BAB I

PENDAHULUAN

* 1. LATAR BELAKANG

Rumah sakit merupakan institusi yang hidup di lingkungan yang dinamis dan komprehensif. Pada kenyataannya rumah sakit sudah berkembang menjadi suatu organisasi yang kompleks dengan sumber pembiayaan yang dinamis. Organisasi yang kompleks ini ditandai dengan fenomena bahwa rumah sakit merupakan gabungan antara kegiatan medis, nonmedis, produksi pelayanan kesehatan dan juga kegiatan bisnis. Melihat perkembangan tersebut seyogyanya rumah sakit harus dikelola secara proaktif melalui manajemen strategis rumah sakit yang baik sehingga pelayanan kesehatan di rumah sakit yang diharapkan akan terwujud.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat terwujud apabila semua aspek yang terlibat di dalamnya saling berkaitan menjadi system pelayanan kesehatan yang sinergis. Dimana pemberi pelayanan, pasien dan keluarganya serta manajemen yang baik saling mendukung satu dengan lainnya, maka akan menghasilkan produk kesehatan yang maksimal.

Dalam era otonomi daerah saat ini dimana daerah mempunyai urusan-urusan wajib dan pilihan sesuai yang diatur dalam UU Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah, maka setiap daerah mempunyai keinginan untuk memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat, memberdayakan masyarakat dan meningkatkan kesejahteraannya di semua aspek kehidupan masyarakat. Salah satu urusan yang menjadi urusan wajib yang di amanatkan kepada Pemerintah Daerah adalah urusan kesehatan.

Untuk menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan, diperlukan dukungan Sistem Kesehatan Nasional yang tangguh. Di Indonesia, Sistem Kesehatan Nasional (SKN) telah ditetapkan pada tahun 2004.. Disamping Undang – Undang No 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional dan Undang – Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan, SKN telah berperan besar sebagai acuan dalam penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Disamping itu SKN juga berperan sebagai acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman dan arah pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit merupakan rumah sakit kelas B Non Pendidikan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI NO. 1192/MENKES/SK/XII/2008, tanggal 24 Desember 2008. Pada Tahun 2007 Pemerintah Pusat telah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah sebagai pedoman penetapan SOTK Perangkat Daerah, maka telah ditetapkan pula Peraturan Daerah Kabupaten Kotawaringin Timur Nomor 18 Tahun 2008 (Lembaran Daerah Kabupaten Kotawaringin Timur Tahun 2008 Nomor 21) Sebagaimana Telah Diubah Beberapa Kali Terakhir Dengan Peraturan Daerah Kabupaten Kotawaringin Timur Nomor 2 Tahun 2012 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Kabupaten Kotawaringin Timur Nomor 18 Tahun 2008 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Dan Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Kotawaringin Timur (Lembaran Daerah Kabupaten Kotawaringin Timur Tahun 2012 Nomor 2); dengan susunan Direktur dibantu oleh dua Wakil Direktur dan 6 (enam) Kepala Bagian/Bidang serta 14 (empat belas belas) Seksi/Sub Bidang.

Mengacu Keputusan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 431 Tahun 2010 tentang Penetapan RSUD dr. Murjani Sampit sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) tanggal 31 Desember 2010. Tujuan utamanya adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk mewujudkan penyelenggaraan tugas-tugas Pemerintah Kabupaten Kotawaringin Timur dalam mewujudkan kesejahteraan umum melalui peningkatan derajat kesehatan masyarakat. BLUD beroperasi sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah pemerintah daerah agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara efektif & efisien sejalan dengan tuntutan masyarakat atas pelayanan kesehatan yang semakin bermutu, terjangkau dan profesional.

RSUD dr. Murjani Sampit memiliki keunggulan strategis dari sisi geografis karena selain terletak pada ruas jalan yang merupakan rangkaian jalur yang menghubungkan Kabupaten Kotawaringin Timur dan Kabupaten Seruyan. Kabupaten Kotawaringin Timur terus membuka peluang investasi bagi berbagai sektor baik perkebunan, pertambangan dan pariwisata. Hal ini juga menjadi peluang rumah sakit dalam memperluas jangkauan pelayanan dan meningkatkan mutu layanan rumah sakit.

Selain itu, salah satu faktor yang berpengaruh terhadap tingginya AKI dan AKB adalah proses rujukan yang masih belum mantap, antara lain karena rujukan yang terlambat dan ketidaksiapan fasilitas kesehatan terutama ditingkat rujukan primer (puskesmas) dan di tingkat rujukan sekunder (RS) untuk melakukan pelayanan obstetri neonatus emergency komprehensif (PONEK). Keadaan ini antara lain disebabkan kurang jelasnya tugas dan wewenag masing masing pihak yang terkait di berbagai tingkat pelayanan, serta tidak meratanya kemampuan teknis untuk melakukan fungsi kedaruratan obstetrik dan neonatal. Padahal kalau ditinjau dari segi penyediaan fasilitas kesehatan, semua RS telah mengalami peningkatan. Akan tetapi cakupan pelayanan yang berkualitas dan aman masih belum memenuhi persyaratan, termasuk sumber daya manusia yang belum kompeten.

Rumah sakit dr.Murjani sebagai penyedia layanan kesehatan bagi ibu dan bayi berusaha memenuhi persyaratan pelayanan Obstetri neonatus emergency komprehensif (PONEK) sesuai dengan ketentuan. Untuk itu perlu adanya koordinasi yang baik dari semua pihak RS agar kegiatan pelayanan PONEK terselenggara dengan baik. Selanjutnya perlu adanya struktur organisasi dalam pelayanan PONEK agar pelayanan berjalan dengan maksimal.

* 1. TUJUAN

a. Tujuan Umum

Tujuan dari penyusunan pedoman organisasi ini adalah sebagai dokumen pedoman dalam rangka tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis untuk mencapai tujuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.

Selain itu, sebagai pedoman bagi petugas kesehatan agar dapat menyelenggarakan pelayanan obstetrik dan neonatal yang bermutu melalui standarisasi RS PONEK 24 jam.

b. Tujuan Khusus

Tujuan khususnya adalah:

1. Sebagai dasar dalam penyusunan alur proses tata kelola masing-masing unit kerja

2. Sebagai acuan dalam penyusunan etika bisnis dan strategi pengembangan layanan yang akan dilaksanakan

3. Sebagai wadah bagi kepala SMF, kepala Instalasi, kepala unit dan sebagainya dalam pengambilan keputusan operasional yang mendukung pencapaian visi dan pelaksanaan misi

4. Sebagai road map dalam mengarahkan kebijakan alokasi sumber daya rumah sakit untuk pencapaian visi dan misi rumah sakit.

5. Untuk mempersatukan gerak dan langkah serta komitmen seluruh insan rumah sakit dalam rangka meningkatkan kinerja sesuai standar manajemen dan standart mutu layanan yang telah ditargetkan.

1. Adanya kebijakan RS dan dukungan dari manejemen dalam pelayanan PONEK.
2. Membentuk tim PONEK rumah sakit umum daerah dr.Murjani.
3. Tersedianya sumber daya manusia yang kompeten dalam pelayanan PONEK di RSUD dr.Murjani.
4. Adanya koordinasi dari pihak manajemen dan tim PONEK sehingga pelayanan PONEK terselenggara dengan baik.

1.3 SASARAN

1. Pimpinan Rumah Sakit

2. Tim PONEK

3. Petugas kesehatan yang berada di IGD, ruang tindakan/kamar operasi dan ruang perawatan

1.4 KEBIJAKAN

Semua rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya harus melaksanakan manajemen PONEK sesuain dengan pedoman rumah sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI. Direktur rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya membentuk Panitia atau tim PONEK yang langsung berada dibawah koordinasi direktur. Panitia dan Tim PONEK mempunyai tugas, fungsi dan kewenangan yang jelas sesuai dengan pedoman organisasi tim PONEK RSUD dr.Murjani.

BAB II

GAMBARAN UMUM RSUD dr MURJANI

2.1. SEJARAH SINGKAT

1. Tahun 1931: Asal–Muasal

Tahun ini adalah tonggak sejarah paling awal dari Rumah Sakit Umum Daerah dr.Murjani Sampit yang dengan nama awal RSU Sampit, didirikan dan dibuka secara resmi untuk melayani masyarakat. Berlokasi di Jalan Ade Irma Suryani Nasution (saat ini lokasi tersebut menjadi Gedung Olah Raga Habaring Hurung Sampit). RSU Sampit dipimpin oleh seorang dokter berkebangsaan Belanda yang bekerja sebagai dokter pada PT.Inhutani III Sampit, bernama dr.Engelen Berneh.

1. Tahun 1979 : Ekspansi

Perkembangan yang agak lambat membawa rumah sakit ini mengalami masa stagnan, namun pengembangan pelayanan kesehatan terus menjadi prioritas dengan memperluas tanah, pembangunan gedung baru serta penyediaan peralatan medic serta fasilitas pendukung lainnya. Pada awal Pelita III tahun1979 mulai dirintis pembangunan Rumah Sakit di Jalan H.M.Arsyad Sampit (lokasi sekarang), dengan biaya APBN, APBDI dan APBDII.

Pada tanggal 12 Oktober 1984 (akhir Pelita III) Rumah Sakit Umum diresmikan oleh Bapak Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Propinsi Kalimantan Tengah dengan nama Rumah Sakit Umum Daerah dr.Murjani Sampit dengan kapasitas 20 buah tempat tidur yang berada pada 1 Bangunan Ruang Perawatan. Pada saat itu, RSUD dr.Murjani Sampit merupakan Rumah Sakit Kelas D.

1. Tahun 1996: Era Baru

RSUD dr. Murjani Sampit berdasarkan SK. MENKES Nomor: 186/Menkes/SK/ II/1993 Tanggal 26 Pebruari 1993, ditingkatkan statusnya menjadi Rumah Sakit Kelas C dengan 53 buah Tempat Tidur, berdiri di areal seluas ± 4 Ha. Yang didukung oleh 4 Dokter Spesialis Dasar (Penyakit Dalam, Bedah, Kebidanan dan Penyakit Kandungan serta Anak).

Terkait dengan perkembangan fasilitas pelayanan di RSUD dr.Murjani Sampit, sejak Tahun 2006 telah dilengkapi ruang perawatan dengan kapasitas Tempat Tidur sebanyak 100 Bed yang terdistribusi pada 8 Ruang Perawatan.

1. Tahun 2001:Konflik Etnis

Pada tahun 2001 (tepatnya 18 Febuari 2001) terjadi Konflik Etnis di Kalimantan Tengah yang bermula dari kota Sampit. Rumah sakit digunakan sebagai tempat penumpukan jenazah korban konflik. Keadaan ini membuat Citra RSUD dr. Murjani menjadi sangat terpuruk. Pemanfaatan rawat inap rumah sakit menjadi terendah dalam 5 tahun terakhir. Kunjungan rawat jalan per hari sangat rendah. 4 Dokter Spesialis (Bedah, Anak, Kebidanan dan penyakit Kandungan serta Radiologi) dari 5 Dokter Spesialis yang dimiliki pada tahun 2001, mengajukan mutasi keluar dari Sampit sehingga pada saat itu hanya ada Dokter Spesialis Penyakit Dalam. Selain Dokter Spesialis, banyak juga tenaga lain yang mengajukan mutasi keluar (1 orang Apoteker, 12 orang perawat dan 6 orang tenaga penunjang medis). Sejak Tahun 2002 RSUD dr. Murjani dibawah Kepemimpinan dr.Yuendri Irawanto, M.Kes dibantu Tim Manajemen RS melakukan pembenahan secara menyeluruh untuk meningkatkan Citra Pelayanan RSUD dr.Murjani Sampit, dan akhirnya pada Tahun 2005 RSUD dr.Murjani Sampit berhasil meraih Juara I Piala Citra Pelayanan Prima Terbaik Tingkat Nasional.

1. Tahun 2008: Kelas Baru

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1192/MENKES/SK/XII/2008, tanggal 24 Desember 2008 maka RSUD dr. Murjani Sampit Milik Pemerintah Kabupaten Kotawaringin Timur Propinsi Kalimantan Tengah ditetapkan sebagai RSUD dengan Klasifikasi RSUD kelas B dengan 202 Tempat Tidur. Berdasarkan Keputusan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 431 Tahun 2010 RSUD dr.Murjani Sampit ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dengan status penuh.

BAB III

VISI, MISI, NILAI, MOTTO, TUGAS POKOK DAN FUNGSI RSUD dr MURJANI

3.1. VISI RSUD dr MURJANI

Menjadi Rumah Sakit Rujukan Kelas Nasional

3.2. MISI RSUD dr MURJANI

a. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Paripurna

b. Menyelenggarakan Pengelolaan Sumber Daya Secara Efisien,Transparan dan Akuntabel

3.3. NILAI – NILAI RSUD dr MURJANI

Nilai-nilai yang dianut oleh rumah sakit adalah:

1. Kejujuran;

Adalah merupakan pengakuan atau perkataan dalam memberikan informasi layanan kesehatan sesuai dengan kenyataan dan kebenaran sesuai dengan kemampuan yang ada.

1. Kerendahan hati;

Adalah sikap dan perbuatan senantiasa berupaya untuk selalu tersenyum dan ramah serta sabar dalam memberikan pelayanan kesehatan.

1. Integritas;

Adalah keselarasan antara niat, pikiran, perkataan dan perbuatan yang baik dan benar serta dapat dipercaya untuk melaksanakan tugas pokok dan fungsi dalam memberikan pelayanan kesehatan.

1. Kesediaan

Adalah keinginan yang kuat untuk bekerja dengan sebaik-baiknya dan berusaha sebaik mungkin dalam mewujudkan visi dan misi rumah sakit.

3.4. MOTTO RSUD dr MURJANI

Bergerak Cepat Memberi Pelayanan Kesehatan yang Bermutu dan Terjangkau demi Tercapainya Derajat Kesehatan Masyarakat.

3.5. TUGAS POKOK dan FUNGSI RSUD dr MURJANI

1. TugasPokok

RSUD dr.Murjani Sampit mempunyai tugas membantu Kepala Daerah (Bupati Kotawaringin Timur) dalam melaksanakan pelayanan kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan derajat kesehatan dan pencegahan penyakit serta melaksanakan rujukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2. Fungsi

Untuk melaksanakan tugas RSUD dr.Murjani Sampit mempunyai fungsi sebagai berikut:

a. Penyelenggara pelayanan medis serta penunjang medis dan non medis;

b. Penyelenggara pelayanan asuhan keperawatan dan rujukan;

c. Penyelenggara pendidikan dan pelatihan;

d. Penyelenggara penelitian dan pengembangan;

e. Penyelenggara administrasi umum dan keuangan;

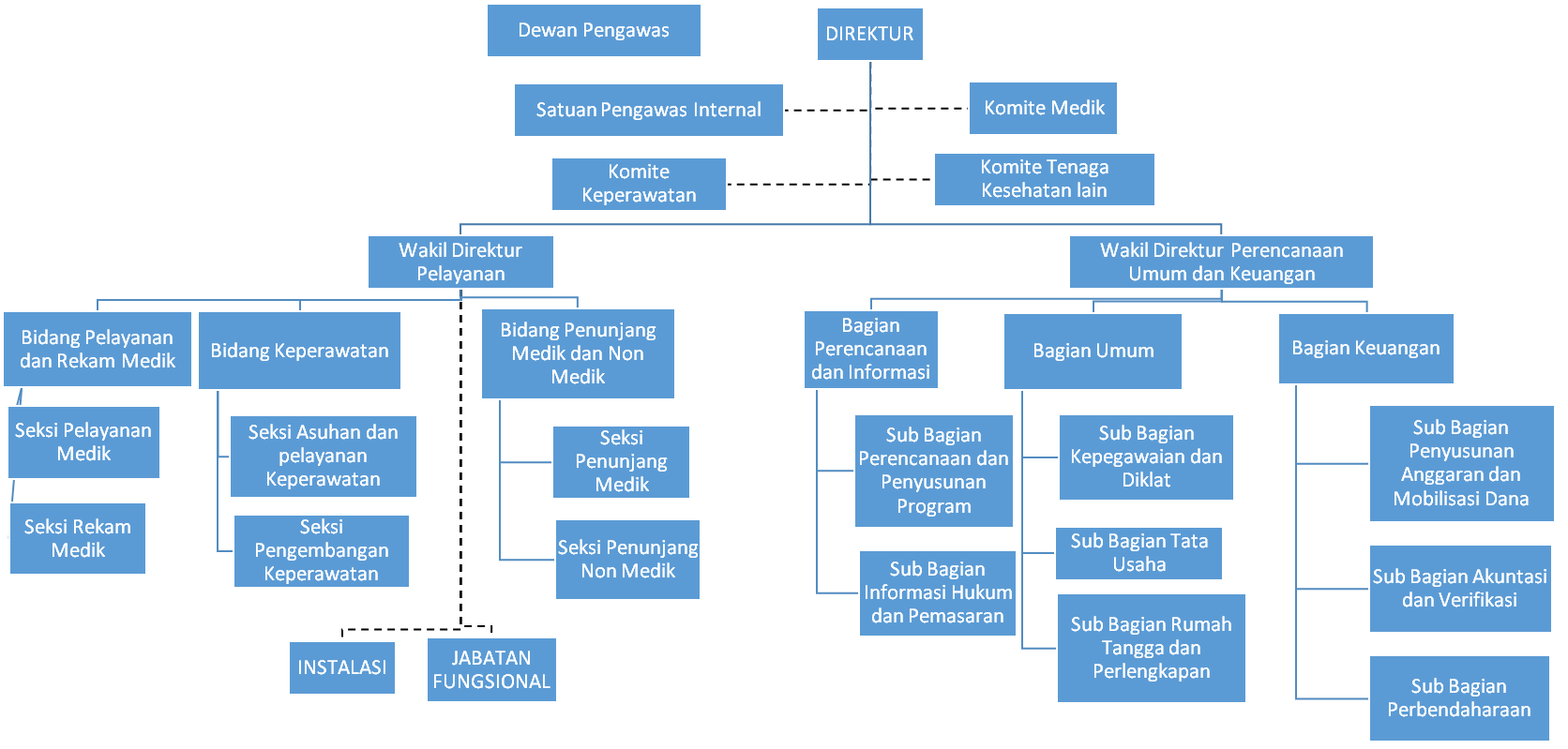
f. Penyelenggara pemasaran,

g. Penyelenggara tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Daerah.

BAB IV

STRUKTUR ORGANISASI RSUD dr MURJANI

4.1. BAGAN ORGANISASI



4.2. KETERANGAN / PENGERTIAN STRUKTUR ORGANISASI

Direksi :

1. Direktur : dr. Denny Muda Perdana, Sp.Rad

2. Wakil Direktur Pelayanan : dr. Febby Yudha Herlambang

3. Wakil Direktur Perencanaan, Umum dan Keuangan :

drg. Benyamin Kumila, M.Kes

Pejabat Struktural :

1. Kepala Bidang Pelayanan Dan Rekam Medik: drg. Ari Widjayanto, M.Kes

2. Kepala Bidang Keperawatan : Nenny Triana Bn Lumban Gaol, S.Kep.Ns

3. Kepala Bidang Penunjang Medik dan Non Medik : Muchsin, SKM

4. Kepala Bagian Perencanaan dan Informasi :

Anak Agung Ketut Darsana, SE,MM

5. Kepala Bagian Umum : Arbandi, SE

6. Kepala Bagian Keuangan : Mukhri, SE

7. Kepala Seksi Pelayanan Medik : dr. Yulia Nofiany, M.Kes

8. Kepala Seksi Rekam Medik : Soegeng Supa’at, SKM

9. Kepala Seksi Asuhan dan pelayanan Keperawatan : Sumiyati Maysa, SST

10. Kepala Seksi Pengembangan Keperawatan :

Yulianti Savitry, S.Kep. MARS

11. Kepala Seksi Penunjang Medik : Ibnu Aljihad, Amd.Farm

12. Kepala Seksi Penunjang Non Medik : Evy Yulianti, S.Gz.

13. Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Penyusunan Program :

Idham Fahmi, S.Kep, M.Kes

14. Kepala Sub Bagian Informasi Hukum dan Pemasaran : Hermansyah, SH

15. Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Diklat : Suri Wardani, SKM, MM

16. Kepala Sub Bagian Tata Usaha :

17. Kepala Sub Bagian Rumah Tangga dan Perlengkapan : Riptono, SE, MM

18. Kepala Sub Bagian Anggaran dan Mobilisasi Dana : Suryadi, SE

19. Kepala Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi : Farida Ariyani, SE

20. Kepala Sub Bagian Perbendaharaan : Nani Mariani, SKM

Susunan Komite Medik :

1. Ketua Komite Medik : dr. Dwi Hardjo Suyanto, Sp.KJ

2. Sekretaris Komite Medik : dr. Nina Lestari, Sp.A

3. Ketua Sub Komite Kredensial : dr. Moch. Choirul Waro, Sp.KJ

4. Sekretaris Sub Komite Kredensial : dr. Efraim Kendek Biring, Sp.P

5. Anggota Sub Komite Kredensial : dr. Susetyo Hari Purnomo, Sp.B

6. Anggota Sub Komite Kredensial : drg. Meini Wahyuningsih

7. Anggota Sub Komite Kredensial : dr. Nelmawati

8. Ketua Sub Komite Mutu Profesi : dr. Ikhwan Setiabudi, Sp.PK

9. Sekretaris Sub Komite Mutu Profesi : dr. Ngo Hairmansyah

10.Anggota Sub Komite Mutu Profesi : dr. Noor Komariah, Sp.PK

11. Anggota Sub Komite Mutu Profesi : dr. Fransiska Herirontyas, Sp.A

12. Anggota Sub Komite Mutu Profesi : dr. Elva Yonatan, Sp.OG

13. Anggota Sub Komite Mutu Profesi : dr. M. Heru Dento, Sp.PD

14. Anggota Sub Komite Mutu Profesi : dr. Pywedonth Mesakh Todingan, Sp.B

15. Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi :

dr. Franky Sumarlie, Sp.OG (K)

16. Sekretaris Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi : dr. Sutriso, M.Kes

17. Anggota Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi : dr. Yanti Eka Iswara

18. Anggota Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi : dr. Ahmad Sugeng, Sp.S

19. Anggota Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi :

dr. Ikhwan Bahtari, Sp.PD

20. Anggota Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi :

dr. Made Sikswintarya Winaya, Sp.THT

21. Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi :

dr. Ikhwan Setiabudi, Sp.PK

22. Ketua Komite Keperawatan : Ahmad Husain, Amd.Kep

Kepala Instalasi-Instalasi :

1. Kepala Instalasi Gizi : Sri Supriyani, Amd.Gz

2. Kepala Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit :

Nunung Istiqomah, Amd.Kom

3. Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit : Arif Rakhman, ST

4. Kepala Instalasi Farmasi : Dwi Setyaningsih, Ssi, Apt

5. Kepala Instalasi Sanitasi : Sutoyo, SKM

6. Kepala Instalasi Laundry : Juniati, SKM

7. Kepala Instalasi CSSD : Listari, S.Kep

8. Kepala Instalasi Bedah : dr. Franky Sumarlie, Sp.OG (K)

9. Kepala Instalasi Laboratorium : dr. Noor Komariah, Sp.PK

10. Kepala Instalasi Radiologi : dr. Endang Retno Junita, Sp.Rad

11. Kepala Instalasi Rawat Intensif : dr. I Ketut Sucipta Gosa, Sp.An.

12. Kepala Instalasi Rawat Jalan : drg. Meini Wahyuningsih

13. Kepala Instalasi Pemulasaran Jenasah : Ferdinand Kastro

14. Kepala Instalasi Hemodialisa : dr. Paliliewu Novita, Sp.PD

15. Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik :

dr. Fierawati Margana, Sp.RM

Ketua Kelompok Staf Medik :

1. Ketua Kelompok Staf Medis Bedah, THT dan Mata :

dr. Susetyo Hari Purnomo, Sp.B

2. Ketua Kelompok Staf MedisKesehatan Anak : dr. Fransiska HTM, Sp.A

3. Ketua Kelompok Staf Medis Obstreti dan Ginekologi :

dr. Franky Sumarlie, Sp.OG (K)

4. Ketua Kelompok Staf Medis Penyakit Dalam, Syaraf dan Paru :

dr. Ikhwan Bahtari, Sp.PD

5. Ketua Kelompok Staf Medis Psikiatri : dr. Moch.Choirul Waro, Sp.KJ

6. Ketua Kelompok Staf Medis Kedokteran Fisik dan RM :

dr. Fierawati Margana, Sp.RM

7. Ketua Kelompok Staf Medis Radiologi : dr. Endang Retno Junita, Sp.Rad

8. Ketua Kelompok Staf Medis Patologi Klinik dan Laboratorium :

dr. Gary, Sp.PK

9. Ketua Kelompok Staf Medis Kedokteran Dasar : dr. Sutriso, M.Kes

**1. Direktur**

a. Direktur mempunyai tugas pokok memimpin, mengarahkan, menyusun kebijakan, membina, mengoordinasikan dan mengawasi serta bertanggung jawab atas terlaksananya tugas pokok dan fungsi RSUD sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

b. Uraian Tugas:

1) Menyusun dan merumuskan kebijakan, mengoordinasikan, mengendalikan dan mengawasi semua kegiatan Rumah Sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan;

2) Membantu Bupati dalam melaksanakan tugasnya di bidang kesehatan perencanaan maupun perumusan kebijakan;

3) Memberikan informasi mengenai usaha pelayanan kesehatan, saran dan pertimbangan kepada Bupati sebagai bahan untuk menetapkan kebijakan atau membuat keputusan;

4) Mengusulkan rencana anggaran kepada Bupati;

5) Menetapkan prosedur kerja secara tertulis yang merupakan pedoman kerja di Rumah sakit;

6) Membuat laporan tahunan pelaksanaan penyelenggaraan Rumah sakit ke Bupati melalui Sekretaris Daerah

7) Menyusun program kerja dalam rangka pelaksanaan tugasnya;

8) Mengadakan hubungan kerjasama dengan semua instansi baik Pemerintah maupun swasta utuk kepentingan pelaksanaan tugas;

9) Menyusun dan mempertimbangkan pejabat-pejabat yang akan dimutasi atau dipromosikan di Rumah Sakit dengan staf yang bersangkutan;

10) Mempersiapkan bahan bagi penetapan di bidang kepegawaian berdasarkan perundang-undangan yang berlaku;

11) Mengangkat/menunjuk pegawai-pegawai Rumah Sakit dalam jabatan-jabatan tertentu;

12) Mengusulkan pemberian penghargaan kepada pegawai yang dianggap berjasa dan berprestasi atau memberikan teguran serta mengusulkan pemberian sanksi kepada pegawai yang melakukan pelanggaran disiplin sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

13) Melaksanakan pengawasan disiplin kerja seluruh pegawai di lingkungan Rumah sakit;

14) Membuat DP3 untuk Wakil Direktur/Unit-Unit pelayanan di lingkungan Rumah Sakit;

15) Membina mental dan disiplin seluruh pegawai;

16) Mempertanggungjawabkan tugas-tugas Rumah Sakit secara teknis, administratif dan taktis operasional kepada Bupati dan teknis kepada Dinas Kesehatan Kabupaten;

17) Mengevaluasi seluruh program kegiatan yang dilaksanakan di Rumah Sakit;

18) Melaporkan seluruh pelaksanaan program kegiatan dan mutu penyelenggaraan asuhan keperawatan di Rumah Sakit yang meliputi pelayanan medik, rehabilitasi medik, perawatan serta pelayanan administrasi dan keuangan.

**2. Wakil Direktur Perencanaan, Umum dan Keuangan**

a. Wakil Direktur Perencanaan, Umum dan Keuangan mempunyai tugas pokok memimpin, membina, mengoordinasikan, mengendalikan, mengawasi dan melaksanakan penyelenggaraan tugas-tugas Perencanaan, Umum dan Keuangan secara terpadu dan pelayanan administratif serta kebijakan Direktur.

b. Uraian Tugas:

1) Mengoordinasikan dalam penyusunan rencana kegiatan dan anggaran operasional Rumah Sakit;

2) Menyiapkan dan memberikan data serta informasi kepada Direktur segala sesuatu yang berhubungan dengan pelayanan administrasi umum, keuangan dan perencanaan;

3) Membagi tugas kepada Kepala Bagian di bawah koordinasinya sesuai tugas dan fungsi masing-masing;

4) Mengadakan koordinasi dengan bagian-bagian yang dibawah koordinasinya untuk menyusun rencana kerja dilingkungan Wakil Direktur Perencanaan Umum dan Keuangan sebagai bahan untuk penyusunan kegiatan Rumah Sakit;

5) Mengadakan koordinasi dan kerjasama dengan Wakil Direktur lainnya untuk penyusunan rencana kegiatan dan anggaran operasional RSUD;

6) Mengadakan koordinasi dan kerjasama dengan Wakil Direktur lainnya dalam rangak pengawasan dan pengendalian kegiatan dan pelaksanaannya guna menunjang tugas pokok dan fungsi masing-masing sesuai dengan bidang tugasnya;

7) Mengawasi dan bertanggung jawab terhadap tata tertib dan disiplin seluruh pegawai dilingkungan unit-unit di bawah koordinasinya;

8) Menyelenggarakan pembinaan seluruh pegawai dilingkungan Wakil Direktur Perencanaan, Umum dan Keuangan dengan cara meningkatkan, menempatkan dan memberikan semua hak pegawai sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

9) Mengadakan koordinasi dengan unit-unit kerja dibawahnya untuk membuat uraian tugas bagi semua pegawai yang berada dibawah tanggung jawabnya sesuai dengan bidang tugasnya;

10) Membuat DP3 untuk Kepala-Kepala Bagian dilingkungan Wakil Direktur Perencanaan, Umum dan Keuangan;

11) Mengadakan pembinaan dan pengawasan terhadap semua kegiatan dilingkungan unit-unit kerja dibawahnya agar dilaksanakan sesuai dengan program kerja;

12) Mengadakan koordinasi dengan Wakil Direktur Pelayanan, Kepala-Kepala unit pelaksana fungsional tentang masalah-masalah hukum yang timbul akibat pelayanan di rumah sakit sebelum disampaikan kepada Direktur;

13) Menjalankan dan menjabarkan kebijakan umum Direktur dalam bidang perencanaan, administrasi umum dan keuangan untuk disampaikan kepada seluruh pegawai dilingkungan rumah sakit;

14) Melaporkan semua kejadian yang terjadi dilingkungan bidang tugasnya baik secara lisan maupun tertulis kepada Direktur;

15) Menyusun dan melaporkan secara berkala mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan kegiatan pelayanan administrasi umum dan keuangan;

16) Mengadakan koordinasi dan kerjasama dengan Wakil Direktur lainnya dalam rangka penyusunan dan pembuatan laporan tahunan Rumah Sakit;

17) Mengadakan evaluasi terhadap semua kegiatan yang berhubungan dengan perencanaan, pelayanan administrasi umum dan keuangan sebagai bahan untuk perbaikan lebih lanjut;

18) Mengadakan identifikasi masalah-masalah dalam pelaksanaan kegiatan di bidang perencanaan, administrasi umum dan keuangan;

19) Melaporkan hasil pelaksanaan tugasnya kepada Direktur;

20) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan bidang tugasnya.

**3. Wakil Direktur Pelayanan**

a. Wakil Direktur Pelayanan mempunyai tugas pokok memimpin, mengkoordinasikan, menyelenggarakan, pengawasan dan pengendalian terhadap pelaksanaan kegiatan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis dan non medis, rekam medik dari segi pengembangan maupun mutu pelayanan serta melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan bidang tugasnya.

b. Uraian Tugas:

1) Membantu Direktur dalam menetapkan kebijaksanaan dan program kerja terutama yang berkaitan dengan pelayanan medis dan keperawatan;

2) Memberikan saran baik diminta maupun tidak kepada Direktur tentang segala hal yang berhubungan dengan pelayanan medis dan keperawatan;

3) Mengadakan koordinasi dengan unit kerja dibawahnya untuk penyusunan program kerjanya sebagai bahan penyusunan program kerja rumah sakit;

4) Mengusulkan dan memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam menetapkan pegawai pada jabatan structural maupun fungsional di lingkungan Wakil Direktur Pelayanan;

5) Mengawasi dan bertanggung jawab terhadap tata tertib dan kelancaran tugas pelayanan dilingkungan unit kerja yang berada dibawah koordinasinya;

6) Mengkoordinasikan seluruh sumber daya yang berada dilingkungan bidang pelayanan medis, keperawatan untuk merealisasikan rencana kegiatan dan pelaksanaannya secara efektif dan efisien;

7) Menyelenggarakan pembinaan pegawai dilingkungan unit kerja dibawah koordinasinya;

8) Mengadakan koordinasi dengan unit kerja dibawah koordinasinya untuk membuat uraian tugas bagi semua pegawai yang berada dibawah tanggung jawabnya sesuai dengan bidang tugasnya;

9) Menyiapkan dan meneliti surat dan dokumen lainnya yang berhubungandengan pelayanan sebelum disampaikan kepada Direktur;

10) Membuat DP3 untuk Kepala Bidang, Kepala Seksi dan pegawai dilingkungan unit kerja dibawah koordinasinya;

11) Melaksanakan, mengawasi, mengendalikan dan evaluasi kegiatan pelaksanaan rekam medik;

12) Melaporkan semua kejadian yang terjadi dilingkungan bidang pelayanan baik secara lisan maupun tulisan secara langsung kepada Direktur;

13) Membuat pertimbangan, menilai dan membuat keputusan keringanan dan pengurangan biaya pelayanan perawatan pengobatan bagi pasien sesuai dengan wewenang yang diberikan Direktur;

14) Mengadakan koordinasi dengan Wakil Direktur lainnya dan Kepala-Kepala unit kerja fungsional berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan di lingkungan Rumah Sakit;

15) Mengadakan evaluasi terhadap semua kegiatan yang berhubungan dengan pelayanan;

16) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan bidangnya.

**4. Kepala Bidang Pelayanan dan Rekam Medik**

a. Nama Jabatan : Kepala Bidang Pelayanan dan Rekam Medik

b. Nama Jabatan Atasan : Wakil Direktur Pelayanan

c. Nama Jabatan Bawahan Langsung:

a. Kepala Seksi Pelayanan Medik

b. Kepala Seksi Bagian Rekam

d. Tugas Pokok:

Membantu Wakil Direktur Pelayanan dalam memimpin, mengkoordinasikan seluruh pelayanan medik, rekam medik dan pengembangannya. Melaksanakan pemantauan, pengawasan dan pengendalian terhadap penggunaan fasilitas dan pengembangannya serta melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Pelayanan sesuai dengan bidang tugasnya.

1. Uraian Tugas :

1) Merencanakan operasional kegiatan Bidang Pelayanan dan Rekam Medik sebagaimana penjabaran dari Program Rumah Sakit sebagai pedoman dan standar kerja.

2) Membagi tugas kepada Kepala Seksi dan bawahannya dilingkungan Bidang Pelayanan dan Rekam Medik sesuai dengan fungsinya masing-masing

3) Memberikan petunjuk dan membina secara teknis operasional kepada Kepala Seksi dan bawahannya dilingkungan Bidang Pelayanan dan Rekam Medik secara tertulis maupun lisan agar tugas dapat dilaksanakan sesuai rencana, prosedur, dan ketentuan yang berlaku

4) Mengatur/memeriksa/mengoreksi/mengontrol hasil kerja Kepala Seksi dilingkungan Bidang Pelayanan dan Rekam Medik untuk perbaikan dan penyempurnaan lebih lanjut.

5) Mengkoordinasikan pembinaan pengelolaan fasilitas dan peralatan pelayanan medis, untuk kelancaran kegiatan pelayanan.

6) Mengkoordinasikan pengelolaan penatausahaan administrasi peralatan pelayanan medis

7) Melaksanakan pengelolaan kebijakan program pengembangan kualitas pelaynan medis di rumah sakit.

8) Menyusun rancangan kebijakan pengelola tenaga medis dilingkungan instalasi pelaksana fungsional di rumah sakit

9) Melakukan penyusunan rencana kebutuhan tenaga sesuai dengan bidang yang diperlukan untuk menunjang pelayanan yang baik di rumah sakit

10) Melaksanakan pengawasan, pengendalian, dan pengkoordinasian/bimbingan serta pelaksanaan evaluasi pelayanan medis di rumah sakit

11) Melaksanakan penyusunan laporan kinerja Bidang Pelayanan dan Rekam Medik

12) Mengevaluasi dan menilai prestasi/hasil kerja Kepala Seksi dilingkungan Bidang Pelayanan dan Rekam Medik

13) Membina mental dan disiplin kerja seluruh staf dilingkungan Bidang Pelayanan dan Rekam Medik

14) Memberikan saran dan pertimbangan kepada Wakil Direktur Pelayanan baik secara lisan maupun tertulis sebagai bahan masukan dalam pengambilan keputusan.

15) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Wakil Direktur Pelayanan dalam menyelenggarakan di bidang tugasnya.

f. Tanggung Jawab:

1) Ketepatan dan keefisienan penggunaan bahan kerja

2) Ketepatan penggunaan perangkat kerja

3) Ketaatan pelaksanaan pekerjaan/tugas terhadap prosedur/SOP dan/atau ketentuan yang berlaku

4) Kesesuaian kuantitas dan kualitas hasil terhadap target/beban kerja

5) Kesubjektifan penilaian.

g. Wewenang:

1) Menentukan beban kerja yang sesuai dengan standar/kebutuhan tugas

2) Menentukan alat kerja yang sesuai dengan standar/kebutuhan tugas

3) Menolak pelaksanaan pekerjaan/tugas yang tidak sesuai prosedur/SOP dan/atau ketentuan yang berlaku

4) Menentukan kuantitas dan kualitas hasil kerja sesuai dengan target/beban kerja

5) Menilai kesesuaian kuantitas dan kualitas sumber daya manusia

**5. Kepala Seksi Pelayanan Medik**

a. Nama Jabatan : Kepala Seksi Pelayanan Medik

b. Nama Jabatan Atasan : Kepala Bidang Pelayanan dan Rekam Medik

c. Tugas Pokok :

Kepala Seksi mempunyai tugas membantu Kepala Bidang Pelayanan dan Rekam Medik dalam mengkoordinasikan, mengatur dan mengendalikan semua tenaga medis dalam rangka meningkatkan pelayanan di instalasi pelaksana fungsional dan unit-unit pelayanan lainnya.

d. Fungsi :

1) Pelaksanaan rencana kebutuhan tenaga medis di instalasi pelaksana fungsional

2) Pelaksanaan rencana kebutuhan fasilitas dan peralatan untuk kelancaran pelayanan medis.

3) Pelaksanaan pembinaan kepada semua tenaga medis dan seluruh staf di Seksi Pelayanan Medik.

4) Pelaksanaan upaya penelitian dan pengembangan pelayanan medis.

e. Uraian Tugas :

1) Merencanakan operasional kegiatan Seksi Pelayanan Medik sebagai penjabaran dari Program rumah sakit sebagai pedoman dan standar kerja.

2) Memberikan petunjuk dan membina secara teknis operasional kepada semua tenaga medis baik secara tertulis maupun lisan agar tugas dapat dilaksanakan sesuai rencana, prosedur dan ketentuan yang berlaku.

3) Mengatur/memeriksa/mengoreksi/mengontrol hasil kerja semua tenaga untuk perbaikan dan penyempurnaan lebih lanjut.

4) Mengkoordinasikan pembinaan pengelolaan fasilitas dan peralatan pelayanan medis, untuk kelancaran kegiatan pelayanan.

5) Mengkoordinasikan pengelolaan penatausahaan administrasi peralatan pelayanan medis

6) Menyusun rancangan kebijakan pengelola tenaga medis dilingkungan instalasi pelaksana fungsional di rumah sakit.

7) Melakukan penyusunan rencana kebutuhan tenaga sesuai dengan bidang yang diperlukan untuk menunjang pelayanan yang baik di rumah sakit.

8) Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan pengkoordinasian/bimbingan serta pelaksanaan evaluasi pelayanan medis di rumah sakit.

9) Melaksanakan penyusunan laporan kinerja Seksi Pelayanan Medik

10) Mengevaluasi dan menilai prestasi/hasil kerja semua tenaga medis dilingkungan rumah sakit

11) Membina mental dan disiplin kerja seluruh staf dilingkungan Seksi Pelayanan Medik.

12) Memberikan saran dan pertimbangan kepada Kepala Bidang Pelayanan dan Rekam Medik baik secara lisan maupun tertulis sebagai bahan masukan.

13) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Bidang Pelayanan dan Rekam Medik dalam menyelenggarakan di bidang tugasnya.

6**.** Kepala Seksi Rekam Medik

a. Nama Jabatan : Kepala Seksi Rekam Medik

b. Nama Jabatan Atasan : Kepala Bidang Pelayanan dan Rekam Medik

c. Tugas Pokok :

Mengoordinasikan, mengendalikan, mengevaluasi dan melaksanakan pemantauan kegiatan pendaftaran pasien, visualisasi data, pencatatan dan pengumpulan Rekam Medik dan unit-unit pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku agar pekerjaan berjalan lancar.

d. Uraian Tugas :

1) Merekapitulasi data kegiatan pelayanan kesehatan.

2) Membuat laporan kegiatan pelayanan.

3) Membuat laporan data dasar Rumah Sakit.

4) Mengevaluasi data dan penyelenggaraan Rekam Medik.

5) Mengevaluasi data dan laporan Rumah Sakit.

6) Membina mental dan disiplin kerja staf di lingkungan Seksi Rekam Medik.

7) Membuat bahan penyajian dan visualisasi data.

8) Membuat perencanaan pengembangan sistem penyelenggaraan Rekam Medik.

9) Melaksanakan pengawasan dan menilai hasil kerja staf di lingkungan Seksi Rekam Medik dan mengusulkan serta membuat DP3 untuk semua stafnya.

10) Membuat laporan kegiatan dan rencana kerja di bidang tugasnya.

11) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Bidang Pelayanan dan Rekam Medik sesuai dengan bidang tugasnya.

e. Tanggung Jawab :

1) Keakuratan data Rekam Medik

2) Kebenaran data Rekam Medik

3) Ketepatan data Rekam Medik

4) Kesubjektifan penilaian

f. Wewenang :

1) Menolak permintaan data Rekam Medik pasien tanpa persetujuan administratif Rumah Sakit

2) Meminta kelengkapan persyaratan permintaan dara Rekam Medik

3) Memberikan gambaran konsep visualisasi data Rekam Medik di Rumah Sakit

4) Memberikan visualisasi data dan sistem penyelenggaraan Rekam Medik

5) Memberikan motivasi kepada pegawai di lingkungan kerjanya

7.Kepala Bidang Keperawatan

a. Nama Jabatan : Kepala Bidang Keperawatan

b. Nama Jabatan Atasan : Wakil Direktur Pelayanan

c. Tugas Pokok :

Memimpin, mengoordinasikan dan menyelenggarakan bimbingan pelaksanaan pelayanan dan asuhan keperawatan penyuluhan kesehatan dan pengembangan mutu keperawatan sesuai dengan peraturan yang berlaku serta melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Pelayanan sesuai dengan bidang tugasnya agar pekerjaan berjalan lancar.

d. Uraian Tugas :

1) Mempelajari rencana program keperawatan, literature dan referensi tentang asuhan keperawatan.

2) Menyusun rencana kerja Bidang Keperawatan dengan menganalisis rencana dan hasil kerja tahun sebelumnya, proyeksi yang akan datang dan arahan dari Wakil Direktur Pelayanan, agar pelaksanaan kegiatan Bidang Keperawatan dapat dilaksanakan dengan efektif dan efisien.

3) Membuat tata cara kerja di lingkungan Bidang Keperawatan yang meliputi pendistribusian tugas, penentuan pelayanan dan pembinaan dalam pelaksanaannya.

4) Menilai dan mengendalikan kegiatan bawahan dengan memantau langsung, melalui laporan, memeriksa hasil kerja untuk mengetahui kendala dan perkembangan pelaksanaan tugas dan kegiatan bawahan.

5) Mengkoordinasikan dan mengendalikan para bawahan dalam penggunaan fasilitas dan pelaksanaan kegiatan Bidang Keperawatan agar terjalin kerjasama yang saling mendukung dalam melaksanakan tugas dan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

6) Memotivasi tenaga perawat di Lingkungan Bidang Keperawatan dengan membuat usulan penghargaan baik secara formal maupun informal untuk meningkatkan semangat kerja.

7) Menilai prestasi kerja tenaga perawat di lingkungan Bidang Keperawatan sebagai bahan dalam pembuatan DP3.

8) Memberi saran dan pertimbangan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan Bidang Keperawatan sesuai dengan permasalahannya sebagai bahan masukan pimpinan.

9) Membuat Laporan Berkala dan khusus Bidang Keperawatan dengan cara menganalisis data pelaksanaan kegiatan asuhan dan pelayanan keperawatan serta mutu pelayanan keperawatan yang dibuat bawahan untuk disampaikan kepada Wakil Direktur Pelayanan.

10) Membuat rencana anggaran di lingkungan Bidang Keperawatan meliputi pelaksanaan bimbingan asuhan dan pelayanan keperawatan serta peningkatan mutu pelayanan.

11) Menganalisis dan mengkaji data sebagai bahan bimbingan pelaksanaan asuhan dan pelayanan serta pengembangan mutu pelayanan keperawatan.

12) Menganalisis dan mengkaji data sebagai bahan penyusunan pedoman, standard dan petunjuk pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan serta peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

13) Membuat rencana usulan kebutuhan tenaga berdasarkan beban dan bobot kerja Bidang Keperawatan untuk diajukan kepada Wakil Direktur Pelayanan agar kegiatan pelayanan keperawatan dapat berjalan lancar.

14) Membuat telaahan staf yang berkaitan dengan pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan dengan menganalisis data, permasalahan yang ada, alternatif pemecahannya sebagai bahan masukan Wakil Direktur Pelayanan.

15) Mengawasi dan menilai penatausahaan administrasi keperawatan dalam rangka menunjang kelancaran pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

16) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Pelayanan sesuai dengan bidang tugasnya.

e. Tanggung Jawab :

1) Ketepatan dan keefisienan penggunaan bahan kerja

2) Ketepatan penggunaan perangkat kerja

3) Ketaatan pelaksanaan pekerjaan/tugas terhadap prosedur/SOP dan/atau ketentuan yang berlaku

4) Kesesuaian kuantitas dan kualitas hasil terhadap target/beban kerja

5) Kesubjektifan penilaian

g. Wewenang :

1) Menentukan beban kerja yang sesuai dengan standar/kebutuhan tugas

2) Menentukan alat kerja yang sesuai dengan standar/kebutuhan tugas

3) Menolak pelaksanaan pekerjaan/tugas yang tidak sesuai prosedur/SOP dan/atau ketentuan yang berlaku

4) Menentukan kuantitas dan kualitas hasil kerja sesuai dengan target/beban kerja

5) Menilai kesesuaian kuantitas dan kualitas sumber daya manusia

**8. Kepala Seksi Asuhan dan pelayanan Keperawatan**

a. Nama Jabatan : Kepala Seksi Asuhan dan Pelayanan Keperawatan

b. Nama Jabatan Atasan : Kepala Bidang Keperawatan

c. Tugas Pokok :

Mengoordinasikan, mengatur dan mengendalikan semua tenaga keperawatan sesuai dengan peratura yang berlaku dalam rangka meningkatkan pelayanan di instansi pelaksana fungsional dan unit-unit pelayanan lainnya.

d. Uraian Tugas :

1) Mempelajari rencana program keperawatan, peraturan perundang-undangan, literatur dan referensi tentang asuhan dan pelayanan keperawatan.

2) Menyusun rencana kerja Seksi Asuhan Keperawatan dengan menganalisis rencana dan hasil kerja tahun sebelumnya, proyeksi yang akan datang dan arahan dari Kepala Bidang Keperawatan, agar pelaksanaan kegiatan Seksi Asuhan Keperawatan dapat dilaksanakan dengan efektif dan efisien.

3) Membuat tata cara kerja di lingkungan Seksi Asuhan Keperawatan yang meliputi pendistribusian tugas, penentuan pelayanan dan pembinaan dalam pelaksanaannya.

4) Menilai dan mengendalikan kegiatan bawahan dengan memantau langsung, melalui laporan, memeriksa hasil kerja untuk mengetahui kendala dan perkembangan pelaksanaan tugas dan kegiatan bawahan.

5) Mengkoordinasikan dan mengendalikan para bawahan dalam penggunaan fasilitas dan pelaksanaan kegiatan Seksi Asuhan Keperawatan agar terjalin kerjasama yang saling mendukung dalam melaksanakan tugas.

6) Memotivasi tenaga perawat di lingkungan Seksi Asuhan Keperawatan dengan membuat usulan penghargaan baik secara formal maupun informal untuk meningkatkan semangat kerja.

7) Menilai prestasi kerja tenaga perawat di lingkungan Seksi Asuhan Keperawatan sebagai bahan dalam pembuatan DP3.

8) Memberi saran dan pertimbangan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan Asuhan Keperawatan sesuai dengan permasalahannya sebagai bahan masukan pimpinan.

9) Membuat Laporan Berkala dan khusus Seksi Asuhan Keperawatan dengan cara menganalisis data pelaksanaan kegiatan asuhan dan pelayanan keperawatan serta mutu pelayanan keperawatan yang dibuat bawahan untuk disampaikan kepada Kepala Bidang Keperawatan.

10) Membuat rencana anggaran di lingkungan Seksi Asuhan Keperawatan meliputi pelaksanaa asuhan dan pelayanan keperawatan.

11) Menganalisis dan mengkaji data sebagai bahan bimbingan pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan.

12) Menganalisis dan mengkaji data sebagai bahan penyusunan pedoman, standard dan petunjuk pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan.

13) Memantau pemeliharaan kartu-kartu pasien, buku pencatatan serta laporan kegiatan.

14) Membuat telaahan staf yang berkaitan dengan pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan dengan menganalisis data, permasalahan yang ada, alternatif pemecahannya sebagai bahan masukan Kepala Bidang Keperawatan.

15) Mengawasi dan menilai penatausahaan administrasi keperawatan dalam rangka menunjang kelancaran pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

16) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Keperawatan sesuai dengan bidang tugasnya.

BAB V

STRUKTUR ORGANISASI TIM PONEK

5.1. VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN TIM PONEK

1. Visi Tim PONEK

Terwujudnya rumah sakit dengan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar pelayanan obstetrik Neonatal Komprehensif (PONEK) yang berkualitas, efisien, dan efektif.

1. Misi Tim PONEK
2. Menyelenggarakan pelayanan obstetrik dan neonatal yang bermutu melalui standarisasi Rumah Sakit PONEK 24 jam
3. Mengutamakan kepuasan dan keselamatan pasien
4. Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan petugas sehingga mampu melaksanakan pelayanan yang cepat, tepat dan akurat.
5. Memberikan pelayanan yang terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat
6. Memberikan pelayanan kepada pasien dengan sentuhan cinta kasih.
7. Falsafah Tim PONEK
8. Bahwa hak pasien dilindungi dan seluruh kebutuhannya dalam hal pelayanan kesehatan diupayakan terpenuhi;
9. Bahwa upaya peningkatan mutu layanan, mutu disiplin petugas dalam penerapan pelayanan obstetric neonatal komprehensif dengan standarisasi PONEK diupayakan dilaksanakan oleh semua petugas.
10. Bahwa pelaksanaan standarisasi PONEK di rumah sakit dr.Murjani Sampit harus selalu diterapkan dan dipatuhi oleh petugas PONEK.
11. Menciptakan pelayanan bagi ibu dan janin agar dapat menjamin pertumbuhan dan perkembangan yang optimal serta terhindar dari morbiditas dan mortalitas.
12. Memberikan asuhan kebidanan kepada ibu dan bayi untuk mencegah infeksi dan kematian
13. Memberikan pelayanan kepada pasien dengan sentuhan cinta kasih.
14. Tujuan Terbentuknya Tim PONEK
15. Kegiatan pelayanan obstetric neonatal komprehensif di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya merupakan suatu standar mutu pelayanan dan penting bagi petugas dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
16. Standarisasi pelayanan obstetric neonatal harus dilaksanakan oleh semua rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk menurunkan AKI dan AKB

5.2. BAGAN ORGANISASI

PEMBINA

dr. Denny Muda Perdana, Sp.Rad

KETUA

dr. Elva Yonatan, Sp.OG

WAKIL KETUA

dr. Nina Lestari, Sp.A

SEKERTARIS

Upi Ismawati, Amd.keb

Annisa Nur’aini R, Amd.Keb

Siti Ramadaniah, Amd.Keb

KOORDINATOR IGD PONEK

dr. Hardi Adiyatma

ANGGOTA

* Ahmad Husain, Amd.Kep
* Lis Ning Sie, Amd.Keb
* Dewi Ekawati, Amd.Keb
* M. Natsir
* Arif S, Amd.AK
* Subyanto Kawul, AMR

KOORDINATOR BEDAH OBGYN

Nurulita, Amd.Keb

ANGGOTA

* Yanti Meriani, Amd.Keb
* Clementina, Amd.Kep

KOORDINATOR PERINATOLOGI

Ratna Dewi, Amd.Kep

ANGGOTA

* Dewi Mey K, S.Kep.Ns
* Annisah, Amd.Kep

KOORDINATOR POLI KEBIDANAN

Erbawati, Amd.Keb

ANGGOTA

* Suryani, Amd.Keb
* Fatimah, Amd.Keb

KOORDINATOR

RUANG NIFAS

* Sri Uniharyati, Amd.Keb
* Dewi Purwanti,Amd.Keb

RUANG VK

* Ayu Puruhita, SST
* Heriana, Amd.Keb

5.3. KETERANGAN / PENGERTIAN STRUKTUR ORGANISASI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | JABATAN | NAMA |
| 1 | Ketua Tim PONEK | dr. Elva Yonatan, Sp.OG |
| 2 | Wakil Ketua Tim PONEK | dr. Nina Lestari, Sp.A |
| 3 | Sekretaris I Tim PONEK | Upi Ismawati, Amd.Keb |
| 4 | Sekretaris II Tim PONEK | Annisa Nur’aini R, Amd.Keb |
| 5 | Sekretaris III Tim PONEK | Siti Ramadaniah, Amd.Keb |
| 6 | Koordinator IGD PONEK  Anggota I  Anggota II | dr. Hardi Adiyatma  H. Ahmad Husain, Amd.Kep  Lis Ning Sie, Amd.Keb  Dewi Ekawati, Amd.Keb  M. Natsir  Arif S, Amd.AK  Subyanto Kawul, AMR |
| 7 | Koordinator Poliklinik Kebidanan  Anggota I  Anggota II | Erbawati, Amd.Keb  Suryani, Amd.Keb  Fatimah, Amd.Keb |
| 8 | Koordinator Ruang Bedah Obgyn  Anggota I  Anggota II | Nurulita, Amd.Keb  Yanti Meriani, Amd.Keb  Clementina, Amd.Keb |
| 9 | Koordinator Ruang VK | Ayu Puruhita, SST  Heriana, Amd.Keb |
| 10 | Koodinator Ruang Nifas  Anggota I  Anggota II | Sri Uniharyati, Amd.Keb  Dewi Purwanti, Amd.Keb  Noorhayati, SST |
| 11 | Koordinator Pelayanan Perinatologi  Anggota I  Anggota II | Ratna Dewi, Amd.Kep  Dewi Mey K, S.Kep.Ns  Annisah, Amd.Kep |

BAB VI

URAIAN JABATAN TIM PONEK

6.1. KETUA TIM PONEK

Hasil Kerja :

Terselenggaranya visi, misi, dan program PONEK di rumah sakit secara menyeluruh dan terpadu.

Uraian Tugas :

1. Melaksanakan pembinaan kualitas atau mutu profesi pelayanan.

2. Melaksanakan koordinasi dengan kepala bidang keperawatan maupun kepala instalasi yang terkait dalam membina kualitas profesi pelayanan.

3. Mengendalikan dan mengevaluasi kualitas pelayanan profesi.

4. Mengkoordinir penerapan pelayanan PONEK 24 Jam di Rumah Sakit

5. Membuat Pedoman Pelayanan PONEK 24 Jam di Rumah Sakit

6. Membuat program kerja pelayanan PONEK 24 Jam

7. Membuat petunjuk pelaksanaan dan prosedur pelayanan PONEK

8. Mengkoordinir pelaksanaan evaluasi pelayanan PONEK.

Tanggung jawab :

1. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan visi dan misi PONEK.

2. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program dan evaluasi.

3. Bertanggung jawab terhadap Direktur

4. Bertanggungjawab dan mengkoordinir pelaksanaan program implementasi PONEK 24 jam di rumah Sakit

Wewenang :

1. Mendelegasikan tugas apabila berhalangan hadir

2. Memeriksa hasil kegiatan PONEK

Syarat Jabatan :

1. Pendidikan dasar dokter spesialis kandungan dan kebidanan.

2. Pernah mengikuti pelatihan-pelatihan sesuai dengan bidangnya.

3. Memiliki dedikasi dan loyalitas kerja yang tinggi.

4. Memiliki kemampuan kepemimpinan.

6.2. SEKRETARIS TIM PONEK

Hasil Kerja :

1. Terkelola dan terdokumentasinya seluruh data PONEK.

2. Terkoordinasinya seluruh program kegiatan PONEK

Uraian Tugas :

1. Membuat undangan rapat dan membuat notulen.

2. Mengelola administrasi surat-surat PONEK.

3. Mencatat data-data yang berjhubungan dengan PONEK.

4. Mencatat data-data yang berhubungan dengan PONEK.

5. Memberikan bantuan-bantuan yang diperlukan oleh penanggung jawab dan penanggung jawab sosialisasi dari suksesnya program PONEK.

6. Melakukan tugas-tugas lain dari atasan yang berhubungan dengan PONEK.

7. Melaksanakan tugas kesekretariatan pelaksanaan program pelayanan PONEK 24 Jam

8. Menetapkan prosedur pencatatan dan pelaporan PONEK 24 Jam

9. Mengkoordinir pencatatan dan pelaporan pelayanan PONEK 24 Jam

Membuat laporan kematian maternal / kematian neonatal kepada direktur

10. Melaporkan setiap kematian maternal dan neonatal kepada Dinas Kesehatan KOTIM melaui telpon, SMS dalam waktu 1 x 24 jam setelah terjadi kematian

11. Membuat laporan kematian maternal dan neonatal kepada Dinas Kesehatan kabupaten Kotawaringin Timur dan melakukan pengisian Rekam Medis Perinatal (RMP ) dan Rekam Medis Maternal (RMM) di area Perinatologi maupun Kamar Bersalin.

12. Melakukan evaluasi dan revisi SPO neonatal di ruang perinatologi serta SPO maternal di ruang kebidanan

6.3. KOORDINATOR IGD PONEK

Hasil kerja : Terselenggaranya semua program PONEK di Instalasi Gawat Darurat Ponek

Tanggung Jawab :

1. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program
2. Bertanggung jawab kepada ketua tim PONEK

Uraian Tugas :

* 1. Melaksanakan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal
  2. Melakukan koordinasi dengan ketua tim PONEK dan tim medis lain.
  3. Melaksanakan evaluasi terhadap kasus-kasus kegawatdaruratan obstetric dan neonatal.
  4. Mengkoordinir dan melaksanakan implementasi pelayanan PONEK di IGD
  5. Melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelayanan PONEK di Instalasi Gawat Darurat
  6. Melaporkan setiap kematian neonatal dan kejadian nearmiss di IGD kepada sekretaris tim PONEK
  7. Membuat laporan kematian maternal dan neonatal di IGD kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Kotim dan melakukan pengisian Rekam Medis maternal(RMM )
  8. Melakukan evaluasi dan revisi SPO maternal dan neonatal di IGD
  9. Mengkoordinir dan melaksanakan implementasi dan evaluasi rujukan

6.4. KOORDINATOR POLI KEBIDANAN DAN KANDUNGAN

Hasil Kerja : Terselenggaranya semua program PONEK di Poli Kebidanan dan Kandungan.

Tanggung Jawab:

1. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program
2. Bertanggung jawab kepada ketua tim PONEK

Uraian Tugas :

* 1. Melaksanakan pelayanan antenatal care, post natal, imunisasi, keluarga berencana, pelayanan neonatal.
  2. Pemantauan pelaporan pelayanan PONEK
  3. Melakukan koordinasi dengan ketua tim PONEK terkait dengan pelayanan PONEK
  4. Mengkoordinir dan melaksanakan implementasi pelayanan PONEK di klinik Rawat Jalan
  5. Melaporkan setiap kematian neonatal dan kejadian nearmiss di rawat jalan kepada sekretaris tim PONEK
  6. Melakukan evaluasi dan revisi SPO maternal dan neonatal di rawat jalan
  7. Membuat laporan kematian maternal dan neonatal di Rawat jalan kepada Dinas Kesehatan kabupaten Kotawaringin Timur dan melakukan pengisian Rekam Medis maternal (RMM), dan Perinatal (RMP)
  8. Melaksanakan monitoring dan evaluasi kegiatan PONEK di klinik Rawat Jalan

6.5. KOORDINATOR RUANG BEDAH OBGYN

Hasil kerja : Terselenggaranya semua program PONEK di ruang bedah Obgyn

Tanggung Jawab :

1. Bertanggung jawab terhadap ketua tim PONEK

2. Bertanggung jawab terhadap kelancaran pelaksanaan program di masing-masing unit kerjanya.

Uraian Tugas :

1. Mengkoordinir dan melaksanakan implementasi pelayanan PONEK di Kamar Bedah
2. Melaporkan setiap kematian maternal dan neonatal serta kejadian nearmiss di Kamar Bedah kepada sekretaris tim PONEK
3. Membuat laporan kematian maternal dan neonatal di IGD kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur dan melakukan pengisian Rekam Medis maternal (RMM), Perinatal (RMP)
4. Melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan PONEK di Kamar Bedah.

6.6. KOORDINATOR RUANG BERSALIN DAN NIFAS

Hasil kerja : Terselenggaranya semua program PONEK di ruang bersalin dan nifas

Tanggung Jawab :

1. Bertanggung jawab terhadap ketua tim PONEK

2. Bertanggung jawab terhadap kelancaran pelaksanaan program di masing-masing unit kerjanya.

Uraian Tugas :

1. Membuat perencanaan untuk pelayanan di ruang bersalin dan pelayanan nifas
2. Melakukan kegiatan-kegiatan operasional untuk pelayanan persalinan dan nifas (pengawasan nifas, IMD, menyusui, perawatan payudara, rawat gabung).
3. Melakukan koordinasi dengan tim pelayanan perinatal dalam rangka kegiatan operasional
4. Melakukan pengawasan kegiatan di ruang bersalin dan ruang nifas.
5. Melakukan pengawasan terhadap SPO yang telah ditetapkan.
6. Melakukan evaluasi kegiatan operasional dan mutu pelayanan termasuk pencatatan dan pelaporan.
7. Mengkoordinir dan melaksanakan implementasi PONEK di Kamar Bersalin dan Ruang Nifas
8. Melaporkan setiap kematian maternal neonatal dan kejadian nearmiss di Kamar Bersalin dan ICU kepada sekretaris tim PONEK
9. Melakukan evaluasi dan revisi SPO maternal dan neonatal di Kamar Bersalin dan Nifas
10. Membuat laporan kematian maternal dan neonatal di kamar bersalin kepada Dinas Kesehatan kabupaten Kotawaringin Timur dan melakukan pengisian RMM dan RMP.

6.7. KOORDINATOR PELAYANAN PERINATOLOGI

Hasil Kerja : Terselenggaranya semua program PONEK di ruang perinatologi

Tanggung Jawab :

1. Bertanggung jawab terhadap kelancaran pelaksanaan program di masing-masing unit kerjanya
2. Bertanggung jawab terhadap ketua tim PONEK

Uraian Tugas :

1. Membuat perencanaan untuk pelayanan perinatologi
2. Mengawasi kegiatan-kegiatan di ruang perinatologi
3. Melakukan koordinasi dengan tim pelayanan ruang bersalin dan nifas dalam rangka kegiatan operasional
4. Melakukan Pengawasan terhadap SPO yang telah ditetapkan
5. Melakukan evaluasi kegiatan operasional dan mutu pelayanan perinatologi termasuk pencatatan dan pelaporan
6. Mengkoordinir dan melaksanakan implementasi pelayanan Neonatal Emergency di Rumah Sakit
7. Melaporkan setiap kematian neonatal dan kejadian nearmiss kepada sekretaris tim PONEK
8. Melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelayanan di perinatologi

Secara keseluruhan, uraian tugas tim ponek sebagai berikut :

Tugas Pokok

1. Mengawasi serta memberikan pelatihan keterampilan kepada petugas PONEK untuk mencegah terjadinya kematian ibu dan bayi.

2. Menurunkan AKI dan AKB.

Uraian Tugas

1. Melaksanakan upaya-upaya pembinaan dan pemahaman mengenai Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif.

2. Menyebarkan luaskan dan menanamkan pentingnya memahami standar Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif.

3. Menyebarluaskan dan menanamkan pentingnya lebih berhati-hati dalam bertindak atau memberikan pelayanan obstetric neonatal komprehensif.

4. Koordinasi dengan pimpinan di rumah sakit dalam upaya mengantisipasi dan penyelesaian kasus-kasus AKI dan AKB; .

5. Menyampaikan laporan mengenai kegiatan kepada Direktur Rumah Sakit.

Tanggung Jawab:

Tim Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif bertanggung jawab kepada kepala pelayanan obstetric neonatologi komprehensif. Selanjutnya kepala PONEK bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit mengenai hal-hal yang berkaitan dengan aspek Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif dalam pelaksanaan pelayanan rumah sakit sesuai ketentuan, peraturan dan standar prosedur operasional yang berlaku.

BAB VII

TATA HUBUNGAN KERJA

Pelaksanan Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya harus dikelola dan diintegrasikan antara struktural dan fungsional semua unit di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya sesuai dengan falsafah dan tujuan Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif.

Organisasi Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif disusun agar dapat mencapai visi, misi dan tujuan dari penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif dibentuk berdasarkan kaidah organisasi yang miskin struktur dan kaya fungsi dan dapat menyelenggarakan tugas, wewenang dan tanggung jawab secara efektif dan efisien. Efektif dimaksud agar sumber daya yang ada di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dapat dimanfaatkan secara optimal. Pimpinan dan petugas kesehatan dalam Panitia dan Tim Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif diberi kewenangan dalam menjalankan program dan menentukan sikap Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif

1. Tata Laksana Hubungan kerja dengan ICU:

• Tim PONEK bekerjasama dengan ICU bila ada kasus yang memerlukan perawatan intensive

• Setelah keluarga pasien setuju & dan mengisi informed consent maka bidan memberitahu Instalasi pelayanan intensif

• Bidan ruangan mengantar ke Instalasi pelayanan intensif

• Bidan ruangan melakukan serah terima pasien tersebut kepada perawat Instalasi pelayanan intensif

2. Tata Laksana Hubungan kerja dengan IGD:

• Tim PONEK bekerjasam dengan instalasi gawat darurat dalam hal pelayanan kegawatdaruratan.

• Pasien yang memerlukan tindakan di instalasi gawat darurat oleh dokter IGD/bidan yang memeriksa dijelaskan kepada pasien atau keluarga pasien mengapa harus dilakukan tindakan.

3. Tata Laksana Hubungan kerja dengan Laboratorium:

• Tim PONEK bekerjasama dengan Laboratorium untuk menunjang diagnosa pemeriksaan dan untuk kelengkapan kasus operasi baik pre maupun post operasi.

4. Tata Laksana Hubungan kerja dengan Instalasi Farmasi :

• Tim PONEK bekerjasama dengan Farmasi dalam hal permintaan perbekalan farmasi untuk stock, menggunakan buku expedisi

5. Tata Laksana Hubungan kerja dengan kamar bedah :

• Tim PONEK bekerjasama dengan kamar bedah dalam kasus kasus pembedahan baik rujukan maupun non rujukan yang memerlukan tindakan operatif.

6. Tata Laksana Hubungan kerja dengan Rekam Medik :

• Tim PONEK bekerjasama dengan bagian Rekam Medik dalam pendaftaran pasien baik di rawat jalan maupun rawat inap.

• Setiap pasien rawat inap memerlukan nomor register dan nomor rekam medik dari bagian pendaftaran rekam medik

7. Tata Laksanan Hubungan kerja dengan IPSRS :

• Tim PONEK bekerjasama dengan IPSRS dalam pemeliharaan dan maintenance alat dengan menggunakan slip perbaikan bengkel.

8. Tata Laksana Hubungan Kerja dengan Poli Kebidanan dan Kandungan :

• Tim PONEK bekerjasama dengan Poli Kebidanan dan Kandungan dalam pelayanan non kegawatdaruratan baik pada kunjungan yang pertama kali maupun kunjungan ulang serta rujukan non kegawatadaruratan.

9. Tata Laksana Hubungan Kerja dengan Radiologi :

• Tim Ponek bekerjasama dengan Radiologi pada kasus-kasus tertentu untuk menunjang diagnosa pemeriksaan dan untuk kelengkapan diagnostik .

10. Tata Laksana Hubungan Kerja dengan Laundry :

• Tim PONEK bekerjasama dengan Laundry untuk kebutuhan linen pasien sehari-hari.

11.Tata Laksana Hubungan Kerja dengan Gizi :

• Tim PONEK bekerjasama dengan Gizi untuk kebutuhan nutrisi pasien selama dalam perawatan di rumah sakit.

12. Tata Laksana Hubungan Kerja dengan Bank Darah

• Tim PONEK bekerjasama dengan bank darah dalam memenuhi kebutuhan pasien yang terindikasi memerlukan transfusi.

13. Tata Laksana Hubungan Kerja dengan Perinatologi

• Tim PONEK bekerjasama dengan ruang perinatologi dalam kasus kasus perinatal risiko tinggi agar mendapatkan pelayanan yang lebih intensif.

14. Tata Laksana Hubungan Kerja dengan Kamar Bersalin (VK)

• Tim PONEK bekerjasama dengan kamar bersalin dalam melaksanakan tindak lanjut asuhan kepada pasien dengan kasus maternal baik asuhan persalinan normal maupun asuhan maternal risiko tinggi

13. Tata Laksana Hubungan Kerja dengan Ruang Nifas (Seruni)

• Tim PONEK bekerjasama dengan ruang nifas dalam melaksanakan tindak lanjut perawatan asuhan

BAB VIII

POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL

Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif terdiri dari :

1. Tim PONEK essensial

a. Dokter spesialis kebidanan dan kandungan

b. Dokter spesialis anak

c. Dokter umum

d.Bidan

e. Perawat

2. Tim PONEK ideal

a. Dokter spesialis anestesi b. Perawat anestesi

c. Bidan pelaksana d. Perawat

e. Petugas laboratorium f. Petugas radiologi

g. Petugas administrasi h. Konselor laktasi

3. Staf

a. Dokter spesialis anak yang telah mengikuti pelatihan khusus neonatologi yang bisa dihubungi 24 jam.

b. Dokter spesialis obstetric ginekologi yang bisa dihubungi 24 c. Dokter spesialis anestesi yang dapat dihubungi 24 jam

d. Dokter dan perawat yang terlatih dalam asuhan neonatal (ASI,resusitasi neonatus, kegawatdaruratan neonatus)

e. Tim IGD PONEK sebagai pemeriksa awal dan cepat untuk menemukan kegawatdaruratan dan melakukan tindakan stabilisasi untuk penyelamatan jiwa.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nama Jabatan** | **Pendidikan** | **Sertifikasi** | **Jumlah** |
| Dokter jaga  Perawat / bidan  Dokter spesialis | Dokter umum  D3 Kebidanan  SpOG + SpA | Pelatihan BCLS dll  Pelatihan petugas PONEK  Pelatihan PONEK | 13  1 / 8  1 |

Kualifikasi Personil

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAMA JABATAN** | **PENDIDIKAN** | **NON** | **JUMLAH** | **TENAGA** |  |
| **FORMAL** | **FORMAL** | **KEBUTUHAN** | **YANG ADA** |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Ketua Tim PONEK | Dokter spesialis | Pelatihan | 2 | 1 |  |
|  | Kebidanan dan | PONEK |  |  |  |
|  | Penyakit |  |  |  |  |
|  | Kandungan |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Koordinator IGD | Pendidikan dokter | Pelatihan | 1 | 1 |  |
|  |  | PONEK |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Koordinator Poliklinik | DIII Kebidanan | Pelatihan |  |  |  |
| Kebidanan |  | PONEK | 1 | - |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Koordinator ruang | DIII Kebidanan | Pelatihan | 1 | 1 |  |
| bersalin dan nifas |  | PONEK |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Koordinator Pelayanan | DIII Keperawatan | Pelatihan | 1 | 1 |  |
| Perinatologi |  | PONEK |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

BAB IX

KEGIATAN ORIENTASI

Pengembangan anggota Panitia Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif diarahkan untuk mendukung terlaksananya program-program pengembangan Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif di RSUD dr Murjani Sampit.

Tahap Pertama

* Pemahaman anggota Panitia Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif terhadap Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif dan Prosedur Kerja yang telah ditetapkan;
* Pembudayaan cara kerja petugas Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif yang selalu konsisten dengan prosedur kerja yang telah dibakukan;
* Pembekalan kepada anggota petugas Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif mengenai seluk beluk tentang Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif sehingga mampu mengatasi kasus kegawatdaruratan kebidanan,kandungan dan neonatal.

Tahap Kedua

* Pembekalan kepada petugas Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif tentang proses dan mekanisme Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif yang berpotensi kasus kegawatdaruratan kebidanan kandungan dan neonatal.
* Pembekalan kepada petugas Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif tentang mekanisme penanganan dan penyelesaian kasus kegawatdaruratan kebidanan kandungan dan neonatal.

Tahap ketiga

* Pembekalan kepada petugas pelayanan oleh anggota Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif atau ketua Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif tentang proses dan mekanisme Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif.
* Pembekalan kepada petugas pelayanan tentang mekanisme penanganan kegawatdaruratan kebidanan kandungan dan neonatal.

BAB X

PERTEMUAN / RAPAT

1. Rapat Rutin Ruangan

Rapat Rutin diselenggarakan pada :

Waktu : Setiap bulan

Jam : 12.00 – selesai

Tempat : Ruang Rapat Unit Kerja

Peserta : Seluruh staf Kebidanan, staf ruang perinatologi, Bidang Keperawatan, dr. Obgyn, dr. SpA

Materi :

* Evaluasi kinerja mutu
* Masalah dan pemecahannya
* Evaluasi dan rekomendasi

2. Rapat Insidentil diselenggarakan sewaktu-waktu bila ada masalah atau sesuatu hal yang perlu dibahas segera.

BAB XI

EVALUASI DAN PELAPORAN

11.1. EVALUASI

Aspek Muatan:

1. Tersedianya Buku Pedoman Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif

2. Adanya dana dan sarana untuk kegiatan petugas Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif

3. Disusunnya program kerja dari petugas Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif

Aspek Proses

Dilaksanakan rencana kegiatan Panitia Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif sesuai dengan perencanaan, antara lain :

1. Pemantauan pendidikan Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif kepada seluruh karyawan rumah sakit;

2. Penilaian upaya-upaya penanganan kasus kasus kegawat daruratan.

Aspek Keluaran:

1. Tertanganinya kasus kegawat daruratan kebidanan kandungan dan neonatal dengan baik

11.2. LAPORAN BULANAN

Hasil laporan bulanan PONEK dari bulan Januari s/d September 2018 terlampir (lampiran 2)

11.3. LAPORAN TAHUNAN

Hasil laporan tahunan PONEK pada tahun 2017 terlampir (lampiran 3)

BAB XII

PENUTUP

Pedoman pengorganisasian Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif ini masih perlu disempurnakan, sehingga masih diharapkan partisipasi dari berbagai pihak untuk ikut memberikan sumbang saran untuk perbaikan dan penyempurnaannya.

Ditetapkan di : Sampit

Pada Tanggal : 02 Januari 2018

**Direktur**

**dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad**

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001