instalasi Manajemen Data Rekam Medik dibawah supervisi Kepala Bidang Pelayanan Medik;
- f. melakukan upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf medis serta pegawai pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik;
- g. melakukan penilaian kinerja staf medis serta pegawai pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik melalui *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE* serta Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik; dan
- h. melakukan pembinaan pada staf medis dan pegawai pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik.

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	$\frac{\text{Hasil Nilai Akreditasi RS}}{\text{Target Nilai Akreditasi RS}} \times 100\%$	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP)
		Presentasi Indikator SPM yang mencapai target	Indikator SPM yang mencapai target x 100% Seluruh Indikator SPM	Laporan SPM

Samboja, 10 Januari 2025

Kepala Seksi Pengembangan & Evaluasi Pelayanan Medik



dr. CHUSNUL CHOTIMAH, Sp.PA
NIP 19820210 201001 2 012

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

1. Perangkat Daerah : RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti
2. Jabatan : Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik
3. Tugas :
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Seksi/Sub Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bidang Pelayanan Medik terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) dari Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
4. Tanggung Jawab :
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf medis serta pegawai lain yang berada dibawah Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - b. terhadap penyelenggaraan asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
 - d. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan: IBS dan IRIN;
 - e. terhadap penyusunan dan evaluasi *Medical Staff By Laws* (MSBL);
 - f. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - g. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik secara berkala;
 - h. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - i. mendampingi /menyusun indikator mutu unit kerja dan mutu unit elayanan yang berada dibawah Bidang Pelayanan Medik;
 - j. upaya pencapaian target indikator mutu yang berada dibawah Bidang Pelayanan Medik;

- k. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- l. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Medik serta Kelompok Staf Medis (KSM) dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- m. melakukan pembinaan dan pendampingan terhadap KSM agar terwujud asuhan medis yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien;
- n. penyusunan Panduan Praktik Klinik (PPK) dan SOP Pelayanan yang menunjang kendali mutu dan kendali biaya di rumah sakit;
- o. mem-fasilitasi penyusunan, monitoring dan evaluasi *Clinical Pathway (CP)* bersama Komite / Bidang / Instalasi terkait;
- p. tersedianya alur dan sistem pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi untuk semua layanan di rumah sakit termasuk pengembangan layanan baru;
- q. menjaga kontinuitas asuhan medik dari UGD/IRJA–IRNA/RIN/IBS yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- r. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan medik dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care (PCC)*;
- s. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf medis serta pegawai lain yang berada dibawah Bidang Pelayanan Medik;
- t. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
- u. menyajikan data dari Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
- v. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Pelayanan Medik;
- w. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
- x. membuat laporan pertanggung jawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

5. Wewenang :

- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
- d. memimpin sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas-tanggung jawab-wewenang dan program kerja

- instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Pelayanan Medik dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
- e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada IBS dan IRIN dibawah supervisi Kepala Bidang Pelayanan Medik;
 - f. melakukan upaya pencegahan *fraud* serta gratifikasi terhadap pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik;
 - g. memberikan penilaian kinerja pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik; dan
 - h. melakukan pembinaan pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik.

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	$\frac{\text{Hasil Nilai Akreditasi RS}}{\text{Target Nilai Akreditasi RS}} \times 100\%$	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP)
		Presentasi Indikator SPM yang mencapai target	Indikator SPM yang mencapai target x 100%	Laporan SPM

Sambaaja, 10 Januari 2025
Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik,


dr. M. DODI F PRIAMINDA CH.,M. Kes
NIP 19770603 201101 1 001

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

1. Perangkat Daerah : RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti
2. Jabatan : Kepala Bidang Keperawatan
3. Tugas :
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Keperawatan;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Bidang/Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/outcome) dari Bidang Keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
4. Tanggung Jawab :
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada staf keperawatan serta pegawai dibawah Bidang Keperawatan;
 - b. terselenggaranya mutu pelayanan keperawatan melalui implementasi Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP);
 - c. kegiatan asuhan keperawatan, peningkatan mutu dan etika pelayanan keperawatan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - d. pengembangan pelayanan dan sumber daya keperawatan, layanan unggulan, pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
 - e. mewujudkan pelayanan yang menjamin mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi fraud sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
 - f. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan: IRD dan IRNA;
 - g. penyusunan dan evaluasi *Nursing Staff By Laws* (NSBL);
 - h. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - i. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan secara berkala;
 - j. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Pelayanan Keperawatan;

- k. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas- tanggung jawab- wewenang dan program kerja instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Keperawatan dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;
 - l. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Keperawatan serta seminat keperawatan dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
 - m. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Bidang Keperawatan;
 - n. upaya pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Bidang Keperawatan;
 - o. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
 - p. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap PPK, SOP Keperawatan serta *Clinical Pathway* (CP) dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
 - q. menjaga kontinuitas asuhan keperawatan dari UGD/IRJA–IRNA/IRIN/IBS yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
 - r. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
 - s. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf keperawatan serta pegawai dibawah Bidang Keperawatan;
 - t. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
 - u. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap peraturan perundang-undangan serta kebijakan rumah sakit;
 - v. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap Standar Pelayanan Minimal (SPM);
 - w. penyajian data menjadi informasi dari Bidang Keperawatan;
 - x. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Bidang Keperawatan;
 - y. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya keperawatan serta pendidikan dan pelatihan;
 - z. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Keperawatan;
 - aa. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - bb. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.
5. Wewenang :
- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan;

- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada urusan asuhan dan mutu keperawatan serta pengembangan dan evaluasi pelayanan keperawatan;
- d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan HBL, NSBL, SOP Keperawatan, CP serta Standar Pelayanan Minimal;
- e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada IRD dan IRNA dibawah supervisi Direktur;
- f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada staf keperawatan serta pegawai lain yang berada dibawah Bidang Keperawatan;
- g. memimpin penilaian kinerja staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan melalui *Focused Professional Practice Evaluation/FPPE* serta Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Direktur; dan
- h. memimpin pembinaan pada staf keperawatan serta pegawai di bawah Bidang Keperawatan atas kepatuhan terhadap HBL, NSBL, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Direktur

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Hasil Nilai Akreditasi RS x 100% Target Nilai Akreditasi RS	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP)
		Presentasi Indikator SPM yang mencapai target	Indikator SPM yang mencapai target x 100% Seluruh Indikator SPM	Laporan SPM

Samboja, 10 Januari 2025
Kepala Bidang Keperawatan


IMANNUEL ROBERT, SKM
NIP 19721101 200012 1 001

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

ah : RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti
: Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan

merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Mutu Keperawatan;
nasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Seksi/Sub Bagian terkait; dan
masukan kepada Kepala Bidang Keperawatan terkait pemenuhan standar (input, proses dan *time*) dari Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin keselamatan pasien.

o :
budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada ratan serta pegawai lain dibawah Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;
anya mutu pelayanan Keperawatan melalui implementasi Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional
han keperawatan, peningkatan mutu dan etika pelayanan keperawatan dalam rangka mewujudkan tata yang baik (*good clinical governance*);
n pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
an pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan: IRD;
dan evaluasi *Nursing Staff By Laws* (NSBL);
seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan berdasarkan arundang-undangan;
ra review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan secara dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan;

- j. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Keperawatan serta seminar Keperawatan dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- k. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Bidang Keperawatan;
- l. upaya pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Bidang Keperawatan;
- m. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- n. menjaga kontinuitas asuhan keperawatan dari UGD/IRJA–IRNA/IRIN/IBS yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- o. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
- p. menyusun standar penilaian kinerja (*Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*) dan Indikator Kinerja Individu (IKI)/Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi staf Keperawatan serta pegawai lain yang berada dibawah Bidang Keperawatan;
- q. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Asuhan Dan Mutu Pelayanan Keperawatan;
- r. menyajikan data dari Seksi Asuhan Dan Mutu Pelayanan Keperawatan;
- s. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Keperawatan;
- t. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
- u. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

5. Wewenang :

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

h. melakukan pembinaan pegawai pada Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan.

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Presentasi Indikator SPM yang mencapai target	$\frac{\text{Hasil Nilai Akreditasi RS}}{\text{Target Nilai Akreditasi RS}} \times 100\%$ $\frac{\text{Indikator SPM yang mencapai target}}{\text{Seluruh Indikator SPM}} \times 100\%$	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP) Laporan SPM

Samboja, 10 Januari 2025
Kepala Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan



Ns.RIKA MAWADDAH, S. Kep
NIP 19840425 201101 2 001

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

1. Perangkat Daerah : RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti
2. Jabatan : Kepala Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan
3. Tugas :
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Seksi/Sub Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Kepala Bidang Keperawatan terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/outcome) dari Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
4. Tanggung Jawab :
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada pada staf keperawatan serta pegawai lain dibawah Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
 - b. terselenggaranya mutu pelayanan keperawatan melalui implementasi Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP);
 - c. kegiatan asuhan keperawatan, peningkatan mutu dan etika pelayanan keperawatan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - d. pengembangan pelayanan dan sumber daya keperawatan, layanan unggulan, pendidikan dan pelatihan yang tepat guna dan tepat sasaran secara berkesinambungan;
 - e. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
 - f. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi pelayanan: IRNA;
 - g. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - h. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan secara berkala;
 - i. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;

- j. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Keperawatan serta seminar keperawatan dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- k. upaya pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Bidang Keperawatan;
- l. meninjau pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- m. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap PPK, SOP Keperawatan serta *Clinical Pathway* (CP) untuk mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- n. menjaga kontinuitas asuhan keperawatan dari UGD/IRJA–IRNA/IRIN/IBS yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- o. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
- p. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
- q. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap peraturan perundang – undangan serta kebijakan rumah sakit;
- r. mendorong kepatuhan staf keperawatan terhadap Standar Pelayanan Minimal (SPM);
- s. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya keperawatan serta pendidikan dan pelatihan dari Bidang Keperawatan;
- t. menyajikan data dari Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
- u. pengelolaan kearsipan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
- v. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
- w. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

5. Wewenang :

- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan;
- d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan HBL, NSBL, PPK, SOP Pelayanan, CP serta Standar Pelayanan Minimal;
- e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada IRNA dibawah supervisi Kepala Bidang Keperawatan;

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

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	$\frac{\text{Hasil Nilai Akreditasi RS}}{\text{Target Nilai Akreditasi RS}} \times 100\%$ $\frac{\text{Indikator SPM yang mencapai target}}{\text{Seluruh Indikator SPM}} \times 100\%$	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP) Laporan SPM

Samboja, 10 Januari 2025
Kepala Seksi Pengembangan & Evaluasi Pelayanan Keperawatan


LYNA, A. Md. Keb
 NIP 19811123 201101 2 001

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

1. Perangkat Daerah : RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti
2. Jabatan : Kepala Bidang Penunjang
3. Tugas :
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bidang Penunjang;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Bidang/Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/outcome) dari Bidang Penunjang untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
4. Tanggung Jawab :
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada tenaga kesehatan lain dan pada pegawai di bawah Bidang Penunjang;
 - b. kegiatan asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJSK;
 - d. membantu Direktur terkait pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi penunjang: Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, Radiologi, Farmasi, Instalasi Pusat Sterilisasi dan Binatu, IPS- RS dan Gizi;
 - e. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan non medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - f. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik dan non medik secara berkala;
 - g. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bidang Penunjang;
 - h. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas- tanggung jawab- wewenang dan program kerja instalasi yang berada dibawah supervisi Bidang Penunjang dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;

alam rangka perwujudan tata kelola

di bawah Bidang Penunjang;
di bawah Bidang Penunjang;

erta *Clinical Pathway* (CP) dalam

arah, Radiologi, Farmasi, Instalasi
sesuai dengan standar akreditasi

asuhan lain di rumah sakit untuk

ator Kinerja Unit (IKU) bagi tenaga

di persediaan perbekalan farmasi
berkala;

tepat waktu;
jang terhadap penerapan standar

Penunjang terhadap peraturan

jang terhadap Standar Pelayanan

dikan dan pelatihan dari Bidang

- aa. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Bidang Penunjang;
- bb. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
- cc. membuat laporan pertanggung jawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

5. Wewenang :

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

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

1. Perangkat Daerah : RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti
2. Jabatan : Kepala Seksi Penunjang Medik
3. Tugas :
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Seksi Penunjang Medik;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Seksi/Sub Bagian terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bidang Penunjang terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/outcome) dari Seksi Penunjang Medik untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
4. Tanggung Jawab :
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada tenaga kesehatan lain dan pada pegawai di bawah Seksi Penunjang Medik;
 - b. kegiatan asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain, peningkatan mutu dan etika pelayanan dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*);
 - c. mewujudkan pelayanan yang menjamin kendali mutu, kendali biaya dan melakukan pencegahan terhadap potensi *fraud* sesuai dengan prinsip penyelenggaraan JKN BPJS;
 - d. melaksanakan pendampingan dan pembinaan terhadap instalasi penunjang medik: Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, Radiologi dan Farmasi;
 - e. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - f. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada urusan penunjang medik secara berkala;
 - g. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Seksi Penunjang Medik;
 - h. melakukan pendampingan terhadap sinkronisasi kebijakan, pedoman, prosedur, uraian tugas- tanggung jawab- wewenang dan program kerja instalasi Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, Radiologi serta Farmasi dengan kebijakan, pedoman, prosedur, tugas-fungsi dan program kerja rumah sakit;

- i. membangun komunikasi dan koordinasi dengan Komite Tenaga Kesehatan Lain dalam rangka perwujudan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit;
- j. mendampingi/menyusun indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Seksi Penunjang Medik;
- k. upaya pencapaian target indikator mutu unit pelayanan dan unit kerja yang berada dibawah Seksi Penunjang Medik;
- l. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit dan target kinerja BLUD;
- m. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain terhadap PPK, SOP Pelayanan serta *Clinical Pathway* (CP) dalam rangka mengurangi variasi dalam pelayanan pasien;
- n. menjaga kontinuitas pelayanan penunjang dari Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, Radiologi serta Farmasi pada UGD/IRJA –IRNA/RIN/IBS sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit;
- o. mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan tenaga kesehatan lain dengan asuhan lain di rumah sakit untuk mewujudkan *Patient Centre Care* (PCC);
- p. menyusun standar penilaian kinerja berupa Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) bagi tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik;
- q. mengkoordinasikan penyusunan dan pelaksanaan formularium rumah sakit secara tepat waktu;
- r. pelaksanaan inventarisasi dan rekonsiliasi persediaan perbekalan farmasi bersama Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan secara berkala;
- s. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik terhadap penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien;
- t. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik terhadap peraturan perundang–undangan serta kebijakan rumah sakit;
- u. mendorong kepatuhan tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik terhadap Standar Pelayanan Minimal (SPM);
- v. menghimpun dan menyampaikan rencana kebutuhan sumber daya serta pendidikan dan pelatihan dari Seksi Penunjang Medik;
- w. penyajian data menjadi informasi pada Seksi Penunjang Medik;
- x. melaksanakan tata kelola arsip yang baik pada Seksi Penunjang Medik;
- y. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Seksi Penunjang Medik;
- z. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
- aa. membuat laporan pertanggung jawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan

5. Wewenang :

- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Penunjang Medik;
- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Penunjang Medik;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Penunjang Medik;
- d. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPK, SOP, CP serta Standar Pelayanan Minimal;
- e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada instalasi Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, Radiologi serta Farmasi di bawah supervisi Kepala Bidang Penunjang;
- f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik;
- g. memimpin penilaian kinerja tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik melalui Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Kepala Bidang Penunjang; dan
- h. memimpin pembinaan pada tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Medik atas kepatuhan terhadap HBL, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Kepala Bidang Penunjang.

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Presentasi Indikator SPM yang mencapai target	Hasil Nilai Akreditasi RS x 100% Target Nilai Akreditasi RS Indikator SPM yang mencapai target x 100% Seluruh Indikator SPM	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP) Laporan SPM

Samboja, 10 Januari 2025

Kepala Seksi Penunjang Medik



NORMA MARIANA, A. Md. KG

NIP 19840531 201101 2 001

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

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

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

- z. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Seksi Penunjang Non Medik;
- aa. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
- bb. membuat laporan pertanggung jawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan

5. Wewenang :

- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Seksi Penunjang Non Medik;
- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Seksi Penunjang Non Medik;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Seksi Penunjang Non Medik;
- d. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPK, SOP, CP serta Standar Pelayanan Minimal;
- e. memfasilitasi penyelesaian masalah pada Instalasi Pusat Sterilisasi dan Binatu, IPS-RS dan Gizi di bawah supervisi Kepala Bidang Penunjang;
- f. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Non Medik;
- g. memimpin penilaian kinerja tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Non Medik melalui Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU) dan melaporkan kepada Kepala Bidang Penunjang; dan
- h. memimpin pembinaan pada tenaga kesehatan lain serta pegawai dibawah Seksi Penunjang Non Medik atas kepatuhan terhadap HBL, kebijakan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan dan melaporkan kepada Kepala Bidang Penunjang.

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Presentasi Indikator SPM yang mencapai target	$\frac{\text{Hasil Nilai Akreditasi RS}}{\text{Target Nilai Akreditasi RS}} \times 100\%$ $\frac{\text{Indikator SPM yang mencapai target}}{\text{Seluruh Indikator SPM}} \times 100\%$	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP) Laporan SPM

Sambaaja, 10 Januari 2025
Kepala Seksi Penunjang Non Medik



Ns. MUHAJIR, S. Kep
NIP 19800408 201001 1 007

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

1. Perangkat Daerah : RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti
2. Jabatan : Kepala Bagian Umum, SDM dan Keuangan
3. Tugas :
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan bidang terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada Direktur terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/outputcome) dari Bagian Umum, SDM dan Keuangan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
4. Tanggung Jawab :
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - b. penerapan standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - f. penyajian data menjadi informasi pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - g. menunjang mutu rumah sakit melalui penyediaan sumber daya manusia, sarana prasarana/peralatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - h. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit kerja pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
 - i. penyusunan tugas pokok dan fungsi/uraian tugas, pemutakhiran *Hospital By Laws* (HBL)/tata kelola rumah sakit dan dokumen infrastruktur organisasi/manajemen lainnya;

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

- bb. penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
- cc. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
- dd. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

5. Wewenang :

- a. memimpin penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis dan administrasi pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
- c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
- d. memimpin kepatuhan atas Laporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara (LHKPN) dan Laporan Harta Kekayaan Aparatur Sipil Negara (LHKASN) di rumah sakit;
- e. memimpin pemenuhan atas permintaan data kinerja keuangan rumah sakit dari Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP);
- f. memberikan pendapat dari sisi keuangan terhadap rencana Kerjasama Operasional (KSO) yang akan dilakukan oleh rumah sakit;
- g. memimpin upaya penyelesaian komplain berkoordinasi dengan bidang di rumah sakit sesuai standar waktu yang telah ditetapkan;
- h. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan;
- i. memimpin penilaian kinerja staf pada urusan kepegawaian pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan dan pelaksanaan penilaian kinerja seluruh rumah sakit; dan
- j. memimpin pembinaan pegawai pada Bagian Umum, SDM dan Keuangan serta memfasilitasi pembinaan seluruh pegawai rumah sakit sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada.

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Presentasi Indikator SPM yang mencapai target	$\frac{\text{Hasil Nilai Akreditasi RS}}{\text{Target Nilai Akreditasi RS}} \times 100\%$ Indikator SPM yang mencapai target x 100% Seluruh Indikator SPM	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP) Laporan SPM

Samboja, 10 Januari 2025
Kepala Bagian Umum, SDM dan Keuangan


dr. H. YAZID MOCHAMMAD NUR
NIP 19700524 201001 1 004

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

1. Perangkat Daerah : RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti
2. Jabatan : Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM
3. Tugas :
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Sub Bagian/Seksi terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bagian Umum, SDM dan Keuangan terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/*outcome*) dari Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
4. Tanggung Jawab :
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - b. implementasi standar akreditasi pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - f. menunjang pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - g. menyajikan data dari Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
 - h. pelaksanaan manajemen sumber daya manusia di rumah sakit dalam hal perencanaan, rekrutmen, pendidikan dan pelatihan, penghargaan dan sanksi, pola karir serta retensi pegawai rumah sakit berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - i. penyusunan Analisis Jabatan (ANJAB), Analisis Beban Kerja (ABK), Pola Ketenagaan, *Training Need Assessment* (TNA) serta Perjanjian Kinerja (PK);

- j. mengkoordinasikan dan melaksanakan diklat sesuai dokumen *Training Need Assessment* (TNA);
- k. mengusulkan kebutuhan sumber daya manusia rumah sakit kepada pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan;
- l. melaksanakan penatausahaan kepegawaian di rumah sakit;
- m. mengkoordinasikan terlaksananya kegiatan pembelajaran, bimbingan dan pelatihan dari pihak eksternal dirumah sakit;
- n. pengelolaan kearsipan pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM sesuai dengan perundang-undangan;
- o. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
- p. menyusun laporan dari Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
- q. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
- r. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

5. Wewenang :

- a. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
- c. menghimpun Laporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara (LHKPN) dan Laporan Harta Kekayaan Aparatur Sipil Negara (LHKASN) di rumah sakit;
- d. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
- e. memberikan penilaian kinerja staf pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM serta menghimpun penilaian kinerja staf seluruh pegawai rumah sakit; dan
- f. memimpin pembinaan pegawai pada Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM serta memfasilitasi upaya pembinaan pegawai seluruh rumah sakit.

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Presentasi Indikator SPM yang mencapai target	$\frac{\text{Hasil Nilai Akreditasi RS}}{\text{Target Nilai Akreditasi RS}} \times 100\%$ $\frac{\text{Indikator SPM yang mencapai target}}{\text{Seluruh Indikator SPM}} \times 100\%$	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP) Laporan SPM

Samboja, 10 Januari 2025

Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM



KHOLIFAH, SKM., MARS

NIP 19740408 200212 2 003

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

1. Perangkat Daerah : RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti
2. Jabatan : Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan
3. Tugas :
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Sub Bagian/Seksi terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bagian Umum, SDM dan Keuangan terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/outcome) dari Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
4. Tanggung Jawab :
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - b. implementasi standar akreditasi pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan berdasarkan peraturan perundang- undangan;
 - d. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - f. meninjau pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - g. menyajikan data dari Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
 - h. penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) serta input RKA kedalam Sistem Informasi Perencanaan Daerah (SIPD) secara tepat waktu;
 - i. tersedianya Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) rumah sakit;
 - j. menyajikan data pencapaian kinerja pelayanan maupun kinerja keuangan rumah sakit secara berkala (triwulan);

- k. tersusunnya dokumen laporan kinerja rumah sakit (Laporan SPM, Laporan Kinerja BLUD dan Capaian Indikator Mutu rumah sakit) secara tepat waktu;
- l. menghimpun data/informasi yang akan di konsolidasikan kedalam penyusunan Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (LPPD), Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKJIP), Profil Kesehatan serta laporan lain yang dibutuhkan oleh Dinas Kesehatan;
- m. menghimpun data/informasi capaian program dari upaya kesehatan perorangan untuk di konsolidasikan kepada laporan program Dinas Kesehatan;
- n. optimalisasi penerimaan rumah sakit baik dari kegiatan pelayanan pasien maupun non pelayanan;
- o. pembayaran jasa pelayanan berbasis kinerja dengan secara tepat jumlah dan tepat waktu;
- p. ketepatan waktu pembayaran gaji, tunjangan dan kewajiban pada pihak ketiga sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- q. penatausahaan dan pelaporan perpajakan yang dipungut oleh rumah sakit;
- r. menerbitkan *invoice*/tagihan atas pelayanan kepada pihak ketiga secara tepat waktu;
- s. mengelola piutang secara optimal (monitoring arus kas masuk yang berasal dari pelunasan piutang) agar penerimaan rumah sakit tetap berkesinambungan;
- t. mengelola utang rumah sakit secara optimal;
- u. penyusunan laporan keuangan triwulan, semester dan tahunan sesuai standar akuntansi yang berlaku;
- v. dalam penyusunan laporan pengesahan pendapatan dan belanja BLUD setiap triwulan;
- w. melaksanakan rekonsiliasi neraca aset dan persediaan dengan Seksi Penunjang Medik/Non Medik dan BPKAD;
- x. menghimpun dan menyampaikan dokumen data kinerja keuangan rumah sakit kepada Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) bila diperlukan;
- y. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
- z. pengelolaan kearsipan pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan sesuai dengan perundang-undangan;
- aa. menyusun laporan dari Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
- bb. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
- cc. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

5. Wewenang :

- a. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;

- b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
- c. menghimpun dan melakukan sinkronisasi terhadap usulan kebutuhan bidang/bagian/instalasi/unit di rumah sakit sebagai bahan penyusunan RKA;
- d. memimpin rekonsiliasi keuangan, administrasi dan fisik kegiatan terhadap pengadaan barang dan jasa serta modal dirumah sakit secara berkala (triwulan);
- e. melakukan pengujian kelengkapan dokumen pertanggungjawaban penerimaan dan belanja;
- f. memimpin penyelesaian tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah pada tingkat rumah sakit;
- g. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan;
- h. memberikan penilaian kinerja staf pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan; dan
- i. memimpin pembinaan pegawai pada Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan.

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	$\frac{\text{Hasil Nilai Akreditasi RS}}{\text{Target Nilai Akreditasi RS}} \times 100\%$ Indikator SPM yang mencapai target x 100% Seluruh Indikator SPM	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP) Laporan SPM

Samboja, 10 Januari 2025

Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan



YUNIAR ROMA DEWI TAMBA, A.Md Keb

NIP 19880630201001 2 001

INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

1. Perangkat Daerah : RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti
2. Jabatan : Kepala Sub Bagian Umum dan Tataaksana
3. Tugas :
 - a. memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, membina, mengendalikan dan mengawasi kegiatan pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan program kerja dan penyelesaian masalah dengan Sub Bagian/Seksi terkait; dan
 - c. memberikan masukan kepada kepala Bagian Umum, SDM dan Keuangan terkait pemenuhan standar (input, proses dan output/outcome) dari Sub Bagian Umum dan Tata Laksana untuk pencapaian pelayanan kesehatan yang menjamin mutu dan keselamatan pasien.
4. Tanggung Jawab :
 - a. membangun budaya organisasi agar tercipta budaya kerja melayani yang sesuai dengan nilai-nilai rumah sakit pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - b. implementasi standar akreditasi pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - c. tersedianya seluruh kebijakan, pedoman dan prosedur pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - d. terlaksananya review seluruh kebijakan, pedoman & prosedur pada Sub Bagian Umum & Tata Laksana secara berkala;
 - e. penyusunan dan pelaksanaan program kerja pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - f. meninjau pencapaian indikator mutu rumah sakit serta kinerja BLUD dan memimpin upaya pencapaian indikator mutu unit Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - g. menyajikan data dari Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - h. mengelola kebersihan, kerapian dan keindahan ruangan, gedung serta lingkungan rumah sakit;
 - i. terhadap pengadaan dan pemeliharaan peralatan (*non alkes*), sarana prasarana gedung serta jalan di rumah sakit termasuk penyediaan suku cadang dan pembayaran listrik, air telepon serta internet;
 - j. mengelola parkir, keamanan dan keteriban dalam lingkungan rumah sakit;
 - k. pengadaan, pembinaan, monitoring dan evaluasi semua pihak ketiga (*outsourcing*) yang bekerjasama dengan rumah sakit;

- l. perencanaan, pengelolaan dan penatausahaan logistik serta persediaan rumah sakit;
- m. pelaksanaan Reformasi Birokrasi dan pembangunan Zona Integritas menuju Wilayah Bebas Korupsi;
- n. mempersiapkan penilaian rumah sakit terkait Reformasi Birokrasi, Zona Integritas, Pelayanan Publik, Penilaian Ombudsman serta Proper Lingkungan Hidup;
- o. pelaksanaan survei indeks kepuasan masyarakat, survei kepuasan pegawai serta survei indeks persepsi korupsi;
- p. penyusunan dokumen Rencana Operasional rumah sakit yang merupakan tindak lanjut roadmap pengembangan layanan rumah sakit;
- q. mengkoordinasikan pelaksanaan urusan surat menyurat rumah sakit;
- r. terlaksananya pengelolaan aset secara umum meliputi: perencanaan, pengadaan, penatausahaan, penertiban, pemeliharaan, penghapusan dan pelaporan aset rumah sakit (Barang Milik Negara, Barang Milik Daerah dan aset perolehan lainnya) sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- s. melakukan pemutakhiran Kartu Inventaris Ruang (KIR) di seluruh rumah sakit secara berkala (triwulan);
- t. melakukan inventarisasi dan rekonsiliasi aset dengan Sub Bagian/Seksi terkait secara berkala;
- u. melakukan rekonsiliasi aset dengan Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan untuk kepentingan Laporan Keuangan Rumah Sakit;
- v. penataan dan kompilasi Standar Operasional Prosedur (SOP), Standar Pelayanan (SP), pemutakhiran regulasi rumah sakit serta penguatan kelembagaan;
- w. penyusunan dokumen Perjanjian Kerjasama (MOU) dengan stakeholder terkait sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- x. upaya membangun dan mempertahankan citra (branding) serta reputasi rumah sakit sesuai dengan visi, misi, motto dan nilai-nilai rumah sakit;
- y. menyelenggarakan Keterbukaan Informasi Publik sesuai dengan peraturan perundang-undangan melalui optimalisasi fungsi PPID Pembantu;
- z. mengelola Pelayanan Pengaduan sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
- aa. pengelolaan kearsipan pada Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga sesuai dengan perundang-undangan;
- bb. penyelesaian tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)/Inspektorat Daerah dari Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga;
- cc. menyusun laporan dari Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga;
- dd. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
- ee. membuat laporan pertanggungjawaban tugas dan pekerjaan kepada atasan.

5. Wewenang :
- a. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - b. memimpin pendampingan terhadap standar akreditasi dan keselamatan pasien pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap proses *turnover* pegawai *outsourcing* yang dikelola oleh pihak ketiga;
 - d. memimpin penertiban atas aset baik yang merupakan tindak lanjut temuan BPK/Inspektorat atau atas aset yang pemanfaatannya tidak sesuai dengan kebijakan yang rumah sakit;
 - e. melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap komplain dari pelanggan serta mem-fasilitasi penyelesaian komplain sesuai dengan kebijakan manajemen komplain di rumah sakit;
 - f. memberikan pendapat/kajian terhadap rancangan kerjasama yang akan dilakukan oleh rumah sakit dengan pihak lain;
 - g. memimpin pencegahan *fraud* serta gratifikasi pada Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga;
 - h. memberikan penilaian kinerja staf Sub Bagian Umum dan Tata Laksana; dan
 - i. memimpin pembinaan pegawai pada Sub Bagian Umum dan Tata Laksana.

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Presentasi Indikator SPM yang mencapai target	Hasil Nilai Akreditasi RS x 100% Target Nilai Akreditasi RS	Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP) Laporan SPM

Samboja, 10 Januari 2025
Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan



Ns.SUBEKTI, S. Kep
NIP 19810427 201001 2 004