



PEDOMAN PENGORGANISASIAN RUMAH SAKIT Jiwa MUTIARA SUKMA



Alamat :
Jl. Ahmad Yani No.1 Selagalas Mataram
Kode Pos 83237
Telp. (0370) 672140, Fax. 671515
Email : rsjmutiarasukma@gmail.com
Website: rsjmutiarasukma.ntbprov.go.id

DAFTAR ISI

	Hal
Sampul	
Surat Keputusan Direktur tentang Pedoman Pengorganisasian Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma	
Daftar Isi.....	
Lampiran Surat Keputusan Direktur tentang Pedoman Pengorganisasian Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma	
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA	2
BAB III VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA.....	5
A. Visi	5
B. Misi	5
C. Falsafah	5
D. Tujuan	5
E. Nilai	6
F. Motto	6
BAB IV STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA	7
BAB V STRUKTUR ORGANISASI INSTALASI/URUSAN	11
BAB VI URAIAN JABATAN	12
BAB VII TATA HUBUNGAN KERJA	25
BAB VIII POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL	35
BAB IX KEGIATAN ORIENTASI	51
BAB X PERTEMUAN / RAPAT	52
BAB XI PELAPORAN	53
A. Laporan Harian	53
B. Laporan Bulanan	53
C. Laporan Tahunan	53

BAB I

PENDAHULUAN

Pengorganisasian merupakan salah satu fungsi manajemen yang penting. Pengorganisasian merupakan proses pengaturan sumber daya yang ada dalam suatu organisasi untuk mencapai tujuan secara efisien, efektif dan produktif dengan memperhatikan lingkungan yang ada serta fasilitas yang dimiliki.

Pengorganisasian Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma mengacu kepada Peraturan Gubernur Nusa Tenggara Barat Nomor 25 Tahun 2017 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma, dengan menyesuaikan kebutuhan organisasi dan kondisi lingkungan yang ada.

Pedoman Pengorganisasian Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma dibuat sebagai Acuan Pola Pengorganisasian Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma dan Salah Satu Bagian Dari Dokumentasi Proses Pengorganisasian Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma untuk bahan acuan Perbaikan/ Evaluasi Proses Pengorganisasian Kedepannya.

Pedoman Pengorganisasian Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah sebuah pedoman terhadap proses pengorganisasian berdasarkan struktur organisasi, pola Ketenagaan, peran masing-masing bagian/ individu dalam organisasi dan tata hubungan kerja dalam organisasi besar Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma.

BAB II

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA

Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah Rumah Sakit Khusus Kelas B yang merupakan milik Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat dan beralamat di Jl. Ahmad Yani nomor 1 Selagalas Mataram,

Sejarah singkat Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan surat Penunjukan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tanggal 31 Oktober 1983 No. 17867/Yankes/DKJ/1983 kepada PT. Yodya Karya, Jl. D.I Panjaitan No.8 Cawang Jakarta dan Perwakilannya di Provinsi Nusa Tenggara Barat sebagai Konsultan Perencanaan, dengan tugas pembuatan Masterplan Rumah Sakit Jiwa Pusat Mataram dan pembuatan design/dokumen tender dan memberikan penjelasan dalam "aanwijzing". Rumah Sakit Jiwa Pusat Mataram didirikan dengan pertimbangan bahwa Rumah Sakit Jiwa Selebung (milik Daerah) tidak dapat dikembangkan karena letaknya terpencil dan bangunannya tidak memenuhi syarat sebagai Rumah Sakit.
2. Rumah Sakit Jiwa Pusat Mataram mulai beroperasi tanggal 27 Oktober 1987 dan diresmikan tanggal 27 Januari 1990 oleh Menteri Kesehatan RI (dr. Adhyatma, MPH). Pada awal beroperasi hanya melayani rawat jalan sekaligus sebagai unit gawat darurat.
3. Tahun 1988/1989 baru menerima pelayanan rawat inap dengan 2 ruangan perawatan (Ruang Mawar dan Melati). Struktur Organisasi Rumah Sakit Jiwa Pusat Mataram semula adalah Rumah Sakit Jiwa Klas C berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 395/MenKes/SK/VI/1989 tanggal 19 Juni 1989. Rumah Sakit Jiwa Pusat Mataram sejak semula direncanakan sebagai Rumah Sakit Jiwa Klas B, untuk itu Rumah Sakit Jiwa Selebung diintegrasikan dengan Rumah Sakit Jiwa Pusat Mataram dan menjadi Rumah Sakit Jiwa Pusat Mataram Kelas B berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 656/Menkes/SK/X/1991 tanggal 30 Oktober 1991.
4. Tahun 1991, Rumah Sakit Jiwa Pusat Mataram menambah kapasitas pelayanan rawat inapnya dengan penambahan 2 ruang perawatan (ruang Angsoka dan Dahlia) dan tahun 1996 kembali memperluas ruang perawatan dengan membangun ruang rehabilitasi (ruang Sandat), IGD, gizi dan IPRS, ruang generator dan incenerator.

5. Tahun 2000 dibangun ruang khusus terapi dan rehabilitasi narkoba dan pada tanggal 27 April tahun 2004 dilakukan pengembangan dan diresmikan sebagai pusat rehabilitasi narkoba "One Stop Centre (OSC)" oleh Ketua Badan Narkotika Nasional (BNN) - Jendral Sutanto, yang diberi nama Pusat Rehabilitasi Narkoba One Stop Centre "Wisma Anggrek". Pembiayaan para rehabilitan selama tahun 2004-2006 dan pengembangan fasilitas dan pengembangan sumber daya manusianya dibantu oleh BNN, melalui Badan Narkotika Provinsi NTB.
6. Tahun 2005 Rumah Sakit Jiwa Pusat Mataram membangun klinik Voluntary Counseling and Testing (VCT) Bale Matahari yang pengembangan fasilitas dan SDM serta pembiayaannya di bantu oleh Global Fund (sampai sekarang test HIV dan terapi HIV/ART masih dibantu oleh Global Fund). Klinik VCT ini, kemudian melengkapi Pusat Rehabilitasi Narkoba One Stop Centre, dalam satu instalasi yaitu Instalasi Narkoba dan HIV di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Mataram.
7. Tahun 2007 pembangunan ruang perawatan kelas I dan II (ruang Flamboyan) untuk mengganti ruang Angsoka yang sebelumnya merupakan kelas I dan II. Sampai saat ini Rumah Sakit Jiwa Provinsi memiliki 6 ruang perawatan, 1 ruang rehabilitasi dan IGD.
8. Sejak otonomi daerah tahun 2001, Rumah Sakit Jiwa Pusat Mataram menjadi milik Pemerintah Daerah dan merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Provinsi NTB berdasarkan Peraturan Daerah No.13 tahun 2001. Sejak bulan Agustus 2008 berdasarkan Peraturan Daerah No. 8 Tahun 2008 Rumah Sakit Jiwa Mataram berubah status menjadi Lembaga Teknis Daerah (LTD) dengan nama Rumah Sakit Jiwa Provinsi NTB yang merupakan unsur pelayanan kesehatan khusus jiwa yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah dan secara teknis operasional berkoordinasi dengan Kepala Dinas Kesehatan dengan status Rumah Sakit Khusus Kelas B.
9. Berdasarkan Keputusan Gubernur nomor 56 Tahun 2011 tentang Penerapan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) pada Rumah Sakit Jiwa Provinsi yang ditetapkan pada tanggal 29 Januari 2011.
10. Berdasarkan Keputusan Gubernur NTB Nomor 440/344 Tahun 2014 Tentang Perubahan Nama Rumah Sakit Jiwa Provinsi NTB menjadi Rumah Sakit Jiwa

Mutiara Sukma maka Rumah Sakit Jiwa Provinsi NTB resmi berubah nama menjadi Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma.

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”



BAB III
VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN RUMAH SAKIT JIWA
MUTIARA SUKMA

A. Visi Rumah Sakit

Visi Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah “Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat Dengan Mutu Terkini”

B. Misi Rumah Sakit

Misi Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah :

- a. Meningkatkan ketertiban dan kelancaran pelayanan dan pengelolaan administrasi perkantoran
- b. Meningkatkan kemudahan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan jiwa dan Napza secara paripurna dan bermutu standar nasional
- c. Meningkatkan ketersediaan fasilitas fisik, peralatan medis dan non sesuai standar untuk menunjang pelayanan
- d. Meningkatkan kelancaran dan kemudahan pelayanan keperawatan profesional untuk mencapai kepuasan pelanggan

C. Falsafah Rumah Sakit

Falsafah Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah “Tumbuh dan berkembang secara berkesinambungan”

D. Tujuan Rumah Sakit

Tujuan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah :

- a. Meningkatkan efektifitas pengelolaan administrasi, keuangan, aset dan perlengkapan
- b. Meningkatkan efektifitas perencanaan, penganggaran, pendataan dan pelaporan.
- c. Meningkatkan efektifitas pengelolaan administrasi umum, kepegawaian, unit kerjasama dan IT
- d. Meningkatkan mutu pelayanan
- e. Menyediakan pelayanan terjangkau
- f. Menyediakan ruang perawatan dan perkantoran yang sesuai standar
- g. Meningkatkan mutu peralatan medis dan non medis sesuai standar
- h. Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”

i. Meningkatkan kualitas rencana pengembangan keperawatan

E. Nilai-nilai dasar (Core Value) Rumah Sakit

Nilai-nilai dasar (Core Value) Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah :

- a. Bisnis rumah sakit yang sehat, mengelola rumah sakit dengan pola pengelolaan bisnis yang sehat, tidak semata-mata untuk mencari keuntungan (*not for profit*) dengan mengedepankan pelayanan yang professional, terjangkau dan mudah di akses oleh masyarakat;
- b. Ramah, dalam memberikan pelayanan mengutamakan keramahan dan santun berlandaskan komitmen dan budaya kasih sayang;
- c. Aktif, semua petugas aktif memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya, secara aktif membangun kemitraan dengan individu, keluarga mereka, lembaga lain dan masyarakat pada umumnya, atas dasar kepercayaan, saling menghormati dan saling pengertian untuk keberhasilan mengatasi masalah kesehatan yang kompleks;
- d. Inovatif, semua pegawai harus terus menerus berinovasi mengembangkan pelayanan yang profesional dan bermutu untuk menyenangkan pelanggan;
- e. Normatif, memberikan pelayanan sesuai standar, memahami peraturan-peraturan, berkomitmen serta mampu menghindari kekeliruan, kesalahan dan berkemauan untuk menegakkan kebenaran.

F. Motto Rumah Sakit

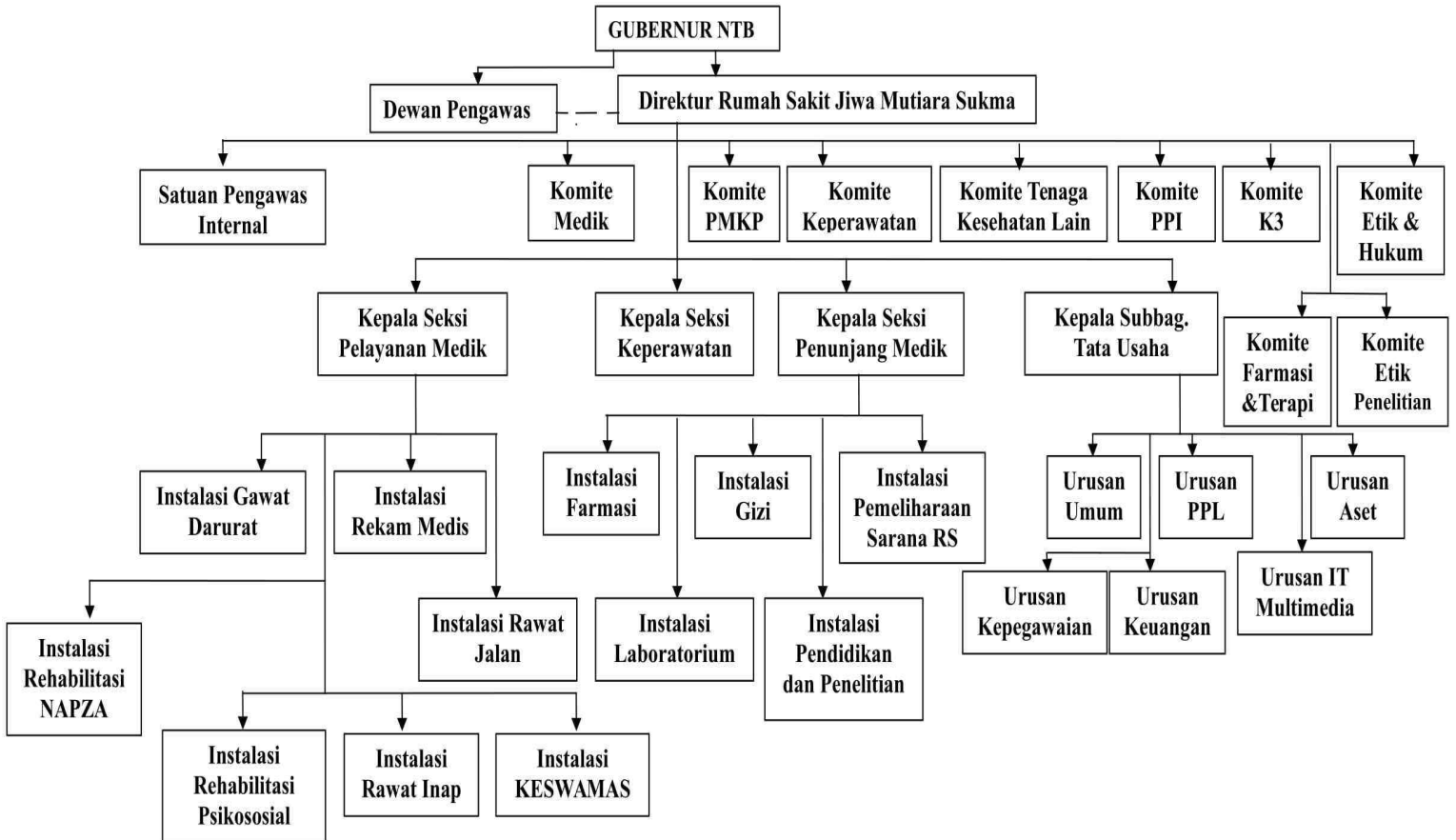
Motto Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah :

“Melayani dengan empati”

BAB IV

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT Jiwa MUTIARA SUKMA

Struktur organisasi Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma berdasarkan Surat Keputusan Direktur Nomor 188.4 / 395 / RSJMS tentang Unit Pelayanan, Unit Kerja, Struktur Organisasi, Jam Pelayanan Rawat Jalan dan IGD Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah sebagai berikut :



Keterangan :

1. Dewan Pengawas

Dewan Pengawas adalah unit non struktural pada Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma yang bersifat independen, bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma dan bertanggung jawab kepada Gubernur.

2. Pejabat Struktural

a. Direktur :

Adalah pejabat tertinggi di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma

b. Kepala Subbag Tata Usaha

Adalah pejabat yang membantu direktur dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya di bidang ketata usahaan administrasi perkantoran.

c. Kepala Seksi Pelayanan Medik

Adalah pejabat yang membantu direktur dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya di bidang pelayanan medik

d. Kepala Seksi Penunjang Medik

Adalah pejabat yang membantu direktur dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya di bidang penunjang medik

e. Kepala Seksi Keperawatan

Adalah pejabat yang membantu direktur dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya di bidang keperawatan

3. Unit Pelayanan dan Unit Kerja

Unit Pelayanan berbentuk instalasi yang merupakan tempat staf medis dan profesi kesehatan lain menjalankan profesinya.

Instalasi yang berada di bawah Seksi Pelayanan Medik :

- a. Instalasi Rawat Jalan
- b. Instalasi Rawat Inap
- c. Instalasi Gawat Darurat
- d. Instalasi Rekam Medis
- e. Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat (KESWAMAS)
- f. Instalasi Rehabilitasi Psikososial
- g. Instalasi Rehabilitasi NAPZA

Instalasi yang berada di bawah Seksi Penunjang Medik :

- a. Instalasi Farmasi
- b. Instalasi Laboratorium
- c. Instalasi Gizi
- d. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS)
- e. Instalasi Pendidikan dan Penelitian (Diklit)

Unit Kerja berbentuk urusan tempat tenaga administrasi dan tenaga teknis menjalankan pekerjaannya.

Urusan berada dibawah Sub Bagian Tata Usaha adalah

- a. Urusan Umum

- b. Urusan Kepegawaian
 - c. Urusan Keuangan
 - d. Urusan PPL
 - e. Urusan IT Multimedia
 - f. Urusan Aset
4. Unit Non Struktural
- a. Komite

Adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit. Komite yang ada di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah sebagai berikut :

 - Komite Medik
 - Komite Keperawatan
 - Komite Tenaga Kesehatan Lain
 - Komite Etik dan Hukum
 - Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
 - Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
 - Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)
 - Komite Farmasi dan Terapi
 - Komite Etik Penelitian
 - b. Panitia

Adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi dibentuk untuk bertanggung jawab terhadap kegiatan spesifik dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit, antara lain :

 - Panitia Rekam Medis.
 - Panitia Pengadaan Barang dan Jasa
 - c. Tim

Adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi dibentuk untuk bertanggung jawab terhadap kegiatan tertentu dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit, antara lain :

 - Tim Monitoring dan Evaluasi Pembangunan Zona Integritas
 - Tim Pendistribusian Jasa Pelayanan
 - Tim Renstra
 - Tim Clinical Pathway

- Tim Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit
- Tim JKN
- Tim Geriatri Terpadu
- Tim TB Dots
- Tim Regulasi Internal
- Tim Penyelesaian LHP
- Tim Pelaksana Kerja Sama
- Tim PZI
- Tim UPP
- Tim Humas
- Tim Penyusun Pergub
- Tim PPID
- Tim Laporan Pemantauan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup
- Tim Survei Pelayanan Kesehatan
- Tim Buletin
- Tim Nyeri
- Tim Rohani
- Tim Penterjemah Bahasa
- Tim Green Hospital
- Tim Akreditasi
- Tim PPRA
- Tim Penanggulangan Bencana
- Tim HIV – AIDS

BAB V

STRUKTUR ORGANISASI UNIT PELAYANAN DAN UNIT KERJA

Struktur organisasi masing-masing Unit Pelayanan dan Unit Kerja di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma tertera pada lampiran.

BAB VI

URAIAN JABATAN

A. DEWAN PENGAWAS

1. URAIAN TUGAS:

- a. Menentukan arah kebijakan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma;
- b. Menyetujui dan mengawasi Pelaksanaan Rencana Strategis;
- c. Menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
- d. Mengawasi kendali mutu dan kendali biaya;
- e. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
- f. Mengawasi hak dan kewajiban Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma;
- g. Mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma, etika profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. TANGGUNG JAWAB:

- a. Terwujudnya fasilitas penentuan arah kebijakan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma;
- b. Terwujudnya persetujuan dan pengawasan pelaksanaan Rencana Strategis;
- c. Terwujudnya persetujuan dan penilaian pelaksanaan Rencana Anggaran;
- d. Terwujudnya pengawasan kendali mutu dan kendali biaya;
- e. Terwujudnya pengawasan hak dan kewajiban pasien;
- f. Terwujudnya hak dan kewajiban Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma;
- h. Terlaksananya kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma, etika profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. WEWENANG:

- a. Melihat buku-buku, surat-surat, dokumen-dokumen lainnya memeriksa kas untuk keperluan verifikasi dan memeriksa kekayaan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma;
- b. Meminta penjelasan dari Direktur dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengelolaan BLUD;
- c. Meminta Direktur dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri rapat dengan Dewan Pengawas;
- d. Memberikan persetujuan atau bantuan kepada Direktur dalam melakukan perbuatan hukum tertentu.

B. DIREKTUR

1. URAIAN TUGAS:

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”

- a. Memimpin dan mengurus RSJ Mutiara Sukma sesuai dengan tujuan rumah sakit yang telah ditetapkan dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. Memelihara, menjaga, dan mengelola kekayaan RSJ Mutiara Sukma;
- c. Mewakili RSJ Mutiara Sukma di dalam dan di luar pengadilan;
- d. Melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola RSJ Mutiara Sukma sebagaimana yang diwariskan;
- e. Menyiapkan Rencana Strategi Bisnis (RSB) dan Rencana Bisnis Dan Anggaran (RBA) RSJ Mutiara Sukma;
- f. Menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
- g. Menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan RSJ Mutiara Sukma.

2. TANGGUNG JAWAB:

- a. Terwujudnya kebijakan RSJ Mutiara Sukma;
- b. Terwujudnya sistem manajemen rumah sakit meliputi : perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, monitoring, dan evaluasi serta pelaporan kegiatan;
- c. Tersedianya akses, keterjangkauan, dan mutu pelayanan kesehatan.

3. WEWENANG:

- a. Menetapkan kebijakan RSJ Mutiara Sukma
- b. Memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di RSJ Mutiara Sukma
- c. Menetapkan peraturan, pedoman, panduan, petunjuk teknis, standar prosedur operasional;
- d. Mengusulkan mengangkat dan memberhentikan pegawai RSJ Mutiara Sukma sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. Memberikan penghargaan bagi pegawai berprestasi;
- g. Memberikan sanksi dan/atau hukuman disiplin kepada pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. Menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional rumah sakit;
- i. Mendelegasikan sebagian wewenangnya kepada jajaran di bawahnya.

C. KEPALA SEKSI PELAYANAN MEDIK

1. URAIAN TUGAS:

- a. Menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidang pelayanan medis;

- b. Melaksanakan kegiatan teknis pelayanan medis sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran;
- c. Me:mptanggungjawabkan kinerja operasional di bidang pelayanan medis;
- d. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

2. TANGGUNG JAWAB:

- a. Tersusunnya perencanaan kegiatan teknis di bidang pelayanan medis;
- b. Terselenggaranya kegiatan teknis pelayanan medis sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran;
- c. Terwujudnya kinerja operasional di bidang pelayanan medis.

3. WEWENANG:

- a. Meneliti dan mengoreksi perencanaan kegiatan teknis di bidang pelayanan medis;
- b. Menindaklanjuti disposisi Direktur;
- c. Menandatangani surat yang bersifat rutin di bidang pelayanan medis atas mandat Direktur.

D. KEPALA SEKSI PENUNJANG MEDIK

1. URAIAN TUGAS:

- a. Menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidang penunjang medis;
- b. Melaksanakan kegiatan teknis penunjang medis sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran;
- c. Me:mptanggungjawabkan kinerja operasional di bidang penunjang medis;
- d. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

2. TANGGUNG JAWAB:

- a. Tersusunnya perencanaan kegiatan teknis di bidang penunjang medis;
- b. Terselenggaranya kegiatan teknis penunjang medis sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran;
- c. Terwujudnya kinerja operasional di bidang penunjang medis.

3. WEWENANG:

- a. Meneliti dan mengoreksi perencanaan kegiatan teknis di bidang penunjang medis;
- b. Menindaklanjuti disposisi Direktur;
- c. Menandatangani surat yang bersifat rutin di bidang penunjang medis atas mandat Direktur.

E. KEPALA SEKSI KEPERAWATAN

1. URAIAN TUGAS:

- a. Menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidang keperawatan;

- b. Melaksanakan kegiatan teknis keperawatan sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran;
- c. Mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang keperawatan;
- d. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

2. TANGGUNG JAWAB:

- a. Tersusunnya perencanaan kegiatan teknis di bidang keperawatan;
- b. Terselenggaranya kegiatan teknis keperawatan sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran;
- c. Terwujudnya kinerja operasional di bidang keperawatan.

3. WEWENANG:

- a. Meneliti dan mengoreksi perencanaan kegiatan teknis di bidang keperawatan;
- b. Menindaklanjuti disposisi Direktur;
- c. Menandatangani surat yang bersifat rutin di bidang keperawatan atas mandat Direktur.

F. KEPALA SUB BAGIAN TATA USAHA

1. URAIAN TUGAS:

- a. Menyelenggarakan perumusan kebijakan teknis di Urusan Umum, Keuangan, PPL, Aset, IT Multimedia dan Kepegawaian;
- b. Mengkoordinasikan pembinaan dan sinkronasi kegiatan antara Urusan Umum, Keuangan, PPL, Aset, IT Multimedia dan Kepegawaian;
- c. Menyelenggarakan pengendalian dan pengawasan kegiatan di Urusan Umum, Keuangan, PPL, Aset, IT Multimedia dan Kepegawaian;
- d. Menyelenggarakan evaluasi dan pelaporan kegiatan di Urusan Umum, Keuangan, PPL, Aset, IT Multimedia dan Kepegawaian;
- e. Mengkoordinasikan penyusunan Rencana Anggaran Bisnis;
- f. Menyiapkan dokumen pelaksanaan anggaran;
- g. Menyelenggarakan pengelolaan sistem remunerasi dan pola tarif;
- h. Mengkoordinasikan pelaksanaan dan monitoring pelaksanaan kegiatan bekerjasama dengan Satuan Pengawas Internal RSJ Mutiara Sukma.

2. TANGGUNG JAWAB:

- i. Terselenggaranya program kerja Urusan Umum, Keuangan, PPL, Aset, IT Multimedia dan Kepegawaian;
- j. Terselenggaranya koordinasi, pembinaan, dan sinkronasi kegiatan antara Urusan Umum, Keuangan, PPL, Aset, IT Multimedia dan Kepegawaian;
- a. Terselenggaranya pengelolaan remunerasi dan pola tarif secara transparan dan akuntabel;

- b. Terselenggaranya pelaksanaan pengendalian internal bekerjasama dengan Satuan Pengawas Internal (SPI).

3. WEWENANG:

- k. Melaksanakan koordinasi program kerja dan kegiatan Urusan Umum, Keuangan, PPL, Aset, IT Multimedia dan Kepegawaian;
- a. Menindaklanjuti disposisi surat Direktur;
- b. Meneliti dan mengoreksi rancangan DPA dan RBA
- c. Memberikan paraf dokumen/surat kedinasan sebelum ditandatangani oleh Direktur;
- d. Menandatangani surat kedinasan yang bersifat rutin atas mandat Direktur.

G. SATUAN PENGAWAS INTERNAL

1. URAIAN TUGAS:

- a. Melakukan pengawasan terhadap sistem pengelolaan manajemen rumah sakit;
- b. Melakukan pengawasan terhadap sistem pengelolaan dan pelaporan keuangan rumah sakit;
- c. Melakukan pengawasan terhadap proses pelayanan medis;
- d. Melakukan pengawasan terhadap proses pelayanan keperawatan.

2. TANGGUNGJAWAB:

- a. Terwujudnya sistem pengelolaan manajemen rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. Terwujudnya sistem pengelolaan dan pelaporan keuangan rumah sakit sesuai Sistem Akuntansi Keuangan (SAK) dan Sistem Akuntansi Pemerintah (SAP);
- c. Terwujudnya proses pelayanan medis sesuai dengan Standar Pelayanan Medis (SPM) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM);
- d. Terwujudnya proses pelayanan keperawatan sesuai dengan Standar Asuhan Keperawatan (SAK), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Standar Prosedur Operasional (SPO)

3. WEWENANG:

- a. Menyusun instrumen pengawasan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- b. Melakukan pemeriksaan kepada unit/pihak yang terkait dengan obyek pengawasan;

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”

- c. Melakukan kerjasama dengan pihak auditor eksternal apabila diperlukan;
- d. Meminta keterangan dan informasi kepada para pihak yang terkait dengan obyek pengawasan;
- e. Memberikan rekomendasi kepada Direktur untuk tindak lanjut hasil pengawasan.

H. KOMITE MEDIS

1. URAIAN TUGAS:

- a. Menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
- b. Menyelenggarakan pemeriksaan dan oengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, serta etika profesi;
- c. Mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
- d. Melakukan wawancara terhadap permohonan kewenangan klinis yang adekuat;
- e. Melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi ke Komite Medik;
- f. Memeberikan rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis;
- g. Melaksanakan audit medis.

2. TANGGUNGJAWAB:

- a. Tersusunnya daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
- b. Terselenggaranya pemeriksaan dan oengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, serta etika profesi;
- c. Terevaluasinya data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
- d. Terlaksananya wawancara terhadap permohonan kewenangan klinis;
- e. Terlaksananya penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
- f. Terlaporkannya hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi ke Komite Medik;

- g. Terlaksananya pemberian rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis;
 - h. Terlaksananya audit medis.
3. WEWENANG:
- a. Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - b. Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (Clinical privilegeI);
 - c. Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
 - d. Memberikan rekomendasi Surat Penugasan Klinis (Clinical appointment);
 - e. Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis;
 - f. Memberikan rekomendasi tindaklanjut audit medis;
 - g. Memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
 - h. Memberikan rekomendasi pendampingan (proctoring); dan
 - i. Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin

I. KOMITE KEPERAWATAN

1. URAIAN TUGAS:

- a. Melakukan kredensial kepada tenaga perawat sesuai dengan standar profesi;
- b. Melakukan pengembangan mutu profesi tenaga keperawatan yang berorientasi pada keselamatan pasien sesuai dengan kewenangannya;
- c. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan.

2. TANGGUNGJAWAB:

- a. Terlaksananya kredensial kepada tenaga perawat sesuai dengan standar profesi;
- b. Terlaksananya pengembangan mutu profesi tenaga keperawatan yang berorientasi pada keselamatan pasien sesuai dengan kewenangannya;
- c. Terlaksananya pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan.

3. WEWENANG:

- a. Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis untuk memperoleh Surat Penugasan Klinis;
- b. Memberikan rekomendasi tindaklanjut Audit Keperawatan pendidikan keperawatan berkelanjutan dan pendampingan;
- c. Memberikan rekomendasi pencabutan kewenangan klinis;

- d. Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis;
- e. Memberikan rekomendasi pemberian sanksi hukuman/tindakan disiplin.

J. KOMITE TENAGA KESEHATAN LAIN

1. URAIAN TUGAS:

- a. Melakukan kredensial kepada tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan standar masing-masing profesi;
- b. Melakukan pengembangan mutu profesi tenaga kesehatan lainnya yang berorientasi pada keselamatan pasien sesuai dengan kewenangannya;
- c. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya.

2. TANGGUNG JAWAB:

- a. Terlaksananya kredensial kepada tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan standar masing-masing profesi;
- b. Terlaksananya pengembangan mutu profesi tenaga kesehatan lainnya yang berorientasi pada keselamatan pasien sesuai dengan kewenangannya;
- c. Terlaksananya pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya.

3. WEWENANG:

- a. Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis untuk memperoleh Surat Penugasan Klinis;
- b. Memberikan rekomendasi tindak lanjut Audit Profesi tenaga kesehatan lainnya, pendidikan profesi tenaga kesehatan lainnya secara berkelanjutan dan pendampingan;
- c. Memberikan rekomendasi pencabutan kewenangan klinis;
- d. Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis;
- e. Memberikan rekomendasi pemberian sanksi hukuman/tindakan disiplin.

K. KOMITE ETIK DAN HUKUM

1. URAIAN TUGAS:

- a. Melakukan upaya yang komprehensif dan berkesinambungan dalam implementasi kode etik;

- b. Melakukan upaya preventif persuasif, edukatif, dan korektif terhadap kemungkinan terjadinya penyimpangan/pelanggaran kode etik dan hukum;
- c. Melaksanakan sosialisasi dan publikasi kode etik melalui pendidikan pelatihan, seminar, dan diskusi;
- d. Menyusun pedoman pelaksanaan etika rumah sakit;
- e. Menangani masalah etik dan hukum yang terjadi;
- f. Membantu menyelesaikan perselisihan/sengketa medik yang terjadi di lingkungan RSJ Mutiara Sukma.

2. TANGGUNG JAWAB:

- a. Terwujudnya upaya yang komprehensif dan berkesinambungan dalam implementasi kode etik;
- b. Terlaksananya sosialisasi dan publikasi kode etik melalui pendidikan pelatihan, seminar, dan diskusi;
- c. Tersusunnya pedoman pelaksanaan etika rumah sakit;
- d. Terlaksananya penanganan masalah etik dan hukum yang terjadi;
- e. Terlaksananya penyelesaian perselisihan/sengketa medik yang terjadi di lingkungan RSJ Mutiara Sukma.

3. WEWENANG:

- a. Memanggil dan meminta keterangan terhadap pegawai yang diduga melakukan pelanggaran Kode Etik;
- b. Meminta bantuan kepada para pihak yang kompeten dalam melaksanakan tugasnya;
- c. Memberikan rekomendasi kepada Direktur dalam memberikan tindaklanjut permasalahan Etika dan Hukum rumah sakit;
- d. Memberikan nasehat, saran, dan pertimbangan yang berkaitan dengan etika rumah sakit kepada pihak-pihak yang membutuhkan.

L. KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

1. URAIAN TUGAS:

- a. Menyusun program PMKP rumah sakit;
- b. Melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di Unit Kerja;
- c. Melakukan koordinasi dengan pimpinan Unit Kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu dan tindaklanjut hasil capaian indikator;

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”

- d. Melakukan pengorganisasian dalam pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja untuk dikompilasi menjadi prioritas rumah sakit;
- e. Menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit;
- f. Menyusun formulir untuk pengumpulan data, menentukan jenis data, dan pelaksanaan alur data dan pelaporan;
- g. Melakukan komunikasi dengan para pihak yang terkait dengan pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
- h. Menyelenggarakan kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP;
- i. Menyusun regulasi tentang pengawasan dan penerapan program PMKP.

2. TANGGUNGJAWAB:

- a. Tersusunnya program PMKP rumah sakit;
- b. Terlaksananya monitoring dan memandu penerapan program PMKP di Unit Kerja;
- c. Terlaksananya koordinasi dengan pimpinan Unit Kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu dan tindaklanjut hasil capaian indikator;
- d. Terlaksananya pengorganisasian dalam pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja untuk dikompilasi menjadi prioritas rumah sakit;
- e. Terwujudnya formulir untuk pengumpulan data, menentukan jenis data, dan pelaksanaan alur data dan pelaporan;
- f. Tersusunnya formulir untuk pengumpulan data, menentukan jenis data, dan pelaksanaan alur data dan pelaporan;
- g. Terlaksananya komunikasi dengan para pihak yang terkait dengan pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
- h. Terselenggaranya kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP;
- i. Tersusunnya regulasi tentang pengawasan dan penerapan program PMKP.

3. WEWENANG

- a. Melakukan supervisi ke unit kerja dalam pelaksanaan program PMKP;
- b. Melakukan koreksi terhadap pemilihan prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu dan tindaklanjut hasil capaian indikator;
- c. Memberikan rekomendasi kepada Direktur tentang program PMKP.

M. KOMITE REKAM MEDIS

1. URAIAN TUGAS

- a. Menyusun format (bentuk dan isi) formulir rekam medis yang digunakan dalam penyelenggaraan rekam medis rumah sakit;
- b. Mengusulkan format (bentuk dan isi) formulir rekam medis untuk memperoleh persetujuan dari Direktur;
- c. Menyusun pedoman tatalaksana penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit.

2. TANGGUNGJAWAB:

- a. Tersusunnya format (bentuk dan isi) formulir rekam medis yang digunakan dalam penyelenggaraan rekam medis rumah sakit;
- b. Terlaksananya usulan format (bentuk dan isi) formulir rekam medis untuk memperoleh persetujuan dari Direktur;
- c. Tersusunnya pedoman tatalaksana penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit.

3. WEWENANG:

- a. Memberikan penilaian dan keputusan atas kinerja Rekam Medis yang meliputi kualitas pengisian dan pelayanan rekam medis;
- b. Menolak berkas Rekam Medis yang tidak memenuhi standar yang telah ditetapkan;
- c. Memberikan rekomendasi kepada Direktur dalam upaya perbaikan pelayanan Rekam Medis.

I. KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

1. URAIAN TUGAS:

- a. Menyusun kebijakan Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi;
- b. Melaksanakan sosialisasi kebijakan PPI agar dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan;
- c. Menyusun Program Kerja PPI;
- d. Menyusun Standar Prosedur Operasional PPI;
- e. Melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa HAIs (*Healthcare Associated Infection*);
- f. Memberikan konsultasi kepada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI;

- g. Mengidentifikasi temuan lapangan dalam implementasi program PPI;
 - h. Melakukan pertemuan berkala dalam rangka melakukan evaluasi kebijakan dan program PPI.
2. TANGGUNGJAWAB:
- a. Tersusunnya kebijakan Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi;
 - b. Terlaksananya sosialisasi kebijakan PPI agar dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan;
 - c. Tersusunnya Program Kerja PPI;
 - d. Tersusunnya Standar Prosedur Operasional PPI;
 - e. Terlaksananya investigasi masalah atau kejadian luar biasa HAIs (Healthcare Associated Infection);
 - f. Terlaksananya konsultasi kepada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI;
 - g. Terlaksananya identifikasi temuan lapangan dalam implementasi program PPI;
 - h. Terselenggaranya pertemuan berkala dalam rangka melakukan evaluasi kebijakan dan program PPI.
3. WEWENANG:
- a. Memberikan usulan upaya pengembangan dan peningkatan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - b. Mengusulkan pengadaan alat dan bahan sesuai dengan prinsip PPI;
 - c. Menutup ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
 - d. Melakukan investigasi dan memutuskan langkah penanggulangan infeksi dalam situasi KLB;
 - e. Mengawasi tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar pelaksanaan PPI.

II. KOMITE KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA RUMAH SAKIT

1. URAIAN TUGAS

- a. Menyusun regulasi tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS);
- b. Menyusun Program Kerja K3RS;
- c. Menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) K3RS;

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”

- d. Menggerakkan pelaksanaan program K3RS;
 - e. Melaksanakan monitoring dan evaluasi atas pelaksanaan program K3RS;
 - f. Menyampaikan laporan atas hasil evaluasi pelaksanaan program K3RS kepada Direktur guna kepentingan rencana tindak lanjut;
2. TANGGUNGJAWAB:
- a. Tersusunnya regulasi tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS);
 - b. Tersusunnya Program Kerja K3RS;
 - c. Tersusunnya Standar Prosedur Operasional (SPO) K3RS;
 - d. Terlaksananya program K3RS;
 - e. Terlaksananya monitoring dan evaluasi atas pelaksanaan program K3RS;
 - f. Terlaksananya laporan atas hasil evaluasi pelaksanaan program K3RS kepada Direktur guna kepentingan rencana tindak lanjut;
3. WEWENANG:
- a. Melakukan pengawasan atas semua aspek program manajemen resiko yang terkait dengan K3RS;
 - b. Melakukan edukasi staf terkait program K3RS;
 - c. Melakukan pengujian/testing program K3RS;
 - d. Melakukan penilaian ulang dan revisi manajemen resiko fasilitas dan lingkungan program K3RS;
 - e. Melakukan analisis program K3RS;
 - f. Memberikan rekomendasi tindak lanjut program K3RS.

III. INSTALASI/URUSAN

Uraian tugas, tanggung jawab, dan wewenang dari instalasi diatur tersendiri dalam Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma tentang Pedoman Pengorganisasian Instalasi/Urusan di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma

BAB VII

TATA HUBUNGAN KERJA

A. Dewan Pengawas

1. Dewan Pengawas adalah unit non struktural pada Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma yang bersifat independen, bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma.
2. Dewan Pengawas bertanggung jawab kepada Gubernur.

B. Struktural

1. Direktur bertanggung jawab langsung kepada Gubernur Nusa Tenggara Barat. Dalam melaksanakan tugasnya harus berkoordinasi dan mendapat persetujuan dari Dewan Pengawas selaku perpanjangan tangan Gubernur.
2. Kepala Sub Bagian Tata Usaha bertanggung jawab kepada Direktur berkaitan dengan penyusunan program, keuangan, kepegawaian, perlengkapan, rumah tangga, ketatausahaan, organisasi dan tatalaksana, hukum, humas dan kerjasama.

Kepala Sub Bagian Tata Usaha menerima laporan dari:

- a. Urusan Umum
- b. Urusan Kepegawaian
- c. Urusan Keuangan
- d. Urusan PPL
- e. Urusan IT Multimedia/ IT
- f. Urusan Aset

Kepala Sub Bagian Tata Usaha bertanggung jawab kepada Direktur dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Urusan-urusan di bawah Sub Bagian Tata Usaha serta urusan-urusan tersebut memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien .

3. Kepala Seksi Pelayanan Medik bertanggung jawab kepada Direktur berkaitan dengan pelaksanaan Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat, Instalasi Rehabilitasi Psikososial, Instalasi Rekam Medis, Instalasi

Rehabilitasi NAPZA, serta pelaksanaan sistem dan prosedur pelayanan medik.

Kepala Seksi Pelayanan Medik bertanggung jawab kepada Direktur dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi-instalasi di bawah Seksi Pelayanan Medik serta instalasi-instalasi tersebut memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien .

4. Kepala Seksi Keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan keperawatan rawat inap dan rujukan, pelaksanaan pelayanan keperawatan rawat jalan, rehabilitasi dan kesehatan jiwa masyarakat, pelayanan keperawatan elektromedik dan gawat darurat, pelaksanaan sistem prosedur pelayanan keperawatan sesuai standar.

5. Kepala Seksi Penunjang Medik bertanggung jawab kepada Direktur berkaitan dengan Pelaksanaan Instalasi Gizi, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit, Instalasi Farmasi, Instalasi Diklit dan Instalasi Laboratorium, pelaksanaan sistem dan prosedur penunjang medik dan non medik.

Kepala Seksi Penunjang Medik bertanggung jawab kepada Direktur dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi-instalasi di bawah Seksi Penunjang Medik serta instalasi-instalasi tersebut memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien .

C. Unit Pelayanan

1. Kepala Instalasi Rawat Jalan bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik berkaitan pelaksanaan pelayanan dan berkoordinasi dengan:

- a. Kepala Seksi Keperawatan berkaitan dengan pelayanan keperawatan.
- b. Kepala Seksi Penunjang Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan penunjang.
- c. Kepala Sub Bag Tata Usaha berkaitan dengan pelayanan administrasi perkantoran.

Kepala Instalasi Rawat Jalan bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Rawat Jalan serta memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien .

Kepala Instalasi Rawat Jalan menerima laporan dari:

- a. Klinik Psikiatri Dewasa;
 - b. Klinik Psikogeriatri Terpadu;
 - c. Klinik Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja “Mental Sehat Ceria (MSC)”;
 - d. Klinik Penyakit Syaraf;
 - e. Klinik Gigi dan Mulut;
 - f. Klinik Penyakit Dalam;
 - g. Klinik Rehabilitasi Medik;
 - h. Klinik Psikometri dan Konseling Psikolog;
 - i. Klinik Khusus TB DOTS;
 - j. Klinik Khusus VCT;
 - k. Klinik Memori;
 - l. Pelayanan Elektromedik;
 - m. Ruang Fisioterapi;
 - n. Ruang Radiologi.
2. Kepala Instalasi Rawat Inap bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan dan berkoordinasi dengan:
- a. Kepala Seksi Keperawatan berkaitan dengan pelayanan keperawatan.
 - b. Kepala Seksi Penunjang Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan penunjang.
 - d. Kepala Sub Bag Tata Usaha berkaitan dengan pelayanan administrasi perkantoran.

Kepala Instalasi Rawat Inap bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap serta memberikan laporan

mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien .

Kepala Instalasi Rawat Inap menerima laporan dari:

- a. Ruang Mawar.
- b. Ruang Angsoka.
- c. Ruang Dahlia.
- d. Ruang Wijaya Kusuma.
- e. Ruang Melati.
- f. Ruang Flamboyan.
- g. Ruang Kenanga

3. Kepala Instalasi Gawat Darurat bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan dan berkoordinasi dengan:

- a. Kepala seksi Keperawatan berkaitan dengan pelayanan keperawatan.
- b. Kepala seksi Penunjang Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan penunjang.
- c. Kepala Sub Bag Tata Usaha berkaitan dengan pelayanan administrasi perkantoran.

Kepala Instalasi Rawat Gawat Darurat bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Gaawat Darurat serta memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien .

4. Kepala Instalasi Rehabilitasi NAPZA bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan dan berkoordinasi dengan:

- a. Kepala Seksi Keperawatan berkaitan dengan pelayanan keperawatan.
- b. Kepala Seksi Penunjang Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan penunjang.
- c. Kepala Sub Bag Tata Usaha berkaitan dengan pelayanan administrasi perkantoran.

Kepala Instalasi Rehabilitasi NAPZA bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik dan berkoordinasi

dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Rehabilitasi NAPZA serta memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien .

Kepala Instalasi Rawat Inap menerima laporan dari:

- a. Ruang Anggrek
5. Kepala Instalasi Rekam Medis bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan dan berkoordinasi dengan:
- a. Kepala Seksi Penunjang Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan penunjang.
 - b. Kepala Sub Bag Tata Usaha berkaitan dengan pelayanan administrasi perkantoran.

Kepala Instalasi Rekam Medis bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Rekam Medis serta memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

6. Kepala Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan dan berkoordinasi dengan:
- a. Kepala Seksi Keperawatan berkaitan dengan pelayanan keperawatan.
 - b. Kepala Seksi Penunjang Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan penunjang.
 - c. Kepala Sub Bag Tata Usaha berkaitan dengan pelayanan administrasi perkantoran.

Kepala Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat serta memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien .

7. Kepala Instalasi Rehabilitasi Psikososial bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan dan berkoordinasi dengan:
 - a. Kepala Seksi Keperawatan berkaitan dengan pelayanan keperawatan.
 - b. Kepala Seksi Penunjang Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan penunjang.
 - c. Kepala Sub Bag Tata Usaha berkaitan dengan pelayanan administrasi perkantoran

Kepala Instalasi Rehabilitasi Psikososial bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Rehabilitasi Psikososial serta memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien .

8. Kepala Instalasi Farmasi bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala seksi Penunjang Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan penunjang dan berkoordinasi dengan:
 - a. Kepala Seksi Pelayanan Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan.
 - b. Kepala Sub Bag Tata Usaha berkaitan dengan pelayanan administrasi perkantoran.

Kepala Instalasi Farmasi bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Farmasi serta memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien .

9. Kepala Instalasi Laboratorium bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala seksi Penunjang Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan penunjang dan berkoordinasi dengan:
 - a. Kepala Seksi Pelayanan Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan.
 - b. Kepala Sub Bag Tata Usaha berkaitan dengan pelayanan administrasi perkantoran.

Kepala Instalasi Laboratorium bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Laboratorium serta memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

10. Kepala Instalasi Gizi bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala seksi Penunjang Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan penunjang dan berkoordinasi dengan:
 - a. Kepala Seksi Pelayanan Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan.
 - b. Kepala Sub Bag Tata Usaha berkaitan dengan pelayanan administrasi perkantoran.

Kepala Instalasi Gizi bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Gizi serta memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

11. Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala seksi Penunjang Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan penunjang dan berkoordinasi dengan:
 - a. Kepala Seksi Pelayanan Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan.
 - b. Kepala Sub Bag Tata Usaha berkaitan dengan pelayanan administrasi perkantoran.

Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit serta memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

12. Kepala Instalasi Diklit bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala seksi Penunjang Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan penunjang dan berkoordinasi dengan :
 - a. Kepala Seksi Pelayanan Medik berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan.
 - b. Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan keperawatan
 - c. Kepala Sub Bag Tata Usaha berkaitan dengan pelayanan administrasi perkantoran.

Kepala Instalasi Diklit bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medik dan berkoordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Diklit serta memberikan laporan mutu unit setiap bulan kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

D. Non Struktural

1. Direktur dengan Komite Medik
 - Komite Medik berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur
 - Pelaksanaan tugas-tugas Komite Medik dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi yang digunakan sebagai dasar penugasan staf medik dari Direktur
 - Dalam pelaksanaan tugasnya berkoordinasi dengan Seksi Pelayanan Medik
2. Direktur dengan Komite Keperawatan
 - Komite Keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur
 - Pelaksanaan tugas-tugas Komite Keperawatan dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi yang digunakan sebagai dasar penugasan staf keperawatan dari Direktur.
 - Dalam pelaksanaan tugasnya berkoordinasi dengan Seksi Keperawatan
3. Direktur dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
 - Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur

- Pelaksanaan tugas-tugas Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan mutu dan keselamatan pasien yang digunakan sebagai dasar evaluasi dalam peningkatan mutu rumah sakit berkelanjutan.
 - Dalam pelaksanaan tugasnya berkoordinasi dengan Seksi Pelayanan Medik, Seksi Keperawatan, Seksi Penunjang Medik dan Subbag. Tata Usaha.
4. Direktur dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit
- Komite Etik berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur
 - Tugas-tugas terperinci Komite Etik adalah :
 - a) Memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan *medicoetikolegal* dan etika rumah sakit serta penyelesaian masalah etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap etika pelayanan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma
 - b) Membantu Direktur dalam menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait *medico-legal* dan *etiko-legal*.
 - c) Pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, yang meliputi kebijakan yang terinci dengan *hospital bylaws* dan *medical staff bylaws*
 - Dalam melaksanakan tugasnya Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit mempunyai fungsi
 - a) Menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi medikoetikolegal, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma
 - b) Menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma.
 - Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud diatas disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
 - Dalam pelaksanaan tugasnya berkoordinasi dengan Seksi Pelayanan Medik, Seksi Keperawatan, Seksi Penunjang Medik dan Subbag. Tata Usaha.
5. Direktur dengan Satuan Pengawas Internal (SPI)
- Satuan Pengawas Internal berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma.

- Tugas pokok Satuan Pengawas Internal adalah melaksanakan pengawasan dan pemeriksaan terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di rumah sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku
- Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud diatas Satuan Pengawas Internal berfungsi :
 - a) Melaksanakan Pengawasan administrasi perkantoran, keuangan dan pelayanan
 - b) Merancang dan melaksanakan Pengawasan pelaksanaan pengendalian intern.
 - c) Melakukan identifikasi risiko.
 - d) Mencegah terjadinya penyimpangan
 - e) Memberikan konsultasi pengendalian internal.
- Tugas dan fungsi tersebut disampaikan dalam bentuk laporan kepada Direktur yang berisi rekomendasi yang berisi rencana tindak lanjut yang akan dilakukan oleh unit pelayanan yang telah diaudit.
- Dalam pelaksanaan tugasnya berkoordinasi dengan Seksi Pelayanan Medik, Seksi Keperawatan, Seksi Penunjang Medik dan Subbag. Tata Usaha.

BAB VIII

POLA KETENAGAAN

A. Kategori dan Status Kepegawaian

Ketenagaan di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma terdiri dari;

1. Pejabat Struktural
2. Tenaga Medis
3. Tenaga Keperawatan
4. Tenaga Kesehatan Lain
5. Tenaga Non Kesehatan

Status Kepegawaian di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah;

1. Pegawai Negeri Sipil terdiri dari

a. Pejabat Struktural:

- 1) Eselon III/a (Direktur)
- 2) Eselon IV/a (Ka Sub Bag Tata Usaha; Kasi Pelayanan Medik; Kasi Keperawatan ; Kasi Penunjang Medik)

b. Pejabat Fungsional Tertentu:

- 1) Dokter
- 2) Dokter Gigi
- 3) Apoteker
- 4) Psikolog Klinis
- 5) Perawat
- 6) Perawat Gigi
- 7) Tenaga Teknis Kefarmasian
- 8) Ahli Teknologi Laboratorium Medik
- 9) Perkam Medis
- 10) Fisioterapis
- 11) Okupasi Terapis
- 12) Terapis Wicara
- 13) Nutrisionis
- 14) Dietisen
- 15) Radiografer
- 16) Teknisi Elektromedis
- 17) Promosi Kesehatan
- 18) Analisis Kepegawaian

19) Pranata Komputer

20) Perencana

21) Arsiparis

22) Humas

c. Pejabat Fungsional Umum : Tenaga Administrasi dan Tenaga Teknis.

2. Calon Pegawai Negeri Sipil

3. Pegawai BLUD/Non PNS

B. Kualifikasi Pegawai

No	Jabatan	Kualifikasi		Jumlah Tenaga dibutuhkan
		Pendidikan	Pelatihan	
Struktural				
1.	Direktur	S2 dan Tenaga Medis	<ul style="list-style-type: none">• Diklat Pim Tk. IV/ Diklat Pim Tk. III• Manajemen Rumah Sakit• Penyusunan Renstra & Renja• LAKIP• Pengadaan barang dan jasa• Pengelolaan keuangan dan anggaran• Manajemen Pelayanan Publik• BLS (Basic Life Support)• Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien	1
2.	Kepala Sub Bagian Tata Usaha	S1 Kesehatan	<ul style="list-style-type: none">• Diklat Pim Tk. IV• Manajemen SDM• Pengelolaan Kepegawaian• Analisis Jabatan• Renstra & Renja• LAKIP• Pengadaan barang dan jasa• Pengelolaan Keuangan dan Anggaran• Manajemen Pelayanan Publik• BLS (Basic Life Support)• Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien	1
3.	Kepala Seksi Pelayanan Medik	Tenaga Medis	<ul style="list-style-type: none">• Diklat Pim IV• Manajemen Rumah Sakit• Manajemen Pelayanan Publik• Renstra dan Renja• Pengadaan barang dan jasa• BLS• Manajemen Mutu dan	1

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”

			Keselamatan Pasien	
4.	Kepala Seksi Keperawatan	Profesi Ners	<ul style="list-style-type: none"> • Diklat Pim Tk. IV • Manajemen Rumah sakit • Pelayanan Publik • LAKIP • Renstra dan Renja • BLS (Basic Life Support) • Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien • Pengadaan barang dan jasa 	1
5.	Kepala Seksi Penunjang Medik	S-1 Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Diklat Pim Tk. IV • Manajemen Rumah Sakit • Manajemen Pelayanan Publik • Pengadaan Barang & Jasa • Renstra & Renja • LAKIP • BLS (Basic Life Support) • Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
Instalasi Rawat Jalan				
1.	Kepala Instalasi Rawat Jalan	S1 Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Rumah Sakit • Manajemen SDM • Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS, PPI 	1
2.	Dokter Umum	Profesi Dokter	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS 	6
3.	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa	Spesialis Kedokteran Jiwa	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS 	4
4.	Dokter Spesialis Saraf	Spesialis Saraf	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS 	1
5.	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	Spesialis Penyakit Dalam	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS 	1
6.	Dokter Spesialis Fisik dan Rehabilitasi	Spesialis Fisik dan Rehabilitasi	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS 	1
7.	Dokter Spesialis Anak	Spesialis Anak	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS 	1
8.	Dokter Gigi	Profesi Dokter Gigi	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • PPI 	1

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”

			<ul style="list-style-type: none"> • BLS 	
9.	Perawat	D-III/S1 Keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> • Standar Asuhan Keperawatan • MPKP • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	12
10.	Perawat Gigi	D-III Keperawatan Gigi	<ul style="list-style-type: none"> • Asuhan Keperawatan Gigi • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	3
11.	Psikolog Klinis	Psikolog Klinis	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Asesmen Geriatri • Pelatihan Asesmen Intelegensi • Workshop of Clinical Psychology in Medical Cases • Pelatihan Cognitive Behavior Therapy (CBT) • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	4
12.	Pengadministrasi Psikometri	S1 Psikologi	<ul style="list-style-type: none"> • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	2
13.	Radiografer	D-III Radiologi/ S1 Fisika Medik	<ul style="list-style-type: none"> • Fungsional/Teknis Radiograf • BLS • Manajemen Resiko • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	3
14.	Fisioterapis	D-III Fisioterapi	<ul style="list-style-type: none"> • Fungsional/Teknis Fisioterapi • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	4
15.	Okupasi Terapis	D-III Okupasi Terapi	<ul style="list-style-type: none"> • Fungsional/Teknis Okupasi Terapis • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	2
16.	Terapis Wicara	D-III Terapi Wicara	<ul style="list-style-type: none"> • Fungsional/Teknis Terapi Wicara • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS • PPI 	2

Instalasi Rawat Inap				
1.	Kepala Instalasi Rawat Inap	S1 Kesehatan/ Profesi Dokter	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Rumah Sakit • Manajemen SDM • BLS • PPI • Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
2.	Dokter Umum	Profesi Dokter	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS 	6
3.	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa	Spesialis Kedokteran Jiwa	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS 	3
4.	Perawat	DIII/S1 Keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> • Standar Asuhan Keperawatan • TAK • Komunikasi Terapiutik • Kegawatdaruratan Psikiatri • PICU • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	127
Instalasi Gawat Darurat				
1.	Kepala Instalasi Gawat Darurat	Profesi Dokter	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Rumah Sakit • Manajemen SDM • BLS • ACLS • Kegawatdaruratan Psikiatri • Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
2.	Dokter Umum	Profesi Dokter	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS • ACLS 	6
3.	Perawat	D-III/S1 Keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> • Standar Asuhan Keperawatan • MPKP • BTCLS • PPI • Transfer Pasien • Kegawatdaruratan Psikiatri • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	13
4.	Tenaga Admisi	SMA/S1 Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen administrasi • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	3

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”

			<ul style="list-style-type: none"> • BLS • PPI 	
5.	Petugas Kasir	SMA	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Keuangan • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS • PPI 	3
6.	Petugas Keamanan	SMA	<ul style="list-style-type: none"> • Pendidikan Dasar Satpam • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS • PPI 	3
Instalasi Rehabilitasi Psikososial				
1.	Kepala Instalasi Rehabilitasi Psikososial	Dokter/S1 Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Rumah Sakit • Manajemen SDM • BLS, PPI • Rehabilitasi Psikososial • Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
2.	Dokter Umum	Profesi Dokter	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS 	2
3.	Perawat	D-III/S1 Keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> • Standar Asuhan Keperawatan • MPKP • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	5
4.	Psikolog Klinis	Psikolog Klinis	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Asesmen Geriatri • Pelatihan Asesmen Intelegensi • Workshop of Clinical Psychology in Medical Cases • Pelatihan Cognitive Behavior Therapy (CBT) • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
5.	Pekerja Sosial	S1 Pekerja Sosial	<ul style="list-style-type: none"> • Terapi Sosial • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	2
Instalasi Rehabilitasi Napza				
1.	Kepala	Dokter/S1 Tenaga	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Rumah Sakit 	1

“Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini”

	Instalasi Rehabilitasi NAPZA	Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen SDM • Konselor Napza • Standar Pelayanan Rehabilitasi Napza • Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS • PPI • Penanganan kedaruratan Napza 	
2.	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa	Spesialis Kedokteran Jiwa	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS 	1
3.	Dokter Umum	Profesi Dokter	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS 	1
4.	Perawat	D-III/S1 Keperawatan + Profesi Ners	<ul style="list-style-type: none"> • Standar Asuhan Keperawatan • Konselor Napza • Manajemen Mutu dan Keselamatan pasien • BLS • PPI • Motivasi Interviewing • Kognitif Behavior Therapy • Psikoreligi • Vokasional • Penanganan kedaruratan Napza 	13
5.	Psikolog Klinis	Psikolog Klinis	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Etik Profesi dan Penelitian Psikologi • Pelatihan Cognitive Behavior Therapy (CBT) • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
6.	Pekerja Sosial	S1 Pekerja Sosial	<ul style="list-style-type: none"> • Terapi Sosial • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
7.	Pengadministrasi	D III/S1	<ul style="list-style-type: none"> • Administrasi Perkantoran • Manajemen Kearsipan • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
8.	Petugas Keamanan	SMA	<ul style="list-style-type: none"> • Pendidikan Dasar Satpam • BLS 	3

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”

			<ul style="list-style-type: none"> • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	
Instalasi Kesehatan Rekam Medis				
1.	Kepala Instalasi Rekam Medis	D-III Rekam Medis	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Rumah Sakit • Manajemen SDM • Manajemen Rekam Medis • Klasifikasi Penyakit dan Tindakan • Terminologi Medis Dasar • SIM-RS • BLS • PPI • Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
2.	Perekam Medis	D-III/D-IV Rekam Medis	<ul style="list-style-type: none"> • Fungsional/Teknis Rekam Medis • Manajemen Rekam Medis (Proses Identifikasi, Indexing, Filling dan Retrieving). • SIM-RS • PPI • BLS • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	18
3.	Pengadministrasi Rekam Medis	SMA	<ul style="list-style-type: none"> • Pengenalan Manajemen Rekam Medis • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	5
Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat				
1.	Kepala Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat	Dokter/S1 Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Rumah Sakit • Manajemen SDM • BLS,PPI • Kegawadaruratan Psikiatri • CMHN • Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
2.	Dokter Umum	Profesi Dokter	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS • CMHN 	1
3.	Perawat	D-III/S1 Keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> • Standar Asuhan Keperawatan • TAK • Komunikasi Terapiutik 	

“Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini”

			<ul style="list-style-type: none"> • Kegawatdaruratan Psikiatri • PICU • MPKP • BLS • PPI • CMHN • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	
4.	Penyuluh Kesehatan Masyarakat	S1 Kesehatan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • BLS • PPI 	3
Instalasi Farmasi				
1.	Kepala Instalasi Farmasi	Profesi Apoteker	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen SDM • Mutu dan Keselamatan Pasien • Pelayanan Kefarmasian Apoteker • Pelayanan Farmasi Klinik • Pelayanan Pengelolaan Perbekalan Farmasi • Manajemen Risiko • Penyiapan Obat dengan Teknik Aseptik • Program Pengendalian Resistensi Antimikroba 	1
2.	Apoteker Klinis	S2 Farmasi Klinik atau S2 Spesialis Farmasi Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Mutu dan Keselamatan Pasien • Pelayanan Farmasi Klinik • Manajemen Risiko • Penyiapan Obat dengan Teknik Aseptik • Program Pengendalian Resistensi Antimikroba 	2
3.	Apoteker	Profesi Apoteker	<ul style="list-style-type: none"> • Mutu dan Keselamatan Pasien • Pelayanan Farmasi Klinik • Manajemen Risiko • Penyiapan Obat dengan Teknik Aseptik • Program Pengendalian Resistensi Antimikroba 	6
4.	Tenaga Teknis Kefarmasian	DIII Farmasi	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan Kefarmasian untuk TTK • Penyiapan Obat dengan Teknik Aseptik • Pengelolaan Perbekalan Farmasi untuk TTK 	14
Instalasi Gizi				
1.	Kepala Instalasi Gizi	D III Gizi	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Rumah Sakit 	1

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”

			<ul style="list-style-type: none"> Manajemen SDM PPI BLS NCP Basic Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien 	
2.	Dietesien	D-III/ D-IVGizi	<ul style="list-style-type: none"> Fungsional Dietesien BLS PPI NCP Basic Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	2
2.	Nutrisionis	D-III/ D-IVGizi	<ul style="list-style-type: none"> Fungsional/Teknis Nutrisionis BLS PPI Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	9
3.	Pramusaji	SMA/SMK Boga	<ul style="list-style-type: none"> Boga BLS PPI Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	10
4.	Pekarya	SMA	<ul style="list-style-type: none"> BLS PPI Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	6
Instalasi Laboratorium				
1.	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	D III Kesehatan Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> Manajemen Rumah Sakit Manajemen SDM BLS, PPI K3 Manajemen Pemeliharaan alat medis dan prasarana umum RS Manajemen Resiko Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
2.	Sanitarian	D III Kesehatan Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> Fungsional/Teknis Kesehatan Lingkungan BLS PPI Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	4
3.	Penanggungjawab Laundry	S1/DIII-Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> Manajemen Linen dan Laundry BLS PPI K3 Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien 	1

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkinjini ”

4.	Teknis Elektromedis	D-III Elektromedis	<ul style="list-style-type: none"> • Fungsional/Teknis Elektromedis • Pemeliharaan dan Kalibrasi Peralatan Elektromedis • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	3
5.	Tenaga Laundry	SMA	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Laundry • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	7
6.	Tenaga Teknis	SMA/SMK Listrik, Bangunan, Mesin, Pertukangan	<ul style="list-style-type: none"> • Elektrikal/Teknik Bangunan/Mekanikal/Pertukangan • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	6
Instalasi Pendidikan dan Penelitian (Diklit)				
1.	Kepala Instalasi Diklit	S1 Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Rumah Sakit • Manajemen SDM • Manajemen Pengelolaan Diklat • Training Need Analysis (TNA) • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
2.	Pengadministrasi Diklit	S1 Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Diklat Rumah Sakit • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	2
3.	Pelaksana Staf Diklit	SMA	<ul style="list-style-type: none"> • Aplikasi Komputer • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	3
4.	Pramu Pustaka	D-III Perpustakaan	<ul style="list-style-type: none"> • Kearsipan • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
Urusan Umum				
1.	Kepala Urusan Umum	S1 Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen SDM 	1

“Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini”

			<ul style="list-style-type: none"> Manajemen Perkantoran BLS PPI Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	
2.	Arsiparis	D-III Kearsipan	<ul style="list-style-type: none"> Fungsional Penciptaan Arsiparis Dasar-dasar Kearsipan Manajemen Kearsipan Dinamis BLS PPI Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
3.	Pengkaji Hukum dan Kehumasan	S-1 Hukum/Humas	<ul style="list-style-type: none"> Kehumasan Advokasi Metodologi Survey BLS PPI Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
4.	Pengadministrasi Surat	SMA / S1	<ul style="list-style-type: none"> Administrasi Perkantoran Manajemen Kearsipan BLS PPI Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	4
5.	Pengadministrasi Umum	SMA / S1	<ul style="list-style-type: none"> Manajemen Kesekretariatan BLS PPI Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Manajemen Perkantoran Manajemen Kearsipan 	3
6.	Petugas Keamanan	SMA	<ul style="list-style-type: none"> Pendidikan Dasar Satpam BLS PPI Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	25
7	Driver	SMA	<ul style="list-style-type: none"> Pelatihan Montir BLS PPI Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	4
Urusan Perencanaan, Penganggaran, dan Pelaporan				
1.	Kepala Urusan Perencanaan, Penganggaran, dan Pelaporan	S1 Kesehatan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> Peyusunan Laporan Kinerja BLUD Penyusunan Rentra dan Renja LAKIP BLS 	1

“Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini”

			<ul style="list-style-type: none"> • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	
2.	Administrator Kesehatan	S1 Kesehatan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Fungsional Administrator Kesehatan • Administrasi dan Kearifan • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	2
3.	Pengumpul dan Pengolah Data Perencanaan, Penganggaran dan Pelaporan	S1 Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Perencanaan Program dan Penyusunan Anggaran Berbasis Kinerja • Manajemen Perencanaan Pembangunan Daerah • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	2
Urusan Aset				
1.	Kepala Urusan Aset	S1 Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengadaan Barang dan Jasa • Pengelolaan Barang dan Jasa • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
2.	Pengurus Barang	SMA	<ul style="list-style-type: none"> • Pengadaan Barang dan Jasa • Pengelolaan Barang dan Jasa • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
3.	Pengadministrasi Barang Persediaan	SMA/S1	<ul style="list-style-type: none"> • Administrasi Barang Milik Daerah • Manajemen Kepengurusan Barang • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	2
4.	Pengadministrasi Dokumen Inventaris	SMA/S1	<ul style="list-style-type: none"> • Administrasi Barang Milik Daerah • Manajemen Kepengurusan Barang • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	6

Urusan Keuangan				
1.	Kepala Urusan Keuangan	S1/S2 Akuntansi	<ul style="list-style-type: none"> • Dasar-dasar Akuntansi Keuangan Pemerintah Daerah • Penyusunan Sistem Akuntansi Keuangan Pemerintah Daerah • Akuntansi dan Pelaporan Keuangan SKPD/BLUD • Komputer untuk Akuntansi Keuangan Daerah • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • 	1
2.	Bendahara Penerima	SMA/D-III Keuangan	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Keuangan • Dasar-dasar Akuntansi Keuangan • Laporan Pencatatan Transaksi Penerimaan • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
3.	Bendahara Pengeluaran	SMA/D-III Keuangan	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Keuangan • Dasar-dasar Akuntansi Keuangan • Laporan Pencatatan Transaksi & Pengeluaran & Pertanggungjawaban • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • 	1
4.	Pembuat Dokumen Keuangan	SMA/D-III	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Keuangan • Dasar-dasar Akuntansi Keuangan • Laporan Pencatatan Transaksi & Pengeluaran & Pertanggungjawaban • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • 	2
5.	Pencatat Pembukuan Keuangan	SMA/D-III	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Keuangan • Dasar-dasar Akuntansi Keuangan • Laporan Pencatatan Transaksi & Pengeluaran & Pertanggungjawaban • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan 	4

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”

			Keselamatan Pasien	
6.	Pengadministrasi Jaminan Kesehatan/ Bansos Kab/Kota	SMA/S1	<ul style="list-style-type: none"> • Entri Data JKN/ Bansos • Pelatihan oleh PPII (Perhimpunan Pemerhati INA-CBG Indonesia) • Optimalisasi Kompetensi Kodifikasi PMIK dalam Implementasi Verifikasi Digital Klaim • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	6
Urusan Kepegawaian				
1.	Kepala Urusan Kepegawaian	S1 Kesehatan/ Administrasi	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen SDM • Pengelolaan Kepegawaian • Analisis Jabatan • Analisis Beban Kerja • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
2.	Pengolah Data Kepegawaian	S1 Ilmu Sosial/ Administrasi	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Kepegawaian • Analisis Jabatan • Administrasi Kepegawaian • Sistem Informasi Kepegawaian • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	2
3.	Pengadministrasi Kepegawaian	D III/ SMA	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Kepegawaian • Administrasi Kepegawaian • Sistem Informasi Kepegawaian • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	2
Urusan IT dan Multimedia				
1.	Kepala Urusan IT	S1 Teknik Informatika	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan SIMRS • Pelatihan Jaringan Komputer • Pelatihan WEB Design & Programing • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
2.	Teknisi	SMK/D-III	<ul style="list-style-type: none"> • Sistem Informatika 	1

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”

	Komputer	Komputer Jaringan	<ul style="list-style-type: none"> • Aplikasi Komputer • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	
3.	Programmer Komputer	D III Rekayasa Perangkat Lunak/ S1	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Programming • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1
4.	Desain Grafis	D III Desain Grafis/ Desain Komunikasi Visual (DKV)	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Desain Grafis • BLS • PPI • Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 	1

BAB IX

KEGIATAN ORIENTASI

Tujuan Orientasi adalah untuk membantu pegawai agar mengenali secara baik dan mampu beradaptasi dengan suatu situasi atau dengan lingkungan/iklim bisnis suatu organisasi/perusahaan.

Orientasi harus mampu membantu pegawai baru untuk memahami dan bersedia melaksanakan perilaku sosial yang mewarnai kehidupan organisasi/perusahaan sehari-hari.

Orientasi juga harus membantu pegawai baru untuk mengetahui dan memahami berbagai aspek teknis pekerjaan/jabatannya, agar mampu melaksanakan tugas-tugasnya secara efektif, efisien dan produktif.

Setiap pegawai PNS/Non PNS, Pegawai mutasi, mahasiswa/*trainee* wajib mengikuti orientasi.

Kegiatan Orientasi di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma meliputi orientasi umum dan orientasi khusus. Orientasi umum dan orientasi khusus pegawai meliputi :

- a. Orientasi umum tentang rumah sakit dengan materi : visi dan misi RS, Pengetahuan pelayanan RS, program keselamatan pasien, pencegahan dan pengendalian infeksi serta program mutu RS.
- b. Orientasi khusus sesuai dengan unit kerjanya masing meliputi kebijakan dan prosedur, peralatan, struktur organisasi, pola kerja dan lainnya yang terkait dengan unit kerja tersebut.

Instalasi Diklit yang bertanggung Jawab atas pelaksanaan orientasi, dan materi pada orientasi umum akan diulang secara berkala 1 tahun sekali untuk semua pegawai dan menjadi program instalasi diklit.

BAB X

PERTEMUAN/RAPAT

Rapat berkala di lingkungan organisasi Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma diselenggarakan sebagai berikut:

1. Rapat Struktural dan Pengendalian, diselenggarakan setiap minggu sekali.
2. Rapat Sub Bagian Tata Usaha, Seksi Pelayanan Medik, Seksi Keperawatan dan Penunjang Medik diselenggarakan setiap bulan sekali.
3. Rapat Pimpinan diselenggarakan dua bulan sekali.
4. Rapat Insidental diselenggarakan sesuai kebutuhan.
5. Rapat masing-masing unit kerja dan pelayanan minimal satu bulan sekali

Jadwal rapat setiap tahunnya akan ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma.

BAB XI

PELAPORAN

A. Laporan Harian

1. Laporan kejadian insiden
2. Laporan Mutu unit

B. Laporan Bulanan

1. Laporan Kunjungan Instalasi Gawat Darurat.
2. Laporan Kunjungan Instalasi Rawat Jalan.
3. Laporan Kunjungan Instalasi Rawat Inap.
4. Laporan Kunjungan Instalasi Rehabilitasi NAPZA
5. Laporan Kunjungan Instalasi Laboratorium.
6. Laporan Pelayanan Resep dan Pemakaian Obat Instalasi Farmasi.
7. Laporan Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Psikososial.
8. Laporan Pelayanan Instalasi Gizi.
9. Laporan Pelayanan Instalasi Rekam Medis.
10. Laporan Pelayanan Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat.
11. Laporan Kegiatan Instalasi Rehabilitasi NAPZA.
12. Laporan Pelayanan Instalasi Diklit.

C. Laporan Tahunan :

1. Laporan Kunjungan Instalasi Gawat Darurat.
2. Laporan Kunjungan Instalasi Rawat Jalan.
3. Laporan Kunjungan Instalasi Rawat Inap.
4. Laporan Kunjungan Instalasi Rawat Intensif Psikiatri.
5. Laporan Kunjungan Instalasi Rehabilitasi NAPZA
6. Laporan Kunjungan Instalasi Laboratorium.
7. Laporan Pelayanan Resep dan Pemakaian Obat dari Instalasi Farmasi.
8. Laporan Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Psikososial.
9. Laporan Pelayanan Instalasi Gizi.
10. Laporan Pelayanan Instalasi Rekam Medis.
11. Laporan Pelayanan Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat.
12. Laporan Pelayanan Instalasi Rehabilitasi NAPZA
13. Laporan Pelayanan Instalasi Diklit.

14. Laporan Komit Etik.dan Hukum Rumah Sakit
15. Laporan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
16. Laporan Satuan Pengawas Internal.
17. Laporan Komite Medik.
18. Laporan Komite Keperawatan.

Beberapa Laporan Eksternal yang dikirimkan ke Instansi Lain

1. Laporan Bulanan Pelaksanaan Program Kegiatan DPA-APBD Provinsi NTB.
2. Laporan Bulanan Realisasi Pendapatan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma
3. Laporan Bulanan Realisasi Keuangan BLUD.
4. Laporan Triwulan Realisasi Keuangan BLUD.
5. Laporan Triwulan Realisasi Dana Alokasi Khusus (DAK).
6. Laporan Triwulan Capaian Kinerja.
7. Laporan Semester Hasil Renja SKPD.
8. Laporan Semester Evaluasi Hasil RKPD
9. Laporan Semester Rekonsiliasi Barang Milik Daerah.
10. Laporan Tahunan 10 Besar Penyakit.
11. Laporan Tahunan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma.
12. Laporan Tahunan Keuangan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma.
13. Laporan Tahunan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (LPPD).
14. Laporan Tahunan Keterangan Pertanggungjawaban (LKPJ).
15. Laporan Tahunan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP).

Ditetapkan di Mataram
Pada tanggal 29 Mei 2019

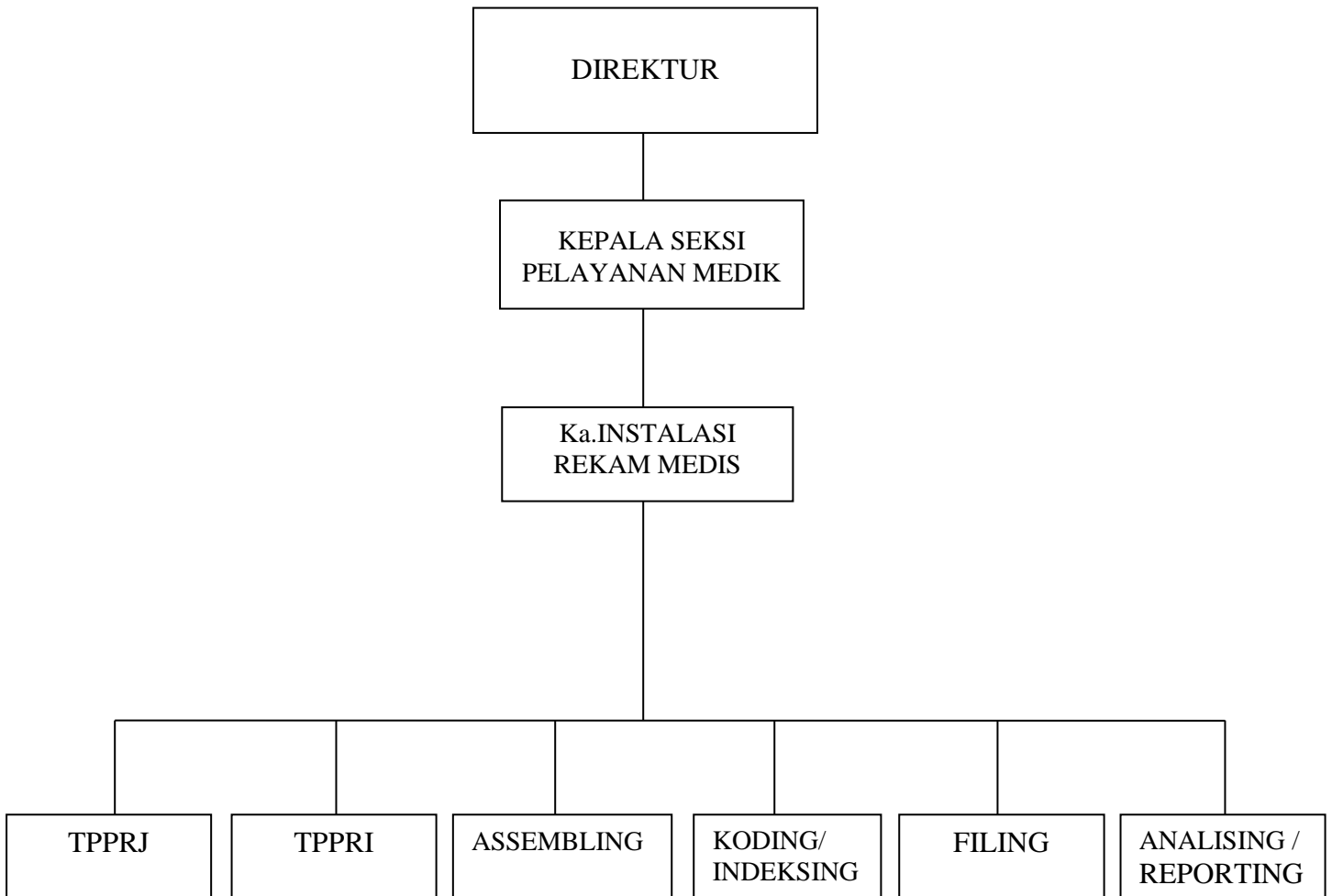
DIREKTUR RUMAH SAKIT Jiwa
MUTIARA SUKMA

Dr. EVI KUSTINI SOMAWIJAYA, M.M

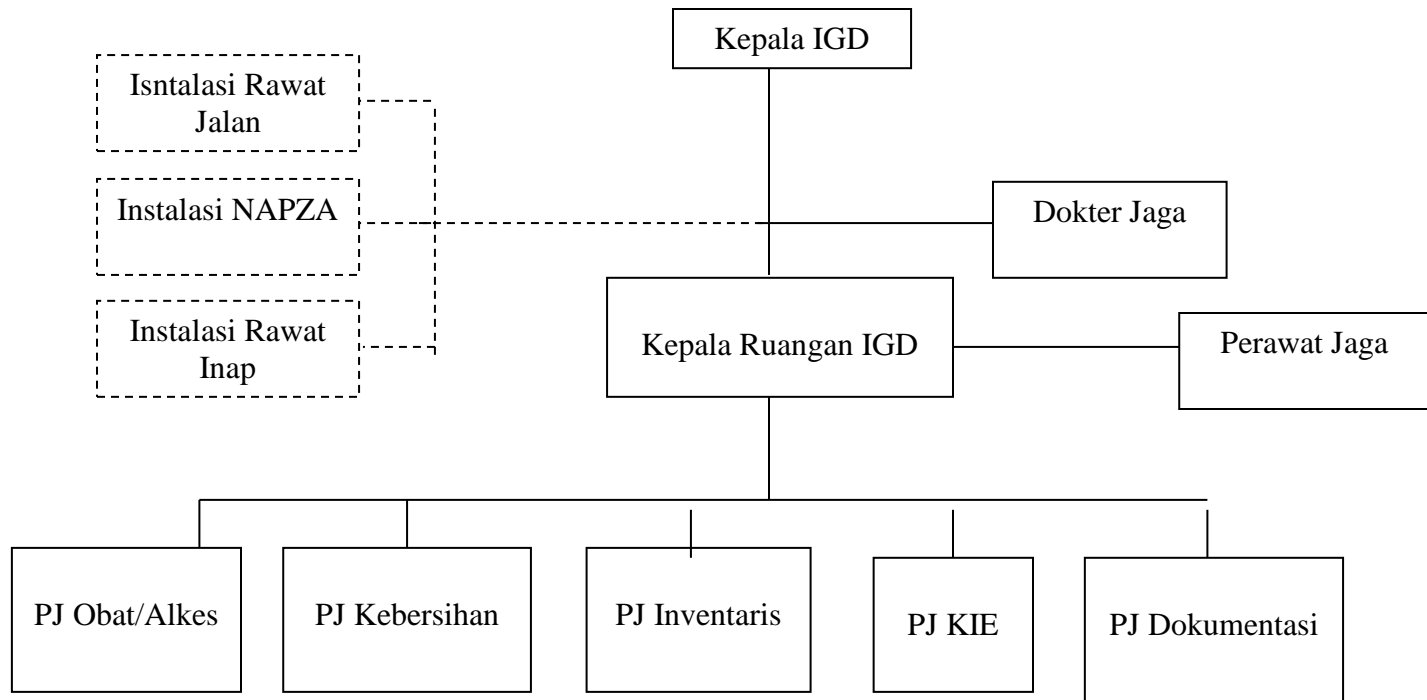
Pembina
NIP.19640805 199603 2 001

Lampiran Keputusan Direktur Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma
Nomor : 188.4 /40 /RSJMS/2019
Tanggal : 29 Mei 2019
Tentang : Pedoman Pengorganisasian Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma

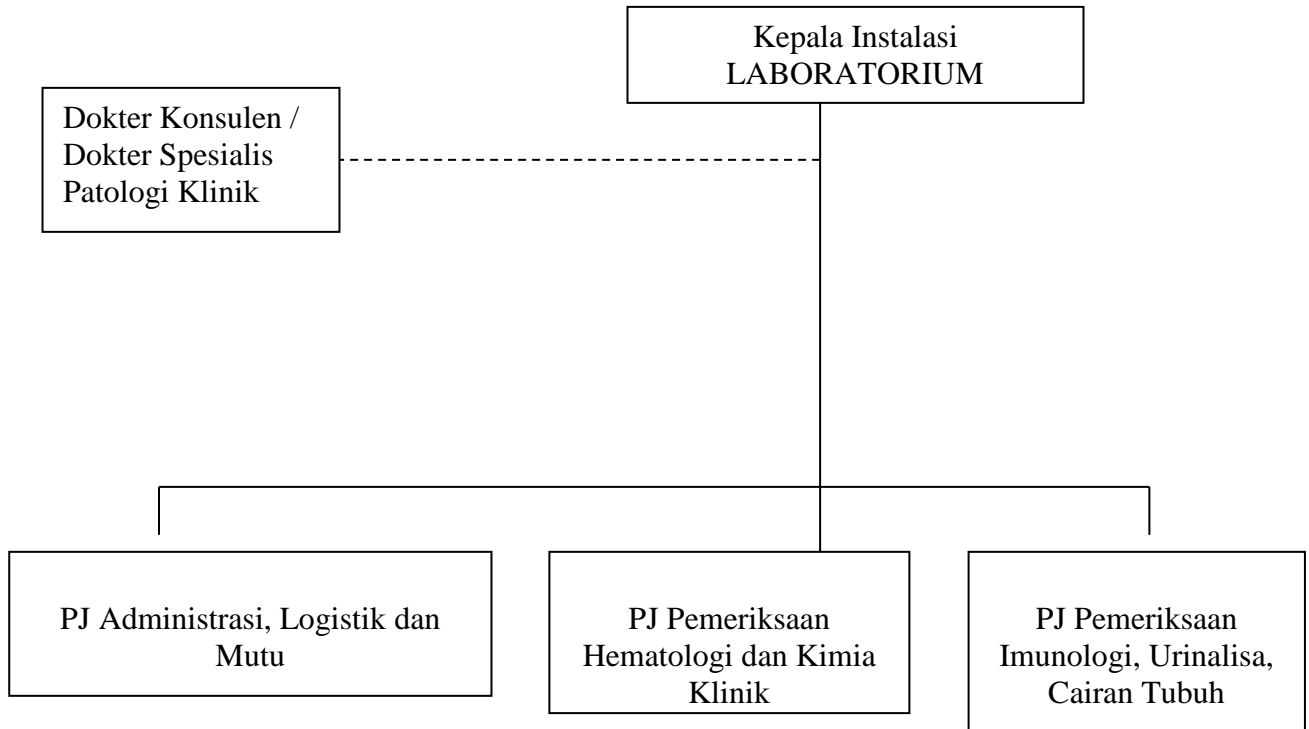
STRUKTUR ORGANISASI REKAM MEDIS



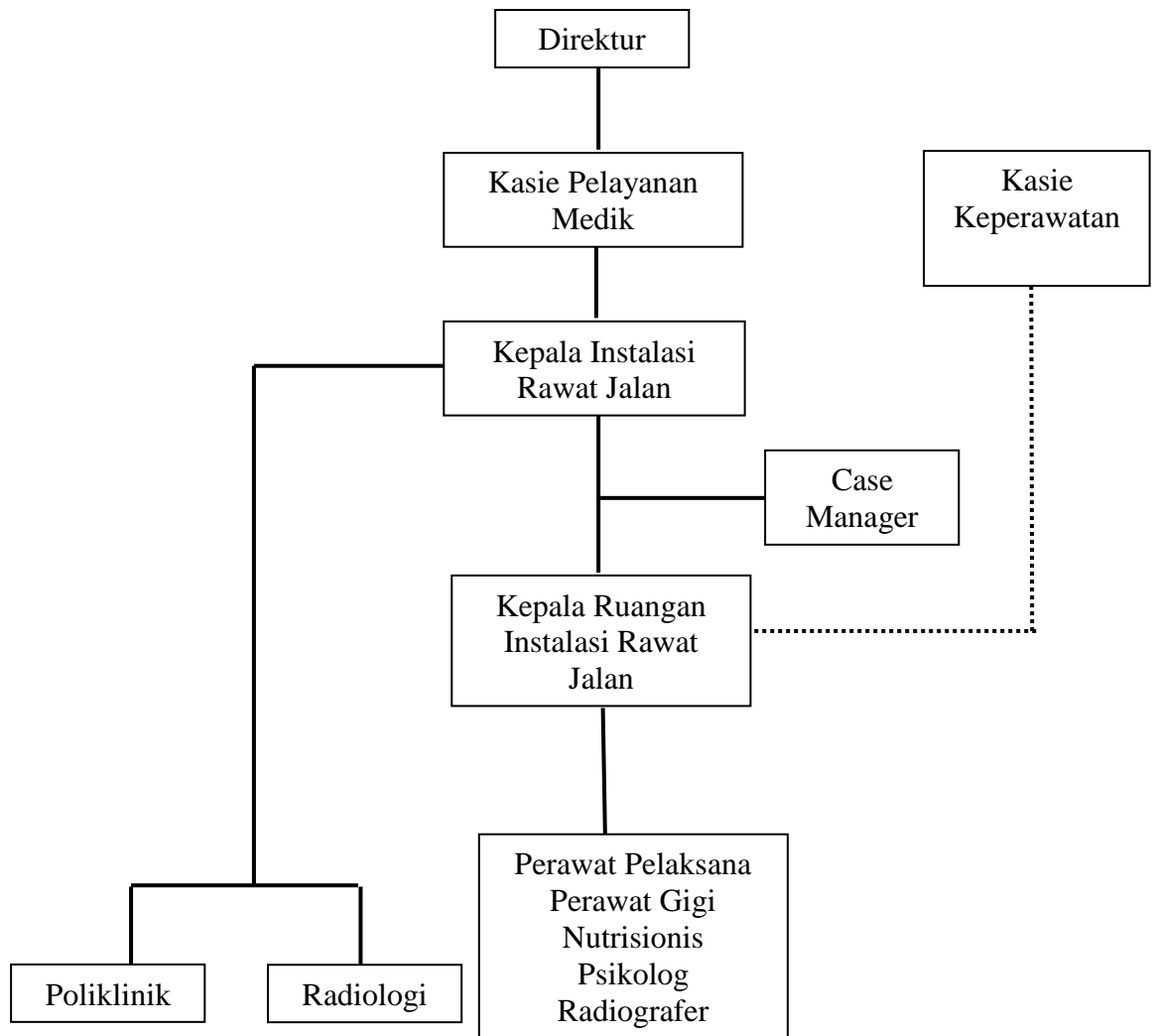
**STRUKTUR ORGANISASI INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT Jiwa MUTIARA SUKMA**



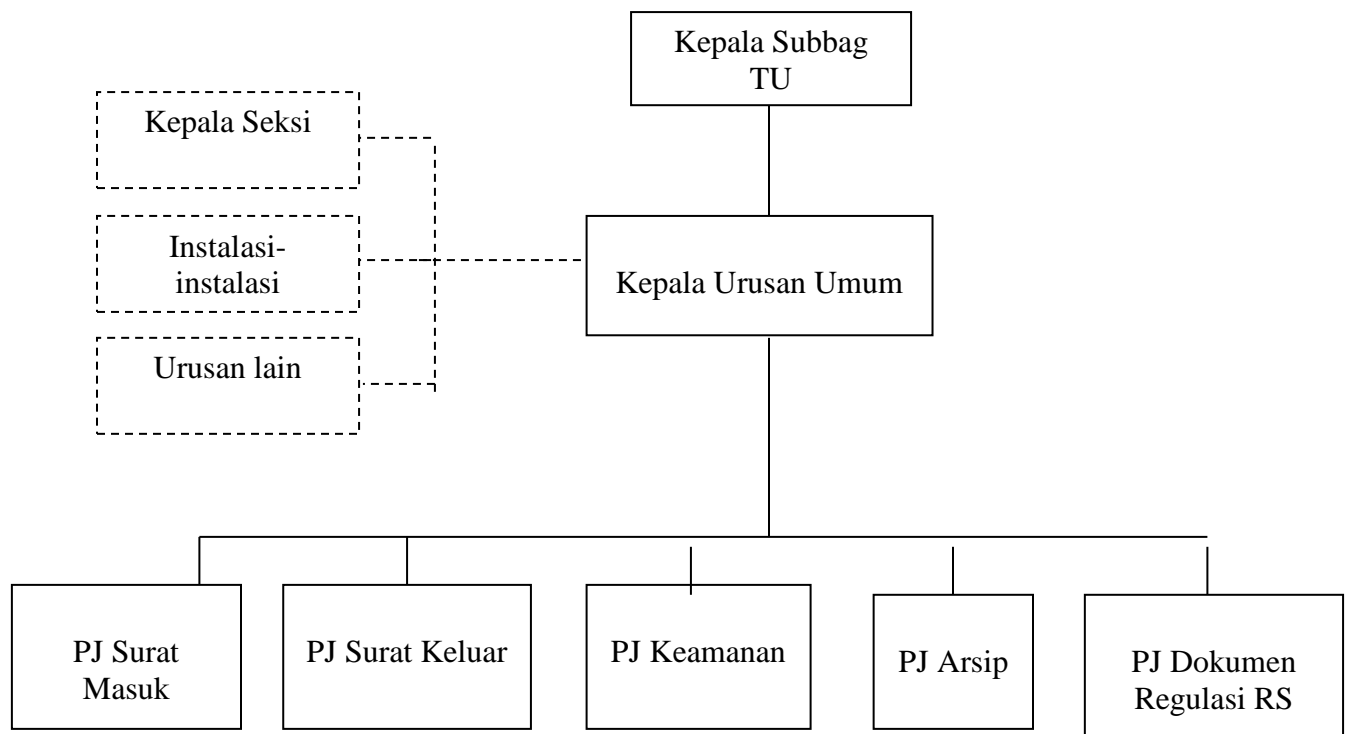
**STRUKTUR ORGANISASI INSTALASI LABORATORIUM
RUMAH SAKIT Jiwa MUTIARA SUKMA**



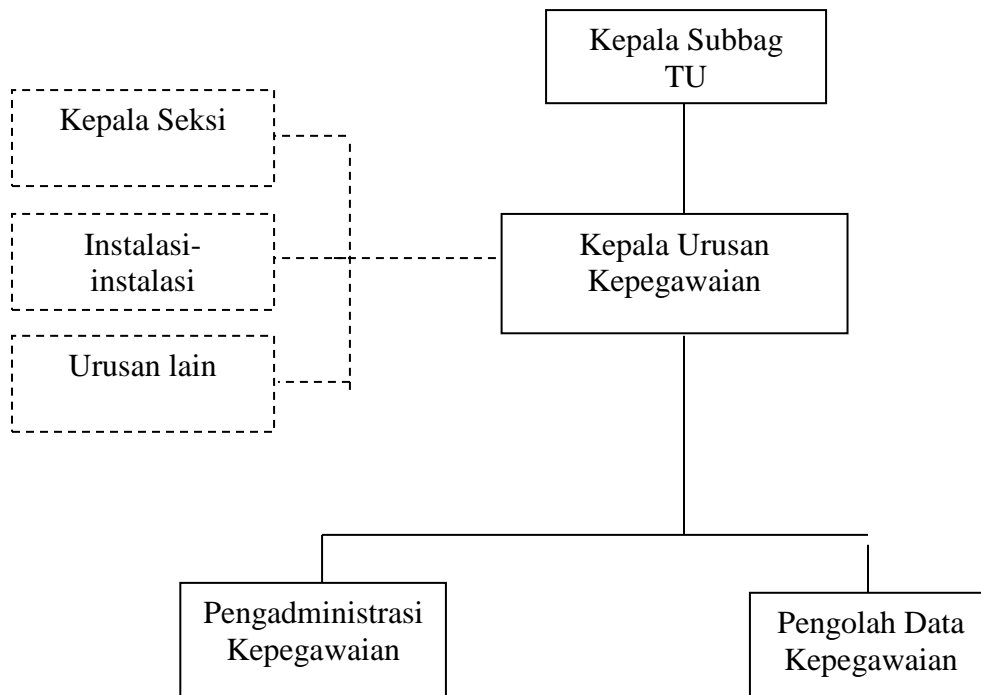
**STRUKTUR ORGANISASI INSTALASI RAWAT JALAN
RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA**



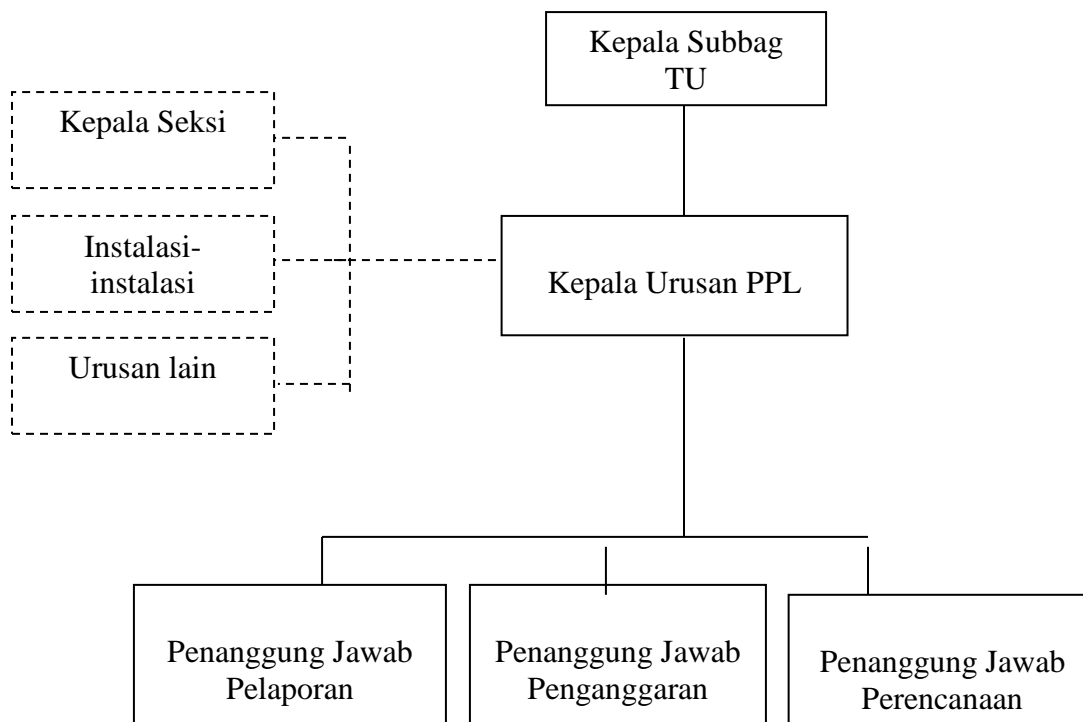
**STRUKTUR ORGANISASI URUSAN UMUM
RUMAH SAKIT Jiwa MUTIARA SUKMA**



**STRUKTUR ORGANISASI URUSAN KEPEGAWAIAN
RUMAH SAKIT Jiwa MUTIARA SUKMA**



**STRUKTUR ORGANISASI URUSAN PPL
RUMAH SAKIT Jiwa MUTIARA SUKMA**





KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA

NOMOR : 188.4 /40 /RSJMS/2019

TENTANG

**PEDOMAN PENGORGANISASIAN
RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma merupakan organisasi perangkat daerah di bawah lingkup Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat;
- b. bahwa untuk kejelasan dalam menjalankan tugas dan fungsinya rumah sakit harus memiliki pedoman pengorganisasian;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, maka dipandang perlu menetapkan keputusan Direktur tentang Pedoman Pengorganisasian Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 Tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;

“Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini”

7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan perizinan Rumah Sakit;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 tahun 2017 tentang standar Akreditasi Rumah Sakit;
9. Peraturan Gubernur Nusa Tenggara Barat Nomor 25 Tahun 2017 tentang Pola Tata kelola Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA
- KESATU : Pedoman Pengorganisasian Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma sebagaimana tercantum dalam lampiran Surat Keputusan ini.
- KEDUA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila ada kesalahan pada penetapannya maka akan dilakukan perbaikan.

Ditetapkan di Mataram
Pada tanggal 29 Mei 2019

DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA
MUTIARA SUKMA

Dr. EVI KUSTINI SOMAWIJAYA, M.M

Pembina

NIP.19640805 199603 2 001

Lampiran Keputusan Direktur Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma
Nomor : 188.4 / 40 /RSJMS /2019
Tanggal : 29 Mei 2019
Tentang : Pedoman Pengorganisasian Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma

**PEDOMAN PENGORGANISASIAN
RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA**

“ Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini ”

