



SALINAN

BUPATI PURBALINGGA
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI PURBALINGGA

NOMOR 137 TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. R. GOETENG TAROENADIBRATA PURBALINGGA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PURBALINGGA,

- Menimbang : a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan Pasal 27 ayat (1) huruf r Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan, setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 1441, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang

Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

5. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Penyelenggaraan Bidang Perumahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
10. Peraturan Daerah Kabupaten Purbalingga Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Purbalingga (Lembaran Daerah Kabupaten Purbalingga Tahun 2016 Nomor 12, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Purbalingga Nomor 30) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Purbalingga Nomor 1 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Kabupaten Purbalingga Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Purbalingga (Lembaran Daerah Kabupaten Purbalingga Tahun 2022 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Purbalingga Nomor 109);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);

13. Peraturan Bupati Purbalingga Nomor 23 Tahun 2011 tentang Penjabaran, Uraian, Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga (Berita Daerah Kabupaten Purbalingga Tahun 2011 Nomor 23);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. GOETENG TAROENADIBRATA PURBALINGGA

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Purbalingga.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah Otonom.
3. Bupati adalah Bupati Purbalingga.
4. Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Daerah yang sudah ditetapkan sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus dan sebagai Badan Layanan Umum Daerah dengan status penuh.
5. Dinas adalah dinas Kesehatan Kabupaten Purbalingga.
6. Unit Organisasi Bersifat Khusus adalah Rumah Sakit Daerah yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
7. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Rumah Sakit yang dibentuk bertujuan untuk memberikan layanan umum secara efektif, efisien, ekonomis, transparan dan bertanggungjawab dengan memperhatikan asas keadilan, kepatutan dan manfaat sejalan dengan Praktek Bisnis Yang Sehat, untuk membantu pencapaian tujuan pemerintah daerah yang pengelolaanya dilakukan berdasarkan kewenangan yang didelegasikan oleh Bupati.
9. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) adalah Peraturan Organisasi Rumah Sakit (*Corporate By laws*) dan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By laws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
10. Peraturan internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme kelompok staf medis di Rumah Sakit.
11. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada

masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.

12. Jabatan struktural adalah PNS yang memiliki kedudukan dalam struktur organisasi.
13. Jabatan fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak seorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
14. Pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit adalah pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD.
15. Pejabat Pelaksana Keuangan dan Pejabat Pelaksana Teknis adalah ASN yang ditunjuk untuk membantu Pengguna Anggaran atau Kuasa Pengguna Anggaran.
16. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
17. Rencana Strategis Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat Renstra BLUD adalah dokumen perencanaan 5 (lima) tahun yang disusun untuk menjelaskan strategi pengelolaan BLUD dengan mempertimbangkan alokasi sumber daya dan kinerja dengan menggunakan teknik analisis bisnis.
18. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran SKPD.
19. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
20. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
21. Tenaga Medis adalah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter subspesialis.
22. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter umum, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dokter gigi subspesialis, dokter spesialis, dokter subspesialis di rumah sakit yang dikelompokkan sesuai bidang spesialisasinya.
23. Kelompok Fungsional Keperawatan merupakan Kelompok Perawat Klinik di Rumah Sakit yang mempunyai area peminatan yang sama dan memiliki komitmen untuk memajukan kelompoknya dengan meningkatkan pengetahuan, mendesiminasikan kepada koleganya sehingga akhirnya dapat meningkatkan pelayanan terhadap klien dengan membuat keputusan secara otonomi dan penuh percaya diri serta mengadvokasi kliennya bila dibutuhkan
24. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

25. Manajer Pelayanan Pasien adalah staf fungsional yang diberi tugas dan tanggung jawab oleh direktur untuk membantu direktur dalam mengkoordinasikan, mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pengendali biaya perawatan, mutu dan keselamatan pasien.
26. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis.
27. Unit kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi dan unit.
28. Surat Tanda Registrasi adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
29. Surat Izin Praktik adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah kepada Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
30. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lain untuk melakukan sekelompok pelayanan kesehatan tertentu sesuai dengan kewenangannya dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
31. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang staf medis, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lain untuk melakukan sekelompok pelayanan kesehatan tertentu sesuai dengan kewenangannya di Rumah Sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
32. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lain untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
33. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lain yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
34. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lain dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesinya.
35. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran atau administrasi pelayanan guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.
36. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
37. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
38. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.

39. Jasa Pelayanan adalah imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik dan atau pelayanan lainnya.
40. Kelompok Kerja adalah Tim yang dibentuk oleh Direktur dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas-tugas Rumah Sakit dengan keanggotaan yang berasal dari unit kerja dan/atau instalasi lingkup Rumah Sakit.
41. Pengaduan adalah penyampaian keluhan yang disampaikan pengadu kepada pengelola pengaduan pelayanan publik atas pelayanan pelaksana yang tidak sesuai dengan standar pelayanan, atau pengabaian kewajiban dan/atau pelanggaran larangan oleh penyelenggara.
42. Standar pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggara pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.
43. Kesehatan dan Keselamatan Kerja di rumah sakit yang selanjutnya disingkat K3RS adalah seluruh kegiatan yang dilakukan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan seluruh sumber daya manusia di rumah sakit maupun lingkungan rumah sakit melalui suatu upaya pencegahan kecelakaan kerja dan munculnya penyakit akibat kerja di rumah sakit.

Pasal 2

- (1) Maksud Peraturan Bupati ini adalah:
 - a. sebagai peraturan dasar (peraturan internal) yang mengatur hubungan antara Pemilik Rumah Sakit atau representasi pemilik dalam hal ini Dewan Pengawas, Direktur, Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite Tenaga Kesehatan lain sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas;
 - b. meningkatkan kinerja layanan secara profesional kepada masyarakat.
- (2) Tujuan Peraturan Bupati ini adalah:
 - a. sebagai pedoman dalam pengaturan hubungan tata kerja antara Pemilik dengan Pengelola, Tenaga Administrasi dan Tenaga Profesional Kesehatan; dan
 - b. sebagai pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan Rumah Sakit.

Pasal 3

Fungsi Peraturan Bupati ini adalah:

- a. sebagai acuan pemilik Rumah Sakit dalam melakukan pengawasan;
- b. sebagai acuan Direktur dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional;
- c. sarana menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu layanan;
- d. sarana perlindungan hukum;
- e. sebagai acuan penyelesaian konflik; dan
- f. memenuhi persyaratan akreditasi.

Pasal 4

- (1) Ruang Lingkup Peraturan Internal Rumah Sakit terdiri atas:
 - a. tata kelola korporasi;

- b. tata kelola staf medis;
 - c. tata kelola staf keperawatan;
 - d. tata kelola staf tenaga kesehatan lainnya;
 - e. manajemen pengelolaan rumah sakit sebagai unit organisasi bersifat khusus, yang terdiri atas:
 - 1. pengelolaan keuangan;
 - 2. pengelolaan barang milik daerah;
 - 3. pengelolaan kepegawaian;
 - f. manajemen sumber daya;
 - g. manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - h. manajemen budaya keselamatan kerja;
 - i. manajemen pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - j. manajemen kerjasama/ kontrak;
 - k. manajemen pendidikan, pelatihan dan penelitian;
 - l. manajemen etik;
 - m. manajemen penanganan pengaduan;
 - n. manajemen budaya keselamatan;
 - o. manajemen pengelolaan lingkungan dan sumber daya lain;
 - p. manajemen standar pelayanan minimal;
 - q. evaluasi dan penilaian kinerja;
 - r. informasi medis;
 - s. tuntutan hukum;
 - t. pengisian jabatan; dan
 - u. pelaksanaan peraturan internal.
- (2) Peraturan Tata Kelola menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
- a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas; dan
 - d. independensi
- (3) Transparansi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a adalah asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (4) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b adalah kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada rumah sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak dan diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan
- (5) Responsibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c adalah kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat dengan perundang-undangan.
- (6) Independensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d adalah kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

BAB II
TATA KELOLA KORPORASI

Bagian Kesatu
Identitas Rumah Sakit

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Direktur yang merupakan seorang Tenaga Medis (Dokter/Dokter Gigi) yang mempunyai kemampuan dan keahlian dibidang Manajemen Kesehatan atau Perumahsakitian.
- (2) Identitas Rumah Sakit ditetapkan sebagai berikut:
 - a. Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga;
 - b. Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga merupakan Unit Organisasi Bersifat Khusus di lingkungan Pemerintah Daerah untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan Kesehatan Daerah;
 - c. Kelas rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C selanjutnya mengikuti perkembangan penetapan kelas rumah sakit oleh Lembaga yang berwenang;
 - d. Alamat rumah sakit adalah di Jalan Tentara Pelajar Nomor 22 Purbalingga; dan
 - e. Logo Rumah Sakit dan arti logo sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Kedua
Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Program, Motto,
Nilai-nilai Dasar dan Janji Layanan

Pasal 6

- (1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional pada Rumah Sakit ditetapkan Visi “MENJADI RUMAH SAKIT RUJUKAN YANG INOVATIF, BERDAYA SAING, BERMUTU TINGGI, DAN PILIHAN UTAMA MASYARAKAT”.
- (2) Sebagai upaya untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai misi, yaitu:
 - a. menyediakan sarana pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan masyarakat;
 - b. memberikan pelayanan yang profesional, efektif, efisien dan memuaskan semua pihak”.
- (3) Untuk mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (2), Rumah Sakit mempunyai tujuan “MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN”
- (4) Dalam rangka mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Rumah sakit memiliki sasaran strategis sebagai berikut :
 - a. meningkatnya kualitas pelayanan RSUD; dan
 - b. meningkatkan kualitas penyelenggaraan rumah sakit dengan tata kelola yang baik.
- (5) Program Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis Rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. program penunjang urusan Pemerintah Daerah; dan
 - b. program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat;
- (6) Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.
- (7) Perubahan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan oleh Bupati.

Pasal 7

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Rumah Sakit memiliki motto “SENYUMKU KESEMBUHANMU”.

Pasal 8

Janji layanan Rumah Sakit kepada masyarakat adalah memberikan pelayanan sesuai standar dengan mengutamakan keselamatan dan kenyamanan pasien.

Pasal 9

Tata nilai Rumah Sakit yaitu “SENYUM“ yang dijabarkan sebagai berikut:

- a. Sigap, yaitu layanan yang cepat, penuh semangat dan meyakinkan yang dilaksanakan sesuai dengan standar prosedur operasional;
- b. Empati, yaitu mampu memahami apa yang dirasakan oleh orang lain sehingga menumbuhkan rasa tulus untuk menolong dan membantu apa yang di butuhkan pelanggan;
- c. Nyaman, yaitu keadaan dimana pelanggan rumah sakit telah terpenuhi kebutuhannya dengan merasa senang, aman dan terlindungi;
- d. Unggul, yaitu menghadirkan layanan yang lebih baik dan lebih inovatif; dan
- e. Memuaskan, yaitu keadaan dimana pelayanan sesuai dengan apa yang diharapkan;

Bagian Ketiga Tanggungjawab dan Wewenang Bupati

Pasal 10

- (1) Bupati bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan, dan kemajuan rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati berwenang:
 - a. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku Representasi Pemilik;
 - b. mengesahkan Tata Kelola Rumah Sakit;
 - c. mengesahkan Renstra Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus yang berstatus BLUD penuh;
 - d. mengesahkan RBA melalui Pejabat yang ditunjuk yaitu Pejabat Pengelola Keuangan Daerah dengan diketahui Dewan Pengawas;
 - e. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai peraturan yang berlaku;

- f. mengevaluasi kinerja pejabat pengelola baik kinerja keuangan, maupun non keuangan 1 (satu) kali dalam satu tahun melalui Institusi yang ditunjuk;
 - g. menyetujui, menetapkan, dan mengesahkan Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Moto, Nilai-nilai Dasar dan Janji Layanan Rumah Sakit;
 - h. menyediakan anggaran operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit;
 - i. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumberdaya manusia rumah sakit;
 - j. memberikan arahan kebijakan rumah sakit; dan
 - k. memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit, serta melakukan evaluasi secara berkala misi rumah sakit.
- (3) Bupati dapat memberikan advokasi dan tanggung gugat kepada pihak manajemen rumah sakit dan para pekerja profesional kesehatan di rumah sakit.
- (4) Pemberian advokasi dan tanggung gugat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan jika terjadi kerugian pada pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit yang merupakan kesalahan pihak manajemen rumah sakit.
- (5) Bupati dapat mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur dalam melaksanakan fleksibilitas dalam rangka efisien dan efektivitas pelaksanaan BLUD meliputi:
- a. pengelompokan jenis pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b. melaksanakan perjanjian kerjasama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan pada Rumah Sakit;
 - c. dalam keadaan darurat, melakukan pemenuhan kebutuhan Pegawai BLUD;
 - d. menyusun tata cara kerjasama dalam Peraturan Direktur;
 - e. menetapkan standar satuan harga BLUD;
 - f. melakukan publikasi visi dan misi Rumah Sakit;
 - g. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi; dan
 - h. melakukan pengesahan evaluasi Renstra.
- (6) Kinerja pemilik merupakan bagian dalam Laporan Pertanggungjawaban Bupati dan dilakukan penilaian setiap tahun.

Bagian Keempat
Pelaksanaan Pembinaan dan Pengawasan BLUD

Paragraf I
Pembina Rumah Sakit

Pasal 11

- (1) Pemerintah Daerah wajib melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakit, dan organisasi kemasyarakatan.
- (2) Pembinaan dan Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk:
- a. pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat;
 - b. peningkatan mutu pelayanan kesehatan;

- c. keselamatan pasien;
 - d. pengembangan jangkauan pelayanan; dan
 - e. peningkatan kemampuan kemandirian Rumah Sakit.
- (3) Pembina dan Pengawas Rumah Sakit terdiri atas:
 - a. pembina Teknis dan Pembina Keuangan;
 - b. satuan Pengawas Internal; dan
 - c. Dewan Pengawas.
 - (4) Pembina Teknis sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf a yaitu Kepala Dinas.
 - (5) Pembina Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Ayat (1) huruf b yaitu Badan Keuangan Daerah (BKD).
 - (6) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf b dibentuk oleh Direktur untuk melakukan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis yang Sehat.
 - (7) Pembentukan Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud ayat (6) mempertimbangkan:
 - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - b. kompleksitas manajemen; dan
 - c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.
 - (8) Tugas dan persyaratan untuk dapat diangkat menjadi satuan Pengawas Internal mengacu pada Peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - (9) Selain pembinaan teknis sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf a terdapat aspek non teknis perumahsakitan yang dapat dilakukan secara internal dan eksternal Rumah Sakit.
 - (10) Pembinaan dan Pengawasan non teknis eksternal sebagaimana dimaksud ayat (9) dilakukan oleh Dewan Pengawas.
 - (11) Pedoman pembinaan dan pengawasan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud ayat (10) mengacu pada Peraturan perundang undangan yang berlaku.

Bagian Kelima
Dewan Pengawas

Paragraf 1
Umum

Pasa1 12

- (1) Dewan Pengawas merupakan representasi dari Pemilik Rumah Sakit yang dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usul Direktur.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan paling banyak 5 (lima) orang sesuai dengan besarnya omset dan/atau nilai aset Rumah Sakit, serta seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (3) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhalangan tetap, maka Bupati mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi Ketua hingga masa jabatan berakhir atas usulan pimpinan BLUD.
- (4) Dewan Pengawas sebagai Representasi Pemilik Rumah Sakit bertanggungjawab kepada Bupati.

- (5) Struktur koordinasi Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Paragraf 2

Kedudukan, Tanggung Jawab, Tugas, dan Wewenang

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit non struktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk pada Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (5) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu mempunyai tanggung jawab:
 - a. menyetujui dan mengkaji Visi Misi Rumah Sakit secara Periodik, memastikan masyarakat mengetahui misi Rumah Sakit;
 - b. menyetujui strategi dan rencana operasional Rumah Sakit;
 - c. menyetujui partisipasi Rumah Sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan penelitian serta mengawasi mutunya;
 - d. menyetujui dan menyediakan modal, dana operasional dan sumber daya lain dan memenuhi Misi, Renstra Rumah Sakit;
 - e. melakukan evaluasi tahunan kinerja Direktur dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah ditetapkan;
 - f. mendukung PMKP dengan menyetujui Program PMKP;
 - g. pengkajian laporan program PMKP setiap tiga bulan, umpan balik perbaikan, evaluasi pada pertemuan berikutnya secara tertulis; dan
 - h. pengkajian laporan Manajemen Resiko setiap 6 bulan, umpan balik perbaikan, evaluasi pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
- (6) Dewan Pengawas melaksanakan tugas pengawasan pengelolaan keuangan Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yaitu:
 - a. memantau perkembangan kegiatan Rumah Sakit;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan Rumah Sakit dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola;
 - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya;
 - e. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai:
 1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan Rumah Sakit; dan
 3. kinerja Rumah Sakit.

Pasal 14

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pengendali Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Paragraf 3
Penilaian Kinerja Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas berkewajiban melaporkan hasil penilaian kinerjanya kepada Pemilik setiap 1 (satu) tahun sekali.
- (2) Penilaian kinerja diukur paling sedikit meliputi:
 - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (*rentabilitas*);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (*likuiditas*);
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (*solvabilitas*); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Penilaian kinerja nonkeuangan diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (5) Penilaian Kinerja terhadap Dewan Pengawas dilakukan Bupati.
- (6) Penilaian didasarkan pada laporan pelaksanaan tugas dan kepatuhan terhadap Peraturan Perundang-undangan.

Paragraf 3
Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.

- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e. mengundurkan diri; dan
 - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau Daerah.

Paragraf 5
Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 5 (lima) orang.
- (2) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) terdiri atas unsur:
 - a. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.

Pasal 18

- (1) Tenaga Ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan Rumah Sakit.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan Rumah Sakit;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
 - d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi Rumah Sakit;
 - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
 - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2);
 - h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpinnya dinyatakan pailit;
 - i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon Bupati atau calon wakil Bupati, dan/atau calon anggota legislatif.

Paragraf 6
Tata Kerja Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Tata kerja Dewan Pengawas dan manajemen bersifat dinamis dan selalu berkembang.
- (2) Penyempurnaan tata kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mendasarkan kepada kebutuhan Manajemen dan Dewan Pengawas dengan prinsip:
 - a. Dewan Pengawas menghormati tugas dan wewenang manajemen dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana telah diatur dalam peraturan perundang-undangan;
 - b. manajemen menghormati tugas dan wewenang Dewan Pengawas untuk melakukan pengawasan dan memberikan nasihat terhadap kebijakan pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - c. setiap hubungan kerja antara Manajemen dengan Dewan Pengawas merupakan hubungan yang bersifat formal kelembagaan, dalam arti senantiasa dilandasi oleh suatu mekanisme baku atau korespondensi yang dapat dipertanggungjawabkan;
 - d. hubungan Kerja Informal tidak dapat dijadikan sebagai dasar pengambilan keputusan;
 - e. Dewan Pengawas berhak memperoleh informasi Rumah Sakit secara tepat waktu, lengkap, terukur, dan akurat; dan
 - f. manajemen bertanggung jawab atas penyampaian informasi Rumah Sakit kepada Dewan Pengawas secara tepat waktu, lengkap, terukur dan akurat.

Paragraf 7
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 20

- (1) Bupati dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.

Paragraf 8
Pembiayaan dan Operasional Dewan Pengawas

Pasal 21

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Anggaran Fungsional Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit dan dimuat dalam RBA.

Paragraf 9
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 22

- (1) Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat Rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direktur/Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Komite-Komite serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.

Pasal 23

- (1) Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit tiga orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) huruf b harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 24

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Paragraf 10
Undangan Rapat

Pasal 25

Setiap undangan dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Paragraf 11
Peserta Rapat

Pasal 26

Setiap Rapat Rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Direktur dan Komite Medik serta pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit dan/atau di luar lingkungan Rumah Sakit apabila diperlukan.

Pasal 27

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berkewajiban melaporkan keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Paragraf 12
Kuorum

Pasal 28

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Bila Kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat hari dan jam yang sama minggu berikutnya.
- (4) Bila Kuorum tidak tercapai juga dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Paragraf 13
Risalah Rapat

Pasal 29

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah Rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Paragraf 14
Pemungutan Suara

Pasal 30

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dekehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.

- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Paragraf 15
Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 31

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Paragraf 15
Stempel Dewan Pengawas

Pasal 32

- (1) Dewan Pengawas dapat membuat dan menggunakan stempel dewan pengawas dalam rangka pelaksanaan pengadministrasian.
- (2) Setiap dokumen tidak akan dibubuhi Stempel Dewan Pengawas selain menyangkut hal-hal yang diputuskan oleh Dewan Pengawas dimana Ketua diberi wewenang untuk menggunakan Stempel tersebut dengan persetujuan dua anggota Dewan Pengawas lainnya.
- (3) Penggunaan Stempel oleh Ketua pada saat diantara dua rapat Dewan Pengawas sebagaimana tercantum pada ayat (2) diatas harus dilaporkan pada rapat Dewan Pengawas berikutnya untuk memperoleh pengakuan.
- (4) Setiap dokumen yang menggunakan Stempel Dewan Pengawas harus ditandatangani oleh sekurangnya dua orang anggota Dewan Pengawas.

Bagian Keenam
Pejabat Pengelola

Paragraf 1
Struktur Organisasi

Pasal 33

- (1) Struktur organisasi menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (2) Prosedur kerja menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi logis menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan rentang kendali dan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.

- (4) Pengelompokan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif berdasarkan kompetensi untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif, efisien dan produktif.
- (5) Kepala Bidang/Bagian merupakan para pimpinan di rumah sakit yang diberi sejumlah tanggungjawab secara keseluruhan untuk mengantarkan rumah sakit dalam mencapai misinya dalam lingkup Bidang/Bagian masing-masing.

Paragraf 2
Pejabat Pengelola

Pasal 34

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit terdiri atas:
 - a. Direktur
 - b. Bagian Tata Usaha, membawahi:
 - 1) Sub Bagian Program dan Humas;
 - 2) Sub Bagian Keuangan; dan
 - 3) Sub Bagian Umum.
 - c. Bidang Pelayanan, membawahi:
 - 1) Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan;
 - 2) Seksi Admisi Pasien dan Pengendalian Mutu.
 - d. Bidang Diklat dan Rekam Medis, membawahi:
 - 1) Seksi Diklat, Litbang, dan Akreditasi; dan
 - 2) Seksi Rekam Medis.
 - e. Bidang Perlengkapan dan Pengendalian Sarana, membawahi:
 - 1) Seksi Perlengkapan; dan
 - 2) Seksi Pengendalian dan Pemeliharaan Sarana.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang merangkap jabatan sebagai:
 - a. Direksi BUMD;
 - b. Direksi pada Rumah Sakit Swasta; dan
 - c. Jabatan lain yang berhubungan dengan pengurusan perusahaan.
- (3) Direktur bertanggungjawab kepada Bupati terhadap operasional, Pengelolaan Keuangan dan Barang Milik Daerah serta Kepegawaian.
- (4) Susunan Pejabat Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (5) Perubahan susunan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan oleh Bupati.
- (6) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan.
- (7) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatannya;
- (8) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (9) Rumah Sakit menetapkan struktur organisasi internal meliputi Komite, Instalasi dan Unit Organisasi lain serta tata hubungan kerja dengan para Pimpinan di Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.

- (10) Struktur Organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (9) dapat mendukung:
 - a. proses budaya kerja manajemen rumah sakit, budaya keselamatan pasien dalam manajemen klinis di rumah sakit dan komunikasi antar profesi;
 - b. proses perencanaan pelayanan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan;
 - c. proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi; dan
 - d. proses pengawasan atas mutu pelayanan klinis.
- (11) Dalam menjamin manajemen mutu dan keselamatan pasien, Direktur dibantu oleh Manajer Pelayanan Pasien/*case manager* yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (12) Dalam rangka mewujudkan pelayanan klinis dan manajemen rumah sakit agar lebih efektif dan efisien maka rumah sakit dibagi menjadi subkelompok yaitu Kelompok Instalasi, Kelompok Staf Medis, Kelompok Staf Keperawatan, Kelompok Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dan Komite-Komite atau jenis layanan tertentu yang berada di bawah Kepala Bidang Pelayanan yang disebut organisasi pelaksana atau Instalasi.
- (13) Subkelompok sebagaimana dimaksud pada ayat (12) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (14) Dalam pelaksanaan pelayanan Instalasi dapat terdiri dari unit-unit sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
- (15) Unit-unit sebagaimana dimaksud pada ayat (14) dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.

Paragraf 3
Direktur

Pasal 35

- (1) Untuk melaksanakan kegiatan operasional rumah sakit, Bupati menetapkan Direktur yang dibantu manajemen/pengelola.
- (2) Direktur merupakan pimpinan tertinggi di rumah sakit yang ditetapkan oleh Bupati selaku Pemilik.
- (3) Direktur bertanggungjawab untuk menjalankan misi rumah sakit yang sudah ditetapkan oleh Pemilik atau Representasi Pemilik serta menyusun regulasi pelayanan dan manajemen untuk menjalankan rumah sakit.

Pasal 36

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:

- a. Seorang Dokter, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, dan Dokter Gigi Spesialis berkewarganegaraan Indonesia yang mempunyai kemampuan dan keahlian dibidang Manajemen Kesehatan atau Perumahsakitannya dan tidak boleh dirangkap oleh Pemilik Rumah Sakit;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil dan/atau Pegawai Pemerintah Dengan Perjanjian Kerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan dan bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan dan menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- g. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Paragraf 5
Tanggung Jawab, Tugas, Fungsi
dan Kewenangan Direktur

Pasal 37

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 ayat (1) mempunyai tanggung jawab:
 - a. mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - b. menjalankan Visi dan Misi Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
 - c. menetapkan kebijakan RS;
 - d. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
 - e. mengelola dan mengendalikan SDM, keuangan dan sumber daya lainnya;
 - f. merekomendasikan sejumlah kebijakan Renaca Strategis dan anggaran kepada representative pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapat persetujuan;
 - g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat RS yaitu perbaikan yang berdampak luas/menyeluruh di RS yang akan dilakukan pengukuran sebagai indicator mutu prioritas RS;
 - h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien (PMKP) meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada representasi pemilik Dewan Pengawas; dan
 - i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen resiko kepada representasi pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit agar lebih efisien dan produktivitas;
 - b. merumuskan penetapan kebijakan teknis Rumah Sakit serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Bupati;
 - c. menyusun Renstra;
 - d. menyiapkan RBA;
 - e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Bupati sesuai dengan ketentuan;
 - f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
 - g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional dan keuangan, Barang Milik Daerah serta bidang kepegawaian Rumah Sakit kepada Bupati; dan

- h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Bupati sesuai dengan kewenangannya.
- (3) Direktur dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional keuangan, pengelolaan barang milik Daerah dan Kepegawaian.

Pasal 38

- (1) Dalam menjalankan fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional, keuangan, Direktur bertindak selaku Kuasa Pengguna Anggaran atau selaku yang menerima pelimpahan kewenangan Pengguna Anggaran dari Kepala Dinas serta mempunyai tugas dan kewenangan:
- a. menyusun Rencana Kerja dan Anggaran;
 - b. menyusun DPA;
 - c. menandatangani Surat Perintah Membayar;
 - d. mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - e. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
 - f. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan dan pejabat penatausahaan keuangan; dan
 - g. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah.
- (2) Selain menjalankan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1) Direktur bertindak sebagai Kuasa Pengguna Barang

Pasal 39

Dalam hal Direktur berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil, maka yang bersangkutan merupakan Kuasa Pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna Barang Milik Daerah.

Paragraf 6 Pemberhentian Direktur

Pasal 40

Direktur dapat diberhentikan karena:

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan secara tetap tanpa keterangan sekurang-kurangnya 46 (empat puluh enam) hari secara terus menerus dalam satu tahun;
- c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik sesuai standar kinerja yang diatur dalam peraturan perundang-undangan;
- d. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah ditetapkan;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan
- f. terbukti terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih berdasarkan keputusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.

Paragraf 7 Evaluasi Kinerja Direktur

Pasal 41

Evaluasi Kinerja Direktur adalah sebagai berikut:

- a. Evaluasi Kinerja Direktur berdasarkan pencapaian kinerja dan mutu Rumah Sakit berdasarkan Rencana Bisnis Anggaran (RBA);
- b. Evaluasi kinerja Direktur terdiri dari pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu non keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP); dan
- c. Dewan Pengawas diberikan delegasi oleh Bupati untuk melakukan evaluasi kinerja Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.

Bagian Ketujuh
Kepala Bagian/Bidang

Paragraf 1
Umum

Pasal 42

- (1) Pemilik menetapkan Kepala Bagian/Bidang Rumah Sakit dan secara bersama bertanggungjawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.
- (2) Kepala Bagian/Bidang bertanggungjawab kepada Direktur, sesuai peraturan perundang-undangan pimpinan tersebut meliputi:
 - a. Kepala Bagian Tata Usaha;
 - b. Kepala Bidang Pelayanan;
 - c. Kepala Bidang Diklat dan Rekam Medis; dan
 - c. Kepala Bidang Perlengkapan dan Pengendalian;
- (3) Kualifikasi jabatan untuk para Kepala Bagian/Bidang tersebut sesuai dengan persyaratan.
- (4) Para Kepala Bagian/Bidang terlibat dalam mendefinisikan-operasionalkan misi Rumah Sakit, dan berdasarkan atas misi tersebut, para Kepala Bidang/Bagian bekerjasama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Paragraf 2
Persyaratan Jabatan, Tugas dan Fungsi

Pasal 43

- (1) Persyaratan Jabatan Kepala Bagian/Bidang:
 - a. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - b. serendah-rendahnya memiliki 1 (satu) tingkat dibawah jenjang pangkat yang ditentukan;
 - c. memiliki kualifikasi dan tingkat pendidikan yang ditentukan;
 - d. semua unsur penilaian prestasi kerja sekurang-kurangnya bernilai baik dalam 2 (dua) Tahun terakhir; dan
 - e. memiliki kompetensi jabatan yang diperlukan.
- (2) Uraian Tugas dan Fungsi Kepala Bagian/Bidang sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati Nomor 23 Tahun 2011 tentang Penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

Paragraf 2
Evaluasi Kinerja Kepala Bagian/Bagian

Pasal 44

- (1) Evaluasi kinerja Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bidang Diklat dan Rekam Medis dan Kepala Bidang Perlengkapan dan Pengendalian Sarana dinilai Direktur.
- (2) Evaluasi Kinerja Kepala Bagian/Bidang berdasarkan pencapaian kinerja.
- (3) Evaluasi kinerja Kepala Bagian/Bidang terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).

Bagian Kedelapan
Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi

Paragraf 1
Umum

Pasal 45

- (1) Pemilik menetapkan Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi Rumah Sakit dan secara bersama bertanggungjawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.
- (2) Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi bertanggungjawab kepada Direktur, sesuai peraturan perundang-undangan pimpinan tersebut meliputi:
 - a. Unsur pimpinan pelayanan medis, terdiri atas:
 - 1) Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan; dan
 - 2) Kasi APPM.
 - b. Unsur pimpinan Diklat, Litbang Akreditasi dan Rekam Medis, terdiri dari:
 - 1) Kasi Diklat, Litbang dan Akreditasi; dan
 - 2) Kasi Rekam Medis.
 - c. Unsur pimpinan Perlengkapan dan pengendalian, terdiri dari :
 - 1) Kasi Perlengkapan; dan
 - 2) Kasi Pengendalian dan Pemeliharaan Sarpras.
 - d. Unsur pimpinan Tata Usaha, terdiri dari:
 - 1) Kasubag Umum;
 - 2) Kasubag Keuangan; dan
 - 3) Kasubag Program dan Humas.
- (3) Kualifikasi jabatan untuk para Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi tersebut sesuai dengan persyaratan.
- (4) Para Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi terlibat dalam mendefinisikan-operasionalkan misi Rumah Sakit, dan berdasarkan atas misi tersebut, para Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi bekerja sama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Paragraf 2
Persyaratan Jabatan, Tugas dan Fungsi

Pasal 46
Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi

- (1) Persyaratan Jabatan Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi:
 - a. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - b. Serendah-rendahnya memiliki 1 (satu) tingkat dibawah jenjang pangkat yang ditentukan;
 - c. memiliki kualifikasi dan tingkat pendidikan yang ditentukan;
 - d. semua unsur penilaian prestasi kerja sekurang-kurangnya bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir; dan
 - e. Memiliki kompetensi jabatan yang diperlukan.
- (2) Uraian Tugas dan Fungsi Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati Nomor 23 Tahun 2011 tentang Penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

Paragraf 2
Evaluasi Kinerja Sub Bagian/Kepala Seksi

Pasal 47

- (1) Evaluasi kinerja Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi dinilai Kepala Bagian/Kepala Bidang.
- (2) Evaluasi kinerja Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi berdasarkan pencapaian kinerja.
- (3) Evaluasi kinerja Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).

Bagian Kesembilan
Organisasi Pendukung

Paragraf 1
Organisasi Pelaksana

Pasal 48

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan di Rumah Sakit dibentuk Organisasi Pelaksana yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan, perubahan jumlah dan jenis Organisasi Pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.
- (3) Organisasi Pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Organisasi Pelaksana mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyelenggarakan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (5) Kriteria Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud ayat (3) sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati Nomor 23 Tahun 2011 tentang Penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

Pasal 49

Kepala Organisasi Pelaksana mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan kepada Direktur.

Paragraf 2 Kelompok Jabatan Non Struktural

Pasal 50

- (1) Selain Jabatan Struktural, pada Rumah Sakit dapat dibentuk Satuan Organisasi yang bersifat Non Struktural yang bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Kelompok Jabatan Non Struktural sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari:
 - a. satuan Pengawas Internal;
 - b. komite-komite;
 - c. instalasi; dan
 - d. manager Pelayanan Pasien.
- (3) Kelompok Jabatan Non Struktural sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf a, huruf b dan huruf c diatur dalam Peraturan Bupati Purbalingga Nomor 23 Tahun 2011 Penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi tentang Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

Sub Paragraf 1 Satuan Pengawas Internal

Pasal 51

Guna membantu Direktur dalam pengawasan internal dan monitoring dibentuk Satuan Pengawas Intern.

Pasal 52

- (1) Satuan Pengawas Intern adalah kelompok jabatan fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit.
- (2) Pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah untuk mengawasi apakah kebijakan pimpinan telah dilaksanakan dengan sebaik-baiknya oleh bawahannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk mencapai tujuan organisasi.
- (3) Satuan Pengawas Intern berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (4) Satuan Pengawas Intern dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Sub Paragraf 2
Komite-komite

Pasal 53

- (1) Guna memungkinkan penyelenggaraan kegiatan pelayanan dan pengembangan pelayanan kesehatan perorangan dibentuk komite yang merupakan jabatan fungsional, yang berada langsung dibawah Direktur.
- (2) Pembentukan komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipimpin oleh Ketua Komite.
- (4) Pembentukan Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berdasarkan kebutuhan dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Sub Paragraf 3
Instalasi/Unit

Pasal 54

- (1) Guna memungkinkan penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
- (5) Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.

Pasal 55

- (1) Pembentukan dan perubahan instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54, didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah maupun jenis instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaporkan secara tertulis kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 56

Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 ayat (3), mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur.

Sub Paragraf 4
Manajer Pelayanan Pasien

Pasal 57

- (1) Untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengendalian pelayanan secara menyeluruh di rumah sakit, dibentuk Manajer Pelayanan Pasien.
- (2) Manajer Pelayanan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kelompok jabatan fungsional lainnya yang bertugas:
 - a. melaksanakan pengawasan, mengkoordinasikan dan mengendalikan terhadap penyelenggaraan pelayanan dan keselamatan pasien;
 - b. memfasilitasi pemenuhan kebutuhan asuhan pasien;
 - c. mengoptimalkan terlaksananya pelayanan berfokus pada pasien; dan
 - d. mengoptimalkan proses reimbursemen dengan cara asesmen, perencanaan, komunikasi dan koordinasi, edukasi, advokasi, kendali mutu dan biaya pelayanan pasien.
- (3) Ketua, Sekretaris dan Anggota Manajer Pelayanan Pasien dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Manajer Pelayanan Pasien berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur secara langsung atau melalui Kepala Bidang Pelayanan.

Paragraf 4
Tim, Panitia dan Kelompok Kerja

Pasal 58

- (1) Direktur dapat membentuk Tim, Panitia dan Kelompok Kerja dan menetapkan honor dalam rangka peningkatan pelaksanaan pelayanan kesehatan pada rumah sakit untuk menyelesaikan suatu tugas tertentu.
- (2) Tim, Panitia, dan Kelompok Kerja dimaksud pada ayat (1) merupakan kebijakan dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan Rumah Sakit, susunan keanggotaan, kualifikasi anggota, dan jumlah anggota.

Bagian Kesepuluh
Pedoman Pelayanan

Pasal 59

- (1) Kepala Unit/Kepala Instalasi Pelayanan mengusulkan rencana kegiatan dan anggaran serta program peningkatan mutu dan kinerja instalasi kepada pimpinan rumah sakit melalui pejabat di atasnya.
- (2) Kepala Instalasi Pelayanan wajib membuat pedoman pelayanan.
- (3) Pedoman pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit berisi tentang uraian pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan pelayanan yang direncanakan, serta mengatur pengetahuan dan keterampilan staf klinis yang melakukan *assesmen* pasien dan kebutuhan pasien.
- (4) Kepala Instalasi pelayanan bekerja sama dengan unit-unit pelayanan yang lain pada rumah sakit, untuk menetapkan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan pelayanan.
- (5) Kepala Instalasi Pelayanan menjamin adanya mekanisme aduan pelayanan pasien yang jelas demi pelayanan yang optimal kepada pasien.

Bagian Kesebelas
Program Mutu Instalasi dan Unit

Pasal 60

Kepala Instalasi dan unit beserta seluruh stafnya turut serta dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan melakukan monitoring kegiatan klinis dan non klinis bagi unit pelayanan tersebut.

Pasal 61

- (1) Kepala Instalasi dan Unit menerapkan pengawasan dan penilaian terkait peningkatan mutu di unit yang dikepalai sesuai dengan standar minimal indikator mutu yang digunakan.
- (2) Standar minimal indikator mutu di Instalasi dan unit sebagaimana diatur pada ayat (1) mencakup:
 - a. penilaian rumah sakit secara menyeluruh dan perbaikan yang ditetapkan oleh Direktur yang terkait secara spesifik dengan Instalasi dan unit kerja;
 - b. penilaian yang terkait dengan prioritas Instalasi dan Unit secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana beresiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi; dan
 - c. penilaian spesifik di Instalasi dan unit ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

Pasal 62

Kepala Instalasi dan unit menyediakan data dan Informasi dari hasil kegiatan pelayanan di Instalasi dan unit yang selanjutnya dipergunakan untuk melakukan evaluasi dokter, perawat, dan staf klinis pemberi asuhan yang memberikan pelayanan di Instalasi dan unit tersebut.

Bagian Kedua Belas
Program Mutu Kelompok Staf Medis

Pasal 63

- (1) Tiap kelompok staf medis memilih dan menetapkan panduan praktik klinik, dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*) dan/atau protokol klinis atau prosedur dan/atau *standing order* sebagai panduan asuhan klinis.
- (2) Pemilihan dan penetapan Panduan Praktik Klinik, Alur Klinis, atau Protokol sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi kriteria:
 - a. sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi rumah sakit;
 - b. disesuaikan dengan teknologi, obat, sumber daya lain di rumah sakit atau norma profesional yang berlaku secara nasional;
 - c. dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang;
 - d. disetujui resmi atau digunakan oleh rumah sakit;
 - e. dilaksanakan dan diukur efektivitasnya;
 - f. dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau *pathways*; dan

- g. secara berkala diperbarui berdasar atas bukti serta evaluasi proses dan hasil proses.
- (3) Panduan Praktik Klinik, Alur Klinis, atau Protokol dijadikan acuan dan bahan evaluasi kelompok staf medis.

Pasal 64

- (1) Tiap ketua kelompok staf medis menetapkan secara bersama-sama minimal 5 (lima) panduan klinis prioritas setiap tahun untuk diimplementasikan di unit pelayanan.
- (2) Tiap-tiap unit pelayanan melakukan komunikasi dan koordinasi dengan unit pelayanan terkait agar dapat membantu penerapan dan evaluasi penerapan panduan klinis prioritas.

Pasal 65

Kepala unit pelayanan klinis ikut terlibat dalam evaluasi penerapan panduan praktik klinis, alur klinis dan protokol kelompok staf medis, sesuai dengan indikator mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 ayat (2).

Pasal 66

Komite Medis bersama-sama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/DPJP terhadap panduan praktek klinis.

Bagian Ketiga belas Hubungan Dalam Peraturan Tata Kelola

Paragraf 1 Hubungan Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas

Pasal 67

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (2) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara substantif kepada Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (3) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara administratif dalam bentuk menyampaikan laporan kinerja kepada Kepala Dinas.
- (4) Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan Rumah Sakit, dengan menetapkan kebijakan-kebijakan pelaksanaan, baik dibidang pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian, dan pengembangan kesehatan untuk tercapainya visi, misi, moto dan tujuan Rumah Sakit.
- (5) Keberhasilan Rumah Sakit tergantung dari pengurusan Pejabat Pengelola dan pembinaan serta pengawasan dari Bupati melalui Dewan Pengawas sehingga dalam pertanggungjawaban tugas dan kewajiban antara Pengelola, dan Bupati selaku Pemilik adalah bersifat tanggung renteng.

Paragraf 2
Hubungan Dewan Pengawas dengan Komite Medik

Pasal 68

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Komite Medik untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran terhadap Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui Integrasi dan koordinasi secara terus menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam Organisasi Komite Medik.

Paragraf 3
Hubungan Pejabat Pengelola dengan Komite Medik

Pasal 69

- (1) Komite Medik berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Pelaksanaan tugas-tugas Komite Medik dilaporkan secara tertulis kepada bentuk rekomendasi.
- (3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Paragraf 4
Hubungan Pejabat Pengelola dengan Satuan Pengendali Internal

Pasal 70

- (1) Satuan Pengendali Internal berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Tugas Pokok Satuan Pengendali Internal adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di rumah sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Satuan Pengendali Internal berfungsi:
 - a. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan operasional;
 - b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian internal;
 - c. melakukan identifikasi resiko;
 - d. mencegah terjadinya penyimpangan;
 - e. memberikan konsultasi pengendalian internal; dan
 - f. melakukan hubungan dengan eksternal auditor.
- (4) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan (3) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.

BAB V
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Paragraf 1
Tujuan

Pasal 71

Penetapan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) bertujuan:

- a. komite medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi;
- b. sebagai pedoman dalam meningkatkan kualitas pelayanan medis di rumah sakit terhadap pasien tanpa memandang agama, ras, jenis kelamin, suku, kebangsaan, dan golongan;
- c. sebagai acuan rumah sakit dalam mengorganisasi staf medis dan membentuk Komite Medik;
- d. sebagai acuan dalam meningkatkan profesionalisme staf medis di RSUD yang meliputi kompetensi dan perilaku seorang dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis; dan
- e. sebagai acuan dalam menyusun dan menetapkan standar pelayanan medis untuk setiap jenis disiplin ilmu kedokteran sesuai dengan kondisi dan situasi.

Pasal 72

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) ini berlaku bagi seluruh staf medis yang melakukan pelayanan medis baik didalam maupun diluar RSUD dalam rangka menjalankan penugasan klinis.

Paragraf 2
Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)

Pasal 73

- (1) Pelayanan medis di RSUD hanya dilaksanakan oleh staf medis yang telah diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) yaitu izin dan hak khusus untuk melakukan pelayanan medis tertentu atas rekomendasi dari komite medik setelah dikredensial.
- (2) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) kepada setiap staf medis sesuai dengan kompetensinya yang nyata.
- (3) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) tersebut harus melibatkan komite medik yang dibantu oleh mitra bestari (*peer group*) sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.
- (4) Kewenangan klinis (*clinical privilege*) setiap staf medis dapat saling berbeda walaupun mereka memiliki spesialisasi yang sama dan harus dirinci lebih lanjut (*delineation of clinical privilege*).
- (5) Rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) setiap spesialisasi di rumah sakit ditetapkan oleh komite medik dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (6) Komite medik wajib menetapkan dan mendokumentasi syarat-syarat yang terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan medis sesuai dengan ketentuan kolegium setiap spesialisasi ilmu kedokteran.

- (7) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis seorang staf medis tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilannya saja, akan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (*behavior*) staf medis tersebut.

Paragraf 3
Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)

Pasal 74

- (1) Direktur menerbitkan Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yaitu suatu surat keputusan untuk menugaskan staf medis yang bersangkutan untuk melakukan pelayanan medis tertentu di rumah sakit setelah mendapat rekomendasi rincian kewenangan klinis dari komite medik.
- (2) Dalam keadaan tertentu direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*), misalnya untuk konsultan tamu yang diperlukan sementara oleh rumah sakit.
- (3) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan komite medik atau alasan tertentu.

Paragraf 4
Komite Medik

Bagian Kesatu
Susunan Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 75

- (1) Komite medik dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi komite medik paling sedikit terdiri atas:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Subkomite.
- (3) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Ketua komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (5) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (6) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
- (7) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c terdiri dari :
 - a. subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. sub komite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Bagian Kedua
Tugas dan Fungsi

Pasal 76

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1) kompetensi;
 - 2) kesehatan fisik dan mental;
 - 3) perilaku; dan
 - 4) etika profesi;
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
 - a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
 - a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
- (5) Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, komite medik senantiasa melibatkan mitra bestari (*peer group*) untuk mengambil keputusan profesional.

Bagian Ketiga
Kewenangan Komite Medik

Pasal 77

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu; dan
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Bagian Keempat
Pola Hubungan Komite Medik Dengan Direktur

Pasal 78

- (1) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Ketua komite medik bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Komite medik wajib memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukan kepada direktur.
- (4) Direktur bersama komite medik untuk menyusun pengaturan layanan medis (*medical staff rules and regulations*) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk hingga keluar dari rumah sakit.

Paragraf 5
Rapat

Bagian Kesatu
Jenis Rapat

Pasal 79

- (1) Rapat komite medik terdiri atas rapat rutin, rapat khusus, dan rapat pleno.
- (2) Setiap rapat komite medik dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan secara pantas kecuali seluruh anggota komite medik yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Bagian Kedua
Rapat Rutin Komite Medik

Pasal 80

- (1) Komite menyelenggarakan rapat rutin satu bulan sekali pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh komite medik.

- (2) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat lima hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Rapat rutin dihadiri oleh pengurus komite medik.
- (4) Ketua dapat mengundang pihak lain bila dianggap perlu.

Bagian Ketiga
Rapat Khusus Komite Medik

Pasal 81

- (1) Rapat khusus komite medis diselenggarakan dalam hal:
 - a. diperintahkan oleh ketua;
 - b. permintaan yang diajukan secara tertulis oleh paling sedikit tiga pengurus komite medis dalam waktu empat puluh delapan jam sebelumnya; dan
 - c. permintaan ketua komite medik untuk hal-hal yang memerlukan penetapan kebijakan komite medis dengan segera.
- (2) Sekretaris komite medik menyelenggarakan rapat khusus dalam waktu empat puluh delapan jam setelah diterimanya permintaan tertulis rapat yang ditandatangani oleh seperempat dari jumlah anggota komite medis yang berhak untuk hadir dan memberikan suara dalam rapat tersebut.
- (3) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat khusus beserta agenda rapat kepada para pengurus yang berhak hadir paling lambat dua puluh empat jam sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (4) Pemberitahuan rapat khusus akan menyebutkan secara spesifik hal-hal yang akan dibicarakan dalam rapat tersebut, dan rapat hanya akan membicarakan hal-hal yang tercantum dalam pemberitahuan tersebut.

Bagian Keempat
Rapat Pleno Komite Medik

Pasal 82

- (1) Rapat pleno komite medik diselenggarakan satu kali satu tahun.
- (2) Rapat pleno dihadiri oleh seluruh staf medis RSUD.
- (3) Agenda rapat pleno paling tidak memuat laporan kegiatan yang telah dilaksanakan komite medik, rencana kegiatan yang akan dilaksanakan komite medik, dan agenda lainnya yang ditetapkan oleh komite medik.
- (4) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat tahunan secara tertulis beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat empat belas hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

Bagian Kelima
Kuorum

Pasal 83

- (1) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat tahunan kepada seluruh anggota komite medik.

- (2) Kuorum rapat tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit 50% (lima puluh persen) dari jumlah pengurus komite medik ditambah satu yang berhak untuk hadir dan memberikan suara.
- (3) Keputusan hanya dapat ditetapkan bila kuorum telah tercapai.

Bagian Keenam
Pengambilan Putusan Rapat

Pasal 84

Kecuali telah diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) ini, maka:

- a. pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat;
- b. dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak dari anggota yang hadir; dan
- c. dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka ketua berwenang membuat keputusan hasil rapat.

Bagian Ketujuh
Tata Tertib Rapat

Pasal 85

Tata tertib rapat adalah sebagai berikut:

- a. setiap rapat komite medik berhak dihadiri oleh seluruh pengurus komite medik;
- b. rapat dipimpin oleh ketua komite medik atau yang ditunjuk oleh ketua komite medik;
- c. sebelum rapat dimulai agenda rapat dan notulen dibacakan atas perintah ketua;
- d. setiap peserta rapat wajib mengikuti rapat sampai selesai;
- e. setiap peserta rapat hanya dapat meninggalkan rapat dengan seizin pimpinan rapat;
- f. setiap peserta wajib menjaga ketertiban selama rapat berlangsung; dan
- g. hal-hal lain yang menyangkut teknis tata tertib rapat akan ditetapkan oleh ketua sebelum rapat dimulai.

Bagian Kedelapan
Notulen Rapat

Pasal 86

- (1) Setiap rapat harus dibuat notulennya.
- (2) Semua notulen rapat komite medik dicatat oleh sekretaris komite medik atau penggantinya yang ditunjuk.
- (3) Notulen rapat tidak boleh dirubah kecuali untuk hal-hal yang berkaitan dengan keakuratan notulen tersebut.
- (4) Notulen rapat ditandatangani oleh ketua komite medik dan sekretaris komite medik pada rapat berikutnya, dan notulen tersebut diberlakukan sebagai dokumen yang sah.

Paragraf 6
Sub Komite Kredensial

Bagian Kesatu
Tujuan

Pasal 87

- (1) Tujuan umum penetapan Sub Komite Kredensial adalah untuk melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit kredibel.
- (2) Tujuan khusus penetapan Sub Komite Kredensial adalah:
 - a. mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;
 - b. tersusunnya jenis-jenis kewenangan klinis (*clinical privilege*) bagi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi yang ditetapkan oleh Kolegium Kedokteran/Kedokteran Gigi Indonesia;
 - c. dasar bagi kepala/Direktur untuk menerbitkan penugasan klinis (*clinical appointment*) bagi setiap staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit; dan
 - d. terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medis dan institusi rumah sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) rumah sakit lainnya.

Bagian Kedua
Konsep Kredensial

Pasal 88

- (1) Setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar kompeten, yang meliputi dua aspek, kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional, serta kompetensi fisik dan mental.
- (2) Komite medik wajib melakukan verifikasi kembali keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi tersebut (*credentialing*).
- (3) Setelah dilakukan kredensial medis dinyatakan kompeten maka komite medik akan menerbitkan rekomendasi kewenangan klinis.
- (4) Dalam hal pelayanan medis seorang staf medis membahayakan pasien maka kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis dapat saja dicabut sehingga tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis tertentu di lingkungan rumah sakit tersebut.
- (5) Pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tersebut dilakukan melalui prosedur tertentu yang melibatkan komite medik.

Bagian Ketiga
Keanggotaan

Pasal 89

- (1) Subkomite kredensial di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

- (2) Pengorganisasian subkomite kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Keempat
Mekanisme Kredensial dan Pemberian Kewenangan Klinis

Pasal 90

- (1) Direktur menetapkan berbagai kebijakan dan prosedur bagi staf medis untuk memperoleh kewenangan klinis.
- (2) Tahapan pemberian kewenangan klinis meliputi:
 - a. staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
 - b. berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur kepada komite medik.
 - c. kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon.
 - d. dalam melakukan kajian subkomite kredensial dapat membentuk panel atau panitia *ad-hoc* dengan melibatkan mitra bestari dari disiplin yang sesuai dengan kewenangan klinis yang diminta.
 - e. subkomite kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panel atau panitia *ad-hoc* dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan.
 - f. pengkajian oleh subkomite kredensial meliputi elemen:
 - 1) kompetensi:
 - a) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 - b) kognitif;
 - c) afektif;
 - d) psikomotor.
 - 2) kompetensi fisik;
 - 3) kompetensi mental/perilaku;
 - 4) perilaku etis (*ethical standing*).
 - g. kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
 - h. drincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) diperoleh dengan cara:
 - 1) menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
 - 2) mengkaji kewenangan klinis bagi Pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - 3) mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis; dan
 - 4) dilakukan secara periodik.
 - i. rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
 - j. subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*), dengan rekomendasi berupa:
 - 1) kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - 2) kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - 3) kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;

- 4) kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - 5) kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - 6) kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri
- k. bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada komite medik melalui kepala/Direktur, selanjutnya, komite medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).
- l. kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:
- 1) pendidikan:
 - a) lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi, atau dari sekolah kedokteran luar negeri dan sudah diregistrasi; dan
 - b) menyelesaikan program pendidikan konsultan.
 - 2) perizinan (lisensi):
 - a) memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
 - b) memiliki izin praktek dari dinas kesehatan setempat yang masih berlaku.
 - 3) kegiatan penjagaan mutu profesi:
 - a) menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
 - b) berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
 - 4) kualifikasi personal:
 - a) riwayat disiplin dan etik profesi;
 - b) keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
 - c) keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol, yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
 - d) riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
 - e) memiliki asuransi proteksi profesi (*professional indemnity Insurance*).
 - 5) pengalaman dibidang keprofesian:
 - a) riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
 - b) riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.
- m. kewenangan klinis berakhir apabila:
- 1) kewenangan klinis akan berakhir bila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh direktur;
 - 2) surat penugasan klinis untuk setiap staf medis memiliki masa berlaku untuk periode tertentu;
 - 3) pada akhir masa berlakunya surat penugasan tersebut rumah sakit harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan; dan
 - 4) proses rekredensial ini lebih sederhana dibandingkan dengan proses kredensial awal sebagaimana diuraikan di atas karena sudah memiliki informasi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut.
- n. Pencabutan, perubahan/modifikasi, dan pemberian kembali kewenangan klinis, sebagai berikut:
- 1) pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh direktur didasarkan pada kinerja profesi di lapangan, misalnya staf medis yang bersangkutan terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;

- 2) pencabutan kewenangan klinis juga dapat dilakukan bila terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi atau karena tindakan disiplin dari komite medik;
- 3) kewenangan klinis yang dicabut sebagaimana dimaksud dalam diktum 1) dan 2) diatas dapat diberikan kembali bila staf medis tersebut dianggap telah pulih kompetensinya;
- 4) dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medik akan meminta sub komite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali; dan
- 5) komite medik dapat merekomendasikan kepada kepala/direktur pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

Paragraf 7
Sub Komite Mutu Profesi

Bagian Kesatu
Tujuan

Pasal 91

Sub komite mutu profesi berperan dalam menjaga mutu profesi medis dengan tujuan:

- a. memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh staf medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
- b. memberikan asas keadilan bagi staf medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi (*maintaining competence*) dan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
- c. mencegah terjadinya kejadian yang tak diharapkan (*medical mishaps*); dan
- d. memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*).

Bagian Kedua
Konsep Mutu Profesi

Pasal 92

- (1) Kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis sangat ditentukan oleh semua aspek kompetensi staf medis dalam melakukan penatalaksanaan asuhan medis (*medical care management*).
- (2) Untuk mempertahankan mutu dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui:
 - a. memantau kualitas, misalnya morning report, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, journal reading; dan
 - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Bagian Ketiga
Keanggotaan

Pasal 93

- (1) Sub komite mutu profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian sub komite mutu profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Keempat
Mekanisme Kerja

Pasal 94

- (1) Direktur menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja subkomite mutu profesi berdasarkan masukan komite medis.
- (2) Direktur wajib memfasilitasi agar seluruh kegiatan dalam mekanisme menjaga mutu profesi medis yang meliputi:
 - a. Audit Medis, yaitu:
 1. dilaksanakan sebagai implementasi fungsi manajemen klinis dalam rangka penerapan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit dan tidak digunakan untuk mencari ada atau tidaknya kesalahan seorang staf medis dalam satu kasus;
 2. audit medis dilakukan dengan mengedepankan respek terhadap semua staf medis (*no blaming culture*) dengan cara tidak menyebutkan nama (*no naming*), tidak mempersalahkan (*no blaming*), dan tidak mempermalukan (*no shaming*);
 3. audit medis yang dilakukan dengan melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit; dan
 4. evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*) dapat dilaksanakan di tingkat rumah sakit, komite medik, atau masing-masing kelompok staf medis.
 5. pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu
 - a) sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
 - b) sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c) sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
 - d) sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.
 6. langkah-langkah pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai berikut:
 - a) pemilihan topik yang akan dilakukan audit memperhatikan jumlah kasus atau epidemiologi penyakit yang ada di rumah sakit dan adanya keinginan untuk melakukan perbaikan;

- b) pemilihan dan penetapan topik atau masalah yang ingin dilakukan audit dipilih berdasarkan kesepakatan komite medik dan kelompok staf medis;
 - c) penetapan kriteria dan standar profesi yang jelas, obyektif dan rinci terkait dengan topik tersebut;
 - d) penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 - e) membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 - f) melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 - g) kasus-kasus tersebut di analisis dan didiskusikan apa kemungkinan penyebabnya dan mengapa terjadi ketidaksesuaian dengan standar;
 - h) tim pelaksana audit dan mitra bestari (*peer group*) melakukan tindakan korektif terhadap ketidak sesuaian secara kolegal, dan menghindari "*blaming culture*". hal ini dilakukan dengan membuat rekomendasi upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pendidikan dan latihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya;
 - i) rencana reaudit untuk topik yang sama untuk mengetahui apakah sudah ada upaya perbaikan; dan
 - j) memilih topik yang lainnya.
- b. merekomendasikan Pendidikan Berkelanjutan Bagi Staf Medis dengan rincian sebagai berikut:
1. sub komite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan-pengaturan waktu yang disesuaikan;
 2. pertemuan tersebut dapat berupa pembahasan kasus tersebut antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka;
 3. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
 4. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip dari subkomite mutu profesi;
 5. subkomite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh sub komite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
 6. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan subkomite mutu profesi pertahun;
 7. subkomite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan & penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
 8. subkomite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya; dan
 9. subkomite mutu profesi memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada direksi.
- c. memfasilitasi Proses Pendampingan (*Proctoring*) bagi Staf Medis yang membutuhkan dengan dengan rincian sebagai berikut:
1. Sub komite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*; dan

2. Komite medik berkoordinasi dengan Direktur untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

Paragraf 8
Subkomite Etika dan Disiplin Profesi

Bagian Kesatu
Tujuan

Pasal 95

Subkomite etika dan disiplin profesi pada komite medik di rumah sakit dibentuk dengan tujuan:

- a. melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat (*unqualified*) dan tidak layak (*unfit/unproper*) untuk melakukan asuhan klinis (*clinical care*); dan
- b. memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medis di rumah sakit.

Bagian Kedua
Konsep Etika Dan Disiplin Profesi

Pasal 96

- (1) Setiap staf medis dalam melaksanakan asuhan medis di rumah sakit harus menerapkan prinsip-prinsip profesionalisme kedokteran sehingga dapat memperlihatkan kinerja profesi yang baik sehingga pasien akan memperoleh asuhan medis yang aman dan efektif.
- (2) Upaya peningkatan profesionalisme staf medis dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisiplinan berperilaku profesional staf medis di lingkungan rumah sakit.
- (3) Dalam penanganan asuhan medis tidak jarang dijumpai kesulitan dalam pengambilan keputusan etis sehingga diperlukan adanya suatu unit kerja yang dapat membantu memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis tersebut.
- (4) Pelaksanaan keputusan subkomite etika dan disiplin profesi di Rumah Sakit merupakan upaya pendisiplinan oleh komite medik terhadap staf medis di rumah sakit yang bersangkutan.
- (5) Landasan kerja Sub Komite ini antara lain:
 - a. peraturan internal rumah sakit;
 - b. peraturan internal staf medis;
 - c. etik rumah sakit;
 - d. norma etika medis; dan
 - e. norma-norma bioetika.
- (6) Tolak ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain adanya:
 - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
 - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
 - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;
 - e. kode etik kedokteran Indonesia;

- f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
- g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran;
- h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
- i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Bagian Ketiga
Keanggotaan

Pasal 97

- (1) Sub komite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesisekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Keempat
Mekanisme Kerja

Pasal 98

- (1) Direktur menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja sub komite disiplin dan etika profesi berdasarkan masukan komite medis.
- (2) Direktur menyediakan berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan ini dapat terselenggara.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua sub komite etika dan disiplin profesi.
- (4) Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan Direktur; dan
 - c. Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit. Pengikut sertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.
- (5) Program atau kegiatan yang wajib dilakukan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi meliputi:
 - a. Upaya Pendisiplinan Perilaku Profesional, dengan mekanisme pemeriksaan sebagai berikut:
 - 1. Sumber Laporan, yaitu:
 - a) Notifikasi (laporan) yang berasal dari perorangan, antara lain:
 - 1) manajemen rumah sakit;
 - 2) staf medis lain;
 - 3) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan; dan
 - 4) pasien atau keluarga pasien.
 - b) Notifikasi (laporan) yang berasal dari non perorangan berasal dari:

- 1) hasil konferensi kematian; dan
 - 2) hasil konferensi klinis.
2. Dasar Dugaan Pelanggaran Disiplin Profesi, dengan keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi oleh seorang staf medis adalah hal-hal yang menyangkut, antara lain:
 - a) kompetensi klinis;
 - b) penatalaksanaan kasus medis;
 - c) pelanggaran disiplin profesi;
 - d) penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit; dan
 - e) ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.
 3. Pemeriksaan, yaitu:
 - a) dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
 - b) melalui proses pembuktian;
 - c) dicatat oleh petugas sekretariat komite medik;
 - d) terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
 - e) panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
 - f) seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.
 4. Keputusan, yaitu:
 - a) Keputusan panel yang dibentuk oleh subkomite etika dan disiplin profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit;
 - b) Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada subkomite etika dan disiplin yang kemudian akan membentuk panel baru; dan
 - c) Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada direksi rumah sakit melalui komite medik.
 5. Tindakan Pendisiplinan Perilaku Profesional, pemberian Rekomendasi tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit berupa:
 - a) peringatan tertulis;
 - b) limitasi (reduksi) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - c) bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut; dan
 - d) pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
 6. Pelaksanaan Keputusan, Ketua komite medik memberikan rekomendasi hasil keputusan subkomite etika dan disiplin profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur untuk ditindaklanjuti.
 7. Pembinaan Profesionalisme Kedokteran, yaitu:
 - a) Sub komite etika dan disiplin profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran; dan
 - b) Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dsb yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, komite medik, dan sebagainya.

8. Pertimbangan Keputusan Etis, yaitu:
- a) Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik; dan
 - b) Subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis tersebut.

Paragraf 9
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Bagian Kesatu
Pemeliharaan Rekam Medis

Pasal 99

- (1) Staf medis harus mengambil tindakan yang diperlukan untuk menjamin kelengkapan rekam medis tiap pasien yang dikelolanya di RSUD terpelihara dengan baik, adekuat dan dalam waktu yang secukupnya.
- (2) Pelanggaran atas ketentuan ini, staf medis dapat dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua
Pengiriman Jaringan Untuk Pemeriksaan Patologi

Pasal 100

- (1) Staf medis wajib mengirimkan jaringan yang dikeluarkan pada waktu operasi untuk pemeriksaan patologi.
- (2) Staf medis wajib melakukan pemeriksaan secara cermat dan teliti pada waktu masuk rawat dan mencatat diagnosa pra bedah.

Bagian Ketiga
Kesempatan Konsultasi

Pasal 101

Staf medis wajib memberikan kesempatan yang cukup bagi pasien yang hendak melakukan konsultasi mengenai penyakit dan/atau keluhan yang dideritanya sebelum dilakukan upaya medis.

Bagian Keempat
Persetujuan Tindakan Medis

Pasal 102

- (1) Semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
- (2) Persetujuan yang dimaksud sebagaimana ayat (1) dapat diberikan secara tertulis maupun lisan.
- (3) Persetujuan yang dimaksud sebagaimana ayat (1) setelah pasien mendapat penjelasan yang diperlukan tentang perlunya tindakan kedokteran dilakukan.

- (4) Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang dibuat dalam bentuk pernyataan yang tertuang dalam formulir khusus yang dibuat untuk itu dan ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.
- (5) Tindakan kedokteran yang tidak termasuk dalam ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat diberikan dengan persetujuan lisan dan diberikan dalam bentuk ucapan setuju atau bentuk gerakan menganggukkan kepala yang dapat diartikan sebagai ucapan setuju.

Bagian Kelima
Merujuk Pasien

Pasal 103

Staf medis wajib merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan.

Paragraf 10
Tata Cara *Review* dan Perbaikan Peraturan Internal Staf Medis

Pasal 104

- (1) Review dan perubahan *medical staff bylaws* dilaksanakan secara berkala sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan RSUD.
- (2) Usulan review dan perubahan diajukan oleh komite medik kepada direktur untuk mendapatkan persetujuan.

BAB VI
PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN

Paragraf 1
Tujuan

Pasal 105

- (1) Tujuan Umum Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah Terwujudnya tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi sehingga meningkatkan mutu profesi dalam pemberian asuhan keperawatan.
- (2) Tujuan Khusus Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah:
 - a) terwujudnya peningkatan mutu asuhan keperawatan yang terfokus melalui upaya pemberdayaan dan evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan;
 - b) tersedianya tenaga keperawatan yang beretika dan disiplin dalam memberikan asuhan keperawatan, yang sesuai dengan prinsip dan kode etik keperawatan serta kewenangan klinis;
 - c) tersedianya staf keperawatan yang profesional di rumah Sakit;
 - d) tersedianya dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan melalui komite keperawatan;
 - e) tercapainya peningkatan mutu pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan;
 - f) tersedianya perlindungan keperawatan;

- g) terwujudnya staf keperawatan di Rumah Sakit yang berfokus pada area peminatan keilmuan dalam memberikan asuhan keperawatan;
- h) tersedianya pedoman pengembangan berupa pendidikan pelatihan dan penelitian keperawatan; dan
- i) tersedianya mekanisme pembinaan kompetensi perawat.

Paragraf 2
Kewenangan Klinis

Pasal 106

- (1) Kewenangan Klinis seorang staf keperawatan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Keperawatan.
- (2) Penetapan kewenangan klinis oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan melalui penerbitan penugasan klinis.
- (3) Kewenangan klinis setiap staf keperawatan dapat saling berbeda walaupun memiliki spesialisasi yang sama.
- (4) Tanpa kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf keperawatan tidak dapat menjadi anggota Kelompok Fungsional Keperawatan.
- (5) Kewenangan klinis diberikan kepada staf keperawatan berdasarkan pertimbangan antara lain:
 - a. *clinical appraisal* (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
 - b. standar profesi dari organisasi profesi;
 - c. standar pendidikan; dan
 - d. standar kompetensi dari kolegium.

Pasal 107

- (1) Rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi setiap jenis pelayanan keperawatan yang disebut buku putih (*white paper*) ditetapkan oleh Komite Keperawatan dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (2) Dalam hal dijumpai kesulitan menentukan kewenangan klinis dan atau apabila suatu pelayanan keperawatan dapat dilakukan oleh staf keperawatan dari jenis spesialisasi yang berbeda maka untuk pelayanan keperawatan tertentu Komite Keperawatan dapat meminta informasi atau pendapat dari Mitra Bestari/KFK.

Pasal 108

- (1) Kewenangan klinis staf keperawatan terdiri atas:
 - a. Kewenangan klinis umum;
 - b. Kewenangan klinis khusus; dan
 - c. Kewenangan klinis istimewa.
- (2) Kewenangan klinis umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi yang dimiliki dan sesuai jenjang keperawatan klinis yang dimiliki.
- (3) Kewenangan klinis khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan area kerja/penugasan yang ditetapkan oleh Kepala/Direktur.

- (4) Kewenangan klinis istimewa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c diberikan kepada tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi tertentu yang dimiliki oleh tenaga keperawatan dengan mempertimbangkan resiko pelayanan dan teknologi yang digunakan.
- (5) Setiap tenaga keperawatan dapat memiliki lebih dari 1(satu) jenis kewenangan klinis sesuai kompetensi dan kebutuhan pelayanan rumah sakit.

Pasal 109

- (1) Kewenangan klinis seorang staf keperawatan dapat dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut oleh Direktur.
- (2) Kewenangan klinis (*clinical privilege*) berpedoman pada buku putih keperawatan (*nursing white paper*) sesuai jenis pelayanan keperawatan yang ada di Rumah Sakit.
- (3) Proses penilaian kewenangan klinis dilakukan pada saat proses kredensial, dengan melihat kemampuan perawat (baik *soft skill* maupun *hard skill*)
- (4) Pengakhiran kewenangan klinis staf dikarenakan dicabut oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Komite Keperawatan.
- (5) Pengakhiran kewenangan klinis dapat berupa:
 - a. pengakhiran secara keseluruhan kewenangan klinis yang diberikan, hal ini dikarenakan tidak kompeten, gangguan kesehatan fisik, mental dan atau perilaku; atau
 - b. pengakhiran kewenangan klinis tertentu dilakukan jika staf keperawatan dinilai tidak kompeten dalam satu atau lebih dari kewenangan klinik yang dimiliki.
- (6) Pemulihan terhadap kewenangan klinis yang dicabut sebagaimana dimaksud dalam ayat 4 diatas dapat diberikan kembali bila staf keperawatan tersebut dianggap telah pulih kompetensinya atau kesehatan fisik, mental dan perilakunya, setelah dilakukan berbagai upaya pembinaan profesi dari Sub Komite Mutu dan Sub Komite Etik Disiplin Profesi, serta dilakukan rekredensial.
- (7) Bagi staf keperawatan yang ingin menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada bidang Pelayanan dan diteruskan ke komite keperawatan. Selanjutnya komite keperawatan akan melakukan proses kredensial.
- (8) Kewenangan klinis berlaku untuk waktu sekurang-kurangnya 3tahun dan akan dievaluasi secara berkala
- (9) Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap tenaga keperawatan yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut sekurang-kurangnya 3 tahun atau dalam suatu periode tertentu.
- (10) Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan bagi staf perawat yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

Pasal 110

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf keperawatan yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Sesuai dengan permohonan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) maka Direktur akan meminta Komite Keperawatan untuk melakukan rekredensial.
- (3) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan dituangkan pada penugasan klinis dalam bentuk Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.
- (5) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditanda tangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Keperawatan.

Paragraf 3 Penugasan Klinis

Pasal 111

- (1) Penugasan klinis diterbitkan kepada seorang staf keperawatan setelah melalui proses kredensial dan rekomendasi Komite Keperawatan.
- (2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat kewenangan klinis yang diberikan kepada seorang staf keperawatan dan tempat yang bersangkutan untuk dapat melaksanakan tugas.
- (3) Penugasan klinis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 112

- (1) Penugasan klinis seorang staf keperawatan hanya dapat ditetapkan bila:
 - a. mempunyai Surat Ijin Praktik dan Surat Tanda Registrasi (STR) sesuai ketentuan perundang-undangan;
 - b. memenuhi syarat sebagai staf keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
 - c. bersedia memenuhi segala permintaan rumah sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan keperawatan dengan mengacu pada standar prosedur operasional (SPO), dan standar administrasi yang berlaku dirumah sakit; dan
 - d. bersedia mematuhi etika keperawatan yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri.
- (2) Penugasan klinis berlaku paling lama 3 (tiga) tahun.
- (3) Penugasan klinis dapat berakhir sebelum jangka waktu berakhirnya dalam hal:

- a. surat izin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku;
- b. kondisi fisik atau mental staf keperawatan yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan keperawatan;
- c. staf keperawatan tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis yang dicantumkan dalam penugasan klinis;
- d. staf keperawatan telah melakukan tindakan yang tidak profesional atau perilaku menyimpang lainnya;
- e. staf keperawatan diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
- f. staf keperawatan diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan rumah sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

Paragraf 4

Pengorganisasian Staf Keperawatan

Bagian Kesatu

Kelompok Fungsional Keperawatan

Pasal 113

- (1) Staf Keperawatan (*Nursing Staff*) adalah tenaga kesehatan yang memiliki tanggung jawab dan tanggung gugat sesuai dengan kewenangan klinis dalam memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan kepada pasien dan keluarganya.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya Komite Keperawatan dapat membentuk Kelompok Fungsional Keperawatan.
- (3) Pembentukan Kelompok Fungsional Keperawatan berdasarkan area klinis dan Ruang Perawatan.
- (4) Kelompok Fungsional Keperawatan ditetapkan oleh Direktur atas usulan komite keperawatan.
- (5) Kelompok Fungsional Keperawatan berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (6) Kelompok Fungsional Keperawatan dibentuk untuk membantu tugas bidang pelayanan dan komite keperawatan.
- (7) Kelompok Fungsional Keperawatan merupakan kelompok yang mengkoordinasikan pelayanan profesi.

Pasal 114

Pengorganisasian staf keperawatan klinik bertujuan agar staf keperawatan di rumah sakit dapat fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas, efisien dan bertanggungjawab.

Pasal 115

- (1) Kelompok Fungsional Keperawatan Rumah Sakit mengacu pada *White Paper* atau Buku Putih.
- (2) Kelompok Fungsional Keperawatan yang ada di Rumah Sakit adalah sebagai berikut:
 - a. Kelompok Fungsional Keperawatan Medikal Bedah;
 - b. Kelompok Fungsional Keperawatan Medikal Bedah kamar operasi;

- c. Kelompok Fungsional Keperawatan Medikal Bedah ginjal;
 - d. Kelompok Fungsional Keperawatan Maternitas;
 - e. Kelompok Fungsional Keperawatan Anak;
 - f. Kelompok Fungsional Keperawatan Kritis; dan
 - g. Kelompok Fungsional Keperawatan Gawat Darurat.
- (3) Keanggotaan, tugas dan fungsi Kelompok Fungsional Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 5
Staf Keperawatan

Bagian Kesatu
Hak dan Kewajiban Staf Perawatan

Pasal 116

- (1) Staf keperawatan dalam menjalankan tugas profesi/praktik keperawatan di Rumah Sakit bertanggungjawab profesi dan hukum secara mandiri.
- (2) Staf keperawatan secara administratif managerial bertanggungjawab kepada Direktur dan secara teknis profesi bertanggung jawab kepada Komite Keperawatan.
- (3) Hak dan kewajiban staf keperawatan sebagai pegawai dan sebagai tenaga profesi di Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku.

Bagian Kedua
Tugas Staf Keperawatan

Pasal 117

- (1) Tugas staf keperawatan:
 - a. melaksanakan kegiatan profesi yang terkait dengan asuhan keperawatan dan/atau asuhan kebidanan;
 - b. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan/pelatihan berkelanjutan;
 - c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan serta standar etika dan disiplin yang sudah ditetapkan; dan
 - d. menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator kinerja.
- (2) Fungsi staf keperawatan secara perorangan adalah sebagai pelaksana pelayanan asuhan keperawatan dan/atau asuhan kebidanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dibidang keperawatan.

Bagian Ketiga
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 118

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf keperawatan yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Kepala Bidang Pelayanan atau Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan atau Komite Keperawatan.

- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf keperawatan meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi, disiplin pegawai dan motivasi kerja.
- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Keperawatan.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan, disiplin pegawai dan motivasi kerja dilakukan oleh Kepala Bidang Pelayanan atau Kasie Yanmed dan Keperawatan.

Pasal 119

- (1) Pembinaan dan pengawasan terkait kewenangan klinis dilakukan dengan investigasi.
- (2) Rekomendasi hasil investigasi sebagaimana ayat (1), berupa:
 - a. penjatuhan teguran tertulis untuk pelanggaran ringan;
 - b. pencabutan kewenangan klinis sementara, paling lama 3 (tiga) bulan untuk pelanggaran sedang; dan
 - c. pencabutan kewenangan klinis sementara, paling lama 6 (enam) bulan untuk pelanggaran berat.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terkait mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan dengan audit keperawatan, yang diarahkan untuk:
 - a. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh staf keperawatan;
 - b. meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf keperawatan;
 - c. melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf keperawatan.

Pasal 120

Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap staf keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keempat Mitra Bestari

Pasal 121

- (1) Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok perawat klinik dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi keperawatan termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Mitra Bestari tidak terbatas dari staf keperawatan yang ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan perawat spesialis, kolegium perawat spesialis, dan/atau institusi pendidikan keperawatan.
- (3) Mitra Bestari dapat ditunjuk sebagai Panitia *Adhoc* untuk membantu Komite Keperawatan melakukan kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.
- (4) Penetapan Mitra Bestari sebagai Panitia *Adhoc* sebagaimana ayat (3) ditetapkan dengan keputusan Direktur atas usulan Ketua Komite Keperawatan.

Paragraf 6
Delegasi Tindakan Medik

Pasal 122

- (1) Pendelegasian adalah pelimpahan wewenang untuk melakukan tindakan medik tertentu dari seorang dokter kepada perawat yang memiliki kompetensi.
- (2) Kewenangan tenaga keperawatan untuk melakukan tindakan medik yang merupakan delegasi dari tenaga medis hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki kewenangan klinis tertentu berdasarkan hasil kredensial Sub Komite Kredensial.
- (3) Tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tetap menjadi tanggungjawab tenaga medis yang memberikan delegasi.
- (4) Bukti pendelegasian harus terdokumentasi.

Paragraf 7
Komite Keperawatan

Bagian Kesatu
Kedudukan Komite Keperawatan

Pasal 123

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Komite Keperawatan berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas, fungsi dan wewenang Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kedua
Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan

Pasal 124

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sebagai berikut:
 - a. Ketua Komite Keperawatan;
 - b. Sekretaris Komite Keperawatan;
 - c. Anggota Komite Keperawatan yang terdiri atas:
 - 1) Sub Komite Kredensial;
 - 2) Sub Komite Mutu Profesi;
 - 3) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Personalia masing-masing sub Komite berjumlah minimal 4 (empat) orang dengan 1 orang ketua sub komite.

Pasal 125

- (1) Seseorang yang dapat diangkat menjadi pengurus Komite Keperawatan adalah staf keperawatan purna waktu dan sudah bekerja di Rumah Sakit minimal 6 (enam) tahun.
- (2) Pengurus Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan:
 - a. sikap profesional;

- b. reputasi; dan
 - c. perilaku;
- (3) Ketua Komite Keperawatan ditunjuk oleh Direktur.
 - (4) Ketua sub Komite Kredensial, ketua sub komite mutu profesi dan ketua sub komite etik dan disiplin profesi ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua komite Keperawatan
 - (5) Pengangkatan dan pemberhentian pengurus Komite Keperawatan ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Pasal 126

- (1) Persyaratan Ketua Komite Keperawatan adalah:
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu pofesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan perumah sakitan;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani dilingkungan profesinya;
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi; dan
 - g. kualifikasi pendidikan minimal S-1 Keperawatan *Ners*.
- (2) Persyaratan Ketua Sub Komite adalah:
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu pofesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan perumah sakitan;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani dilingkungan profesinya;
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi; dan
 - g. kualifikasi pendidikan minimal S-1 Keperawatan *Ners* dengan jenjang PK III.

Bagian Ketiga

Penetapan Ketua Komite dan Ketua Sub Komite Keperawatan

Pasal 127

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari para kepala Bidang terkait dengan mempertimbangkan usulan dari kelompok fungsional keperawatan.
- (2) Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua Komite Keperawatan.

Bagian Keempat

Masa Jabatan dan Cara Penetapan

Pasal 128

- (1) Ketua Komite keperawatan diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
- (2) Ketua Komite Keperawatan dapat diangkat kembali setelah masa jabatan berakhir, maksimal 2 (dua) periode kepemimpinan.

- (3) Ketua Komite keperawatan dan Ketua Sub Komite dapat diberhentikan pada masa jabatannya, apabila berdasarkan kenyataannya Ketua Komite Komite keperawatan dan atau Ketua sub Komite:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan yang berlaku; dan
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit.
- d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (4) Ketua Komite Komite keperawatan dan Ketua Sub Komite selama masa jabatannya menjadi anggota khusus pada KFK sesuai dengan kelompok keilmuannya.
- (5) Ketua Komite keperawatan dan Ketua Sub Komite bila masa jabatannya telah berakhir dan tidak terpilih kembali, menjadi anggota tetap KFK sesuai dengan kelompok keilmuannya.

Bagian Kelima
Tugas, Fungsi dan Wewenang Komite Keperawatan

Pasal 129

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial dan rekredensial bagi seluruh staf keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Pedoman pelaksanaan tugas Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 130

- (1) Dalam melaksanakan tugas kredensial, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan daftar kewenangan klinis dan persyaratan setiap jenis pelayanan keperawatan;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi;
 - c. pengevaluasian data pendidikan profesional keperawatan berkelanjutan; dan
 - d. penilaian dan pemberian rekomendasi kewenangan klinis yang adekuat.
- (2) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf keperawatan, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. berperan menjaga mutu profesi keperawatan dengan memastikan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan oleh staf keperawatan melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*);

- b. pendidikan dan pengembangan profesi berkelanjutan dengan memberikan rekomendasi pendidikan, pertemuan ilmiah internal dan kegiatan eksternal; dan
 - c. pendampingan (*proctoring*) terhadap staf keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf keperawatan, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi keperawatan;
 - b. pemeriksaan staf keperawatan yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku staf keperawatan; dan
 - d. pemberian pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis.

Pasal 131

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan memiliki wewenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 132

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia *ad hoc* dari mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan dari komite keperawatan.

Bagian Keenam Pendanaan Komite Keperawatan

Pasal 133

Pelaksanaan kegiatan komite keperawatan didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan kebijakan Rumah Sakit.

Paragraf 8 Sub Komite Kredensial

Bagian Kesatu Pengorganisasian Sub Komite Kredensial

Pasal 134

- (1) Sub komite kredensial berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Keperawatan.
- (2) Anggota/personalia Subkomite kredensial terdiri atas tim atau panitia *ad hoc* yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kedua
Tugas dan Wewenang Sub Komite Kredensial

Pasal 135

Tugas sub komite kredensial adalah:

- a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
- b. menyusun buku putih (*whitepaper*) yang merupakan dokumen persyaratan terkait;
- c. kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar kompetensinya. buku putih disusun oleh komite keperawatan dengan melibatkan mitra bestari (*peer group*) dari berbagai unsur organisasi profesi keperawatan dan kebidanan, kolegium keperawatan, unsur pendidikan tinggi keperawatan dan kebidanan;
- d. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial dari bagian sdm meliputi:
- e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
- f. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
- g. subkomite kredensial membuat laporan seluruh proses kredensial kepada ketua komite keperawatan untuk diteruskan ke Kepala/Direktur.

Pasal 136

Dalam melaksanakan tugasnya, Subkomite kredensial memiliki kewenangan memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis untuk memperoleh surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*).

Bagian Ketiga
Kredensial dan Rekredensial

Pasal 137

- (1) Instrumen kredensial dan rekredensial antara lain adalah daftar rincian kewenangan klinis setiap area klinis, buku putih (*white paper*) untuk setiap pelayanan keperawatan dan daftar mitra bestari.
- (2) Proses kredensial dan rekredensial meliputi pemeriksaan dan pengkajian elemen:
 - a. Kompetensi:
 - 1) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang berlaku;
 - 2) kognitif;
 - 3) afektif; dan
 - 4) psikomotor;
 - b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. perilaku etis (*ethical standing*).
- (3) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur dan terdokumentasi.
- (4) Dalam melakukan pengkajian dapat membentuk panel atau panitia *adhoc* atau melibatkan Mitra Bestari.
- (5) Hasil kredensial berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

Pasal 138

- (1) Rekredensial terhadap staf keperawatan dilakukan dalam hal:
 - a. penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf keperawatan telah habis masa berlakunya;
 - b. staf keperawatan yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. staf keperawatan yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Rekomendasi hasil rekredensial berupa:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; atau
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Paragraf 9

Sub Komite Mutu Profesi

Bagian Kesatu

Penggorganisasian Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 139

- (1) Sub komite mutu profesi berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Keperawatan.
- (2) Anggota/personalia Sub komite mutu profesi terdiri atas tim atau panitia *ad hoc* yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kedua

Tugas Dan Wewenang Sub komite Mutu Profesi

Pasal 140

Tugas Sub komite mutu profesi:

- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
- b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
- c. melakukan audit asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
- d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

Pasal 141

Dalam melaksanakan tugasnya, Subkomite mutu profesi mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan, pendidikan keperawatan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan.

Bagian Ketiga

Audit Keperawatan

Pasal 142

- (1) Audit keperawatan dilakukan secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan keperawatan di rumah sakit.

- (2) Pelaksanaan audit keperawatan menggunakan catatan asuhan keperawatan dan/atau kebidanan yang dibuat oleh staf keperawatan.
- (3) Hasil dari Audit keperawatan sebagaimana pada ayat (1) berfungsi:
 - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf keperawatan;
 - b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c. sebagai dasar bagi komite keperawatan dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - d. sebagai dasar bagi komite keperawatan dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

Bagian Keempat Pendidikan Berkelanjutan

Pasal 143

- (1) Memberikan rekomendasi atau persetujuan pendidikan berkelanjutan baik yang merupakan program rumah sakit maupun atas permintaan staf keperawatan sebagai usulan kepada Bidang terkait
- (2) Pendidikan berkelanjutan dilakukan dengan:
 - a. menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok fungsional keperawatan;
 - b. mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus antara lain, kasus keselamatan pasien, kasus sulit, maupun kasus langka;
 - c. menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf keperawatan setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
 - d. bersama-sama dengan kelompok fungsional keperawatan menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang melibatkan staf keperawatan sebagai narasumber dan peserta aktif;
 - e. bersama dengan bidang diklat memfasilitasi kegiatan ilmiah dan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (3) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

Bagian Kelima Pendampingan (*Proctoring*)

Pasal 144

- (1) Pelaksanaan pendampingan (*proctoring*) dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi staf keperawatan yang dijatuhi sanksi disiplin atau pengurangan kewenangan klinis.
- (2) Staf keperawatan yang akan memberikan pendampingan (*proctoring*) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) difasilitasi dan dikoordinasikan bersama Bidang terkait.
- (4) Hasil pendampingan (*proctoring*) berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis dan penugasan klinis seorang staf keperawatan.

Paragraf 10
Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

Bagian Kesatu
Pengorganisasian Sub komite etik dan disiplin profesi

Pasal 145

- (1) Sub komite etik dan disiplin profesi berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Keperawatan.
- (2) Anggota/personalia Sub komite etik dan disiplin profesi terdiri atas tim atau panitia *adhoc* yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kedua
Tugas dan Wewenang Sub komite Etik dan Disiplin Profesi

Pasal 146

Tugas Sub komite etik dan disiplin profesi adalah:

- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
- b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
- c. melakukan penegakkan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan;
- d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
- e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis (*clinical appointment*); dan
- f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.

Pasal 147

Dalam melaksanakan tugasnya, Subkomite etik dan disiplin profesi mempunyai kewenangan memberikan usul rekomendasi pencabutan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) tertentu, memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis (*delineation of clinical privilege*), serta memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Bagian Ketiga
Pendisiplinan Profesi

Pasal 148

- (1) Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf keperawatan, antara lain:
 - a. pedoman pelayanan keperawatan di rumah sakit;
 - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
 - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan keperawatan (*white paper*) di rumah sakit;
 - e. kode etik keperawatan Indonesia;
 - f. pedoman perilaku profesional;
 - g. pedoman pelanggaran disiplin keperawatan yang berlaku di Indonesia;
 - h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
 - i. standar prosedur operasional asuhan keperawatan.

- (2) Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf keperawatan berupa:
 - a. peringatan tertulis;
 - b. limitasi (*reduksi*) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - c. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan keperawatan tersebut; dan
 - d. pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
- (3) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional ditetapkan oleh Komite Keperawatan.

Pasal 149

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Sub komite etik dan disiplin profesi.
- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri 3 (tiga) orang staf keperawatan atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari Sub komite etik dan disiplin profesi; dan
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf keperawatan dengan kompetensi yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau dari luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Keperawatan dengan persetujuan/atas permintaan Direktur terlapor.
- (3) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
- (4) Pengikut sertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan.

Bagian Keempat Pembinaan Profesi

Pasal 150

- (1) Pembinaan profesionalisme staf keperawatan dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium atau lokakarya.
- (2) pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara terus menerus melekat dalam pelaksanaan praktik keperawatan dan kebidanan sehari-hari.

Paragraf 11 Tata Kelola Klinis

Pasal 151

- (1) Semua pelayanan keperawatan dilakukan oleh setiap staf keperawatan di Rumah Sakit berdasarkan penugasan klinis dari Direktur.
- (2) Dalam keadaan kegawat daruratan staf keperawatan dapat diberikan penugasan klinis untuk melakukan asuhan keperawatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.
- (3) Masing-masing Kelompok Fungsional Keperawatan bekerja sama dengan bidang pelayanan membuat pedoman pelayanan keperawatan, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya.

- (4) Kebijakan teknis operasional pelayanan keperawatan tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) ini.
- (5) Dalam melaksanakan tugas wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik di lingkungannya maupun dengan Kelompok Fungsional Keperawatan lain atau instansi lain yang terkait.
- (6) Untuk menangani pelayanan keperawatan tertentu, Direktur dapat membentuk panitia atau kelompok kerja.
- (7) Setiap Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan membantu Bidang pelayanan dan Komite Keperawatan melakukan bimbingan, pembinaan dan pengawasan terhadap anggotanya.
- (8) Peraturan pelaksanaan tata kelola klinis ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf Keempat belas
Review dan Perubahan

Pasal 152

- (1) Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff ByLaws*) secara berkala sekurang-kurangnya setiap 3 (tiga) tahun dievaluasi, ditinjau kembali, disesuaikan dengan perkembangan profesi keperawatan dan kondisi rumah sakit.
- (2) Perubahan dapat dilakukan dengan menambah pasal baru (*Addendum*) dan/atau mengubah pasal yang telah ada (*Amandemen*) yang merupakan satu kesatuan tidak terpisahkan dari Peraturan Internal ini.
- (3) Mekanisme review dan perubahan ditetapkan oleh Direktur.

BAB VII

Peraturan Internal Staf Tenaga Kesehatan Lainnya

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 153

- (1) Maksud dibuatnya Peraturan Internal Staf Kesehatan Lain agar Komite Tenaga Kesehatan Lain dapat menyelenggarakan tata kelola yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi di Rumah Sakit.
- (2) Tenaga kesehatan lain terdiri dari beberapa profesi tenaga kesehatan antara lain Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Gizi, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Fisioterapi, Okupasi Terapi, Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknisi Pelayanan Darah, Terapis Gigi dan Mulut, Refraksionis Optisien/Optomtris, Radiografer, Elektromedik, Pembimbing Kesehatan Kerja, Radioterapis, Fisikawan Medis, Ortotik Prostetik, Psikologi Klinik dan Penata anestesi.

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis

Pasal 154

Kompetensi masing-masing profesi hanya boleh dilakukan oleh staf tenaga kesehatan lainnya yang telah diberi kewenangan melalui proses kredensial kepada staf tenaga kesehatan lainnya berdasarkan kategori jenjang klinis masing-masing profesi.

Pasal 155

- (1) Untuk mendapatkan kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 154, staf tenaga kesehatan mengajukan secara tertulis kepada Direktur dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan, dan selanjutnya Direktur menugaskan kepada Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk melakukan proses kredensial.
- (2) Komite tenaga kesehatan lainnya menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf tenaga kesehatan lainnya sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan profesi masing-masing.

Bagian Ketiga Penugasan Klinis

Pasal 156

- (1) Komite Kesehatan Lainnya menetapkan kewenangan klinis dan mengusulkan kepada Direktur untuk dikeluarkan surat penugasan klinis.
- (2) Direktur mengeluarkan surat penugasan klinis yang berlaku dalam 3 (tiga) tahun.
- (3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengeluarkan surat pengakhiran penugasan klinis staf tenaga kesehatan lainnya atas rekomendasi subkomite etik dan disiplin profesi melalui Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

Bagian Keempat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Paragraf 1 Pembentukan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 157

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Gizi, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Fisioterapi, Okupasi Terapi, Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknisi Pelayanan Darah, Terapis Gigi dan Mulut, Refraksionis Optisien/Optomemis, Radiografer, Elektromedik, Pembimbing Kesehatan Kerja, Radioterapis, Fisikawan Medis, Ortotik Prostetik, Psikologi Klinik dan Penata anestesi.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lain berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas, fungsi dan wewenang Komite Tenaga Kesehatan Lainnya oleh Direktur.

Paragraf 2 Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan

Pasal 158

- (1) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lain paling sedikit terdiri atas:

- a. Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain;
 - b. Sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lain; dan
 - c. Subkomite Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lain ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
 - (3) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain dengan memperhatikan masukan dari tenaga kesehatan lain yang bekerja di Rumah Sakit.
 - (4) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. subkomite kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
 - (5) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lainnya.
 - (6) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b bertugas melakukan audit tenaga kesehatan lain dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lainnya.
 - (7) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.
 - (8) Personalia masing-masing sub Komite berjumlah minimal 2 orang dengan 1 orang ketua subkomite.

Pasal 159

- (1) Pengurus Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan:
 - a. sikap profesional;
 - b. reputasi; dan
 - c. perilaku;
- (2) Ketua komite tenaga kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditunjuk oleh Direktur.
- (3) Ketua sub Komite Kredensial, ketua sub komite mutu profesi, dan ketua sub komite etik dan disiplin profesi ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua komite Keperawatan
- (4) Pengangkatan dan pemberhentian pengurus Komite Keperawatan ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Pasal 160

- (1) Persyaratan Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain adalah:
 - a. pendidikan Minimal S1 Tenaga Kesehatan;
 - b. masa kerja minimal 10 tahun di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga;
 - c. sehat jasmani dan rohani;
 - d. mempunyai loyalitas tinggi di dalam komite;
 - e. mempunyai jiwa kepemimpinan; dan
 - f. memiliki sertifikat-sertifikat manajemen dan profesi
- (2) Persyaratan Ketua Sub Komite adalah:

- a. pendidikan minimal D3 Profesi;
- b. masa kerja minimal 5 tahun di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga;
- c. sehat jasmani dan rohani; dan
- d. mempunyai jiwa kepemimpinan;

Paragraf 3
Masa Jabatan dan Cara Penetapan

Pasal 161

- (1) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
- (2) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain dapat diangkat kembali setelah masa jabatan berakhir, maksimal 2 (dua) periode kepemimpinan.
- (3) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain dan Ketua Sub Komite dapat diberhentikan pada masa jabatannya, apabila berdasarkan kenyataannya Ketua Komite Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dan atau Ketua sub Komite:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; dan
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit.

Pasal 162

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lain dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan lain yang akan melakukan pelayanan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lain; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku tenaga kesehatan lain masing-masing profesi.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Tenaga Kesehatan Lain memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain untuk diteruskan kepada Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lain;
 - c. melakukan audit tenaga kesehatan lain;
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan; dan

- e. membuat laporan kegiatan dan menyampaikannya kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lain;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lain;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan kesehatan lain;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan tenaga kesehatan lain; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan kesehatan lain.

Pasal 163

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan tenaga kesehatan lain;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan tenaga kesehatan lain;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan tenaga kesehatan lain tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat penugasan tenaga kesehatan lain;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit tenaga kesehatan lain;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan tenaga kesehatan lain berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 4 Kredensial

Pasal 164

- (1) Rekomendasi dari Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan melalui proses Kredensial.
- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur kepada tenaga kesehatan lainnya untuk melakukan kompetensi masing-masing profesi dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu.
- (3) Proses Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan oleh Sub Komite Kredensial Komite Kesehatan Lainnya.
- (4) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf tenaga kesehatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (5) Tujuan dilakukan Kredensial adalah:
 - a. memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga kesehatan lainnya;
 - b. melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga kesehatan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas;

- c. pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga kesehatan lainnya yang berada di semua level pelayanan.
- (6) Setelah seorang Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (7) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang tenaga kesehatan lainnya tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Paragraf 4
Rekredensial

Pasal 165

- (1) Paling lambat 2 (dua) minggu sebelum habis masa berlakunya Surat Penugasan Klinis, staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rumah sakit melalui Subkomite Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya harus melakukan rekredensial terhadap staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan.
- (3) Proses rekredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan oleh Sub Komite Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (4) Mekanisme dan proses rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
- (5) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya kepada Direktur berupa:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Paragraf 5
Rapat

Pasal 166

Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri atas:

- a. Rapat Komite; dan
- b. Rapat Anggota Komite;

Pasal 167

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 166 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua Staff komite yang dilakukan 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

- (2) Rapat Anggota Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 166 huruf b adalah rapat yang dilakukan dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 168

- (1) Keputusan rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang hadir.

Pasal 169

- (3) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat komite atau rapat anggota komite, sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Paragraf 6 Panitia *Adhoc*

Pasal 170

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat dibantu oleh Panitia *Adhoc*.
- (2) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (3) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga kesehatan lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Tenaga kesehatan lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah sakit lain, organisasi profesi masing-masing tenaga kesehatan, dan/atau institusi pendidikan tenaga kesehatan sesuai dengan profesi masing-masing.

Paragraf 7 Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 171

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Tenaga kesehatan Lainnya dilakukan oleh Dewan Pengawas dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

Pasal 172

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 171 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Tenaga Kesehatan Lain dalam rangka menjamin mutu pelayanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

Bagian Kelima Pendanaan Komite Komite Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 173

Pelaksanaan kegiatan Komite Tenaga Kesehatan Lain didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan kebijakan rumah sakit.

BAB VIII PENGELOLAAN RUMAH SAKIT SEBAGAI UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS

Bagian Kesatu Umum

Pasal 174

- (1) Dalam menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
- (2) Otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perencanaan, penganggaran, penatausahaan, pelaksanaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah.
- (3) Dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur bertanggungjawab kepada Kepala Dinas melalui penyampaian laporan keuangan, laporan pengelolaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit.
- (4) Menyampaikan laporan keuangan, laporan penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

Bagian Kedua
Pengelolaan Keuangan

Paragraf 1
Perencanaan, Penganggaran, Penatausahaan, Pelaksanaan,
Pelaporan dan Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 175

- (1) Otonomi dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud pada Pasal 174 ayat (1) meliputi perencanaan, penganggaran, penatausahaan, pelaksanaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan.
- (2) Direktur bertanggung jawab atas pelaksanaan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan Rumah Sakit.

Pasal 176

- (1) Direktur dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 175 ayat (1) bertanggung jawab secara administratif/dalam bentuk laporan kepada Kepala Dinas.
- (2) Direktur dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 175 ayat (1) bertanggung jawab secara substantif kepada Bupati melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
- (3) Dalam penyampaian laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur melakukan penyusunan laporan keuangan yang merupakan bagian dari laporan kinerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disajikan sebagai lampiran laporan keuangan Dinas.
- (5) Tata cara dan format penyusunan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur lebih lanjut dalam Penatausahaan Keuangan dengan Peraturan Direktur.

Pasal 177

- (1) Dalam melaksanakan otonomi pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 176 ayat (1), Direktur ditetapkan selaku Kuasa Pengguna Anggaran sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (2) Kepala Dinas selaku Pengguna Anggaran melimpahkan kewenangannya atas pengelolaan keuangan Rumah Sakit kepada Direktur selaku Kuasa Pengguna Anggaran.
- (3) Selain selaku Kuasa Pengguna Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur memiliki tugas dan kewenangan:
 - a. menyusun Rencana Kerja dan Anggaran (RKA);
 - b. menyusun DPA;
 - c. menandatangani Surat Perintah Membayar (SPM);
 - d. mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - e. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
 - f. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan (PPTK) dan pejabat penatausahaan keuangan (PPK); dan

- g. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah; dan
 - h. mengusulkan Kuasa Pengguna Anggaran (KPA), Bendahara Pengeluaran (BP), Bendahara Penerimaan dan Bendahara Pengeluaran Pembantu (BPP) kepada Bupati melalui Dinas.
- (4) RKA dan RBA serta DPA sebagaimana yang dimaksud pada ayat (3) huruf (a) dan huruf (b) disampaikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) untuk diverifikasi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
 - (5) Direktur menandatangani Surat Perintah Membayar (SPM) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c meliputi Uang Persediaan (UP), Ganti Uang (GU), Ganti Uang Persediaan (GUP), Tambahan Uang Persediaan (TUP), Lumsum (LS).
 - (6) Direktur mengelola utang dan piutang Daerah yang menjadi tanggungjawabnya sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf d yang merupakan konsekwensi dari pelaksanaan DPA.

Pasal 178

- (1) Rencana Kegiatan dan Anggaran Rumah Sakit merupakan lampiran dari DPA Dinas.
- (2) DPA Rumah Sakit merupakan lampiran dari DPA Dinas.
- (3) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 177 ayat (1) Direktur melaksanakan belanja sesuai DPA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 177 ayat (3) huruf b sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Rumah Sakit juga melaksanakan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan.

Pasal 179

- (1) Seluruh pendapatan Rumah Sakit dapat digunakan langsung untuk membiayai belanja Rumah Sakit.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi seluruh pendapatan Rumah Sakit selain dari APBD dan APBN.
- (3) Pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dicantumkan dalam RKA Dinas pada kelompok Pendapatan Asli Daerah, jenis lain-lain Pendapatan Asli Daerah yang sah dan objek pendapatan Rumah Sakit.

Pasal 180

- (1) Pagu Anggaran belanja Rumah Sakit dalam RKA Dinas yang sumber dananya berasal dari pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 179 ayat (2) dan surplus anggaran Rumah Sakit dirinci dalam satu program, satu kegiatan, satu out put dan jenis belanjanya untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan.
- (2) Rincian lebih lanjut dari Pagu Anggaran Belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam RBA.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan lampiran dari DPA Dinas.

Pasal 181

- (1) Pembiayaan Rumah Sakit merupakan Lampiran RKA Dinas selanjutnya diintegrasikan pada akun pembiayaan Dinas.
- (2) Rumah Sakit dapat melakukan pergeseran rincian belanja yang ada di RBA, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sepanjang tidak melebihi pagu anggaran perjenis belanja di DPA dan dilaporkan Dewan Pengawas.

Paragraf 2 Prinsip Pengelolaan Keuangan

Pasal 182

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berazaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Dalam rangka penerapan prinsip dan azas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan Sistem Akuntansi berbasis Standar Akuntansi Pemerintahan.

Paragraf 3 Fleksibilitas

Pasal 183

- (1) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 175 ayat (1) Rumah Sakit dengan status BLUD memperoleh fleksibilitas berupa:
 - a. pengelolaan pendapatan dan belanja;
 - b. pengelolaan kas;
 - c. pengelolaan utang;
 - d. pengelolaan piutang;
 - e. pengelolaan investasi;
 - f. pengelolaan barang dan/atau jasa;
 - g. pengadaan barang/jasa;
 - h. penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban;
 - i. pengelolaan surplus dan defisit;
 - j. kerjasama dengan pihak lain;
 - k. mempekerjakan tenaga Non Aparatur Sipil Negara (Non ASN);
 - l. pengelolaan dana secara langsung; dan
 - m. perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), selanjutnya diatur dalam Peraturan Bupati.

Paragraf 4 Tarif Layanan

Pasal 184

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.

- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan (*unit cost*) dan per kegiatan (*activity based costing*).
- (3) Sasaran penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah untuk menutup sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan pelayanan serta tidak mengutamakan mencari keuntungan dengan tetap memperhatikan kemampuan ekonomi sosial masyarakat dan daya saing untuk pelayanan sejenis.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.

Pasal 185

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur kepada Bupati.
- (2) Penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Daerah atau Peraturan Bupati.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (4) Pola tarif dan penetapan besaran tarif disusun oleh Tim Tarif yang dibentuk oleh Direktur.

Pasal 186

- (1) Peraturan Daerah atau Peraturan Bupati mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.

Paragraf 5

Struktur Anggaran Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 187

- (1) Struktur anggaran BLUD, terdiri atas:
 - a. pendapatan BLUD;
 - b. belanja BLUD; dan
 - c. pembiayaan BLUD.
- (2) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf a bersumber dari:
 - a. jasa layanan;
 - b. hibah;
 - c. hasil kerja sama dengan pihak lain;
 - d. APBN;
 - b. APBD; dan
 - e. lain-lain pendapatan BLUD yang sah.

Pasal 188

- (1) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf a berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.

- (2) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain.
- (3) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah terikat sebagaimana dimaksud ayat (2), digunakan sesuai dengan tujuan pemberian hibah, sesuai dengan peruntukannya yang selaras dengan tujuan BLUD sebagaimana tercantum dalam naskah perjanjian hibah.
- (4) Pendapatan BLUD yang bersumber dari Hasil kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf c dapat berupa hasil yang diperoleh dari kerja sama BLUD.
- (5) Pendapatan BLUD yang bersumber dari APBD dan APBN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf d berupa pendapatan yang berasal dari DPA APBD dan APBN.
- (6) Lain-lain pendapatan BLUD yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf e, meliputi:
 - a. jasa giro;
 - b. pendapatan bunga;
 - c. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - d. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/ atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD;
 - e. investasi; dan
 - f. pengembangan usaha.

Pasal 189

- (1) Pengembangan usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 191 ayat (6) huruf f dilakukan melalui pembentukan unit usaha untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat.
- (2) Unit usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari BLUD yang bertugas melakukan pengembangan layanan dan mengoptimalkan sumber pendanaan untuk mendukung kegiatan BLUD.

Pasal 190

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf a sampai dengan huruf e dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran BLUD sesuai RBA, kecuali yang berasal dari hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (2) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui Rekening Kas BLUD.
- (3) Seluruh pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan rumah sakit.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Pasal 191

- (1) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (1) huruf b terdiri atas:
 - a. belanja operasi; dan
 - b. belanja modal.
- (2) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mencakup seluruh belanja BLUD untuk menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja bunga dan belanja lain.
- (4) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b mencakup seluruh belanja BLUD untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD.
- (5) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi belanja tanah, belanja peralatan dan mesin, belanja gedung dan bangunan, belanja jalan, irigasi dan jaringan, dan belanja aset tetap lainnya.

Pasal 192

- (1) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. penerimaan pembiayaan; dan
 - b. pengeluaran pembiayaan.
- (2) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun anggaran berikutnya.

Pasal 193

- (1) Penerimaan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 192 ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya;
 - b. divestasi; dan
 - c. penerimaan utang/pinjaman.
- (2) Pengeluaran pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 192 ayat (1) huruf b meliputi:
 - a. investasi; dan
 - b. pembayaran pokok utang/pinjaman.

Paragraf 6

Perencanaan dan Penganggaran Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 194

- (1) Rumah Sakit menyusun Renstra BLUD.
- (2) Renstra BLUD Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan Rumah Sakit.

- (3) Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan.
- (4) Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuatu visi yang ditetapkan, agar tujuan organisasi dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.
- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai selama 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang dan kendala yang ada atau mungkin timbul.
- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisis atas faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
- (7) Rencana pencapaian 5 (lima) tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- (8) Proyeksi keuangan 5 (lima) tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Pasal 195

Renstra BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 194 ayat (1), dipergunakan sebagai dasar penyusunan RBA dan Evaluasi kinerja.

Pasal 196

RBA merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan Rumah Sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

Pasal 197

- (1) Rencana Strategis sebagaimana dimaksud pada pasal 194 ayat (1) mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD).
- (2) Sebelum ditetapkan oleh Bupati Rancangan Renstra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Dewan Pengawas untuk mendapat persetujuan.
- (3) Rumah sakit yang menerapkan BLUD menyusun RBA mengacu pada Renstra.
- (4) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan:
 - a. anggaran berbasis kinerja;
 - b. standar satuan harga; dan
 - c. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya, APBD, dan sumber pendapatan BLUD lainnya.
- (5) Standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf b merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku di suatu daerah.

- (6) BLUD menyusun standar satuan harga yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (7) Dalam hal BLUD belum menyusun standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (9), BLUD menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan oleh Keputusan Bupati.
- (8) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf c merupakan pagu belanja yang dirinci menurut belanja operasi dan belanja modal.

Pasal 198

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 197 meliputi:
 - a. ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - b. rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - c. perkiraan harga;
 - d. besaran persentase ambang batas; dan
 - e. perkiraan maju atau *forward estimate*.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu presentase ambang batas tertentu.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disertai dengan standar pelayanan minimal.

Pasal 199

- (1) Ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 198 ayat (1) huruf a merupakan ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) Rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 198 ayat (1) huruf b, merupakan rencana anggaran untuk seluruh kegiatan tahunan yang dinyatakan dalam satuan uang yang tercermin dari rencana pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (3) Perkiraan harga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 198 ayat (1) huruf c, merupakan estimasi harga jual produk barang dan/atau jasa setelah memperhitungkan biaya per satuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari Tarif Layanan.
- (4) Besaran persentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 198 ayat (1) huruf d, merupakan besaran persentase perubahan anggaran bersumber dari pendapatan operasional yang diperkenankan dan ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional BLUD.
- (5) Perkiraan maju sebagaimana dimaksud dalam Pasal 198 ayat (1) huruf e, merupakan perhitungan kebutuhan dana untuk tahun anggaran berikutnya dari tahun yang direncanakan guna memastikan kesinambungan program dan kegiatan yang telah disetujui dan menjadi dasar penyusunan anggaran tahun berikutnya.

Pasal 200

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA Dinas pada akun pendapatan daerah pada kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan dari BLUD.

- (2) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 191 ayat (1) huruf b yang sumber dananya berasal dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e dan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD, diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA Dinas pada akun belanja daerah yang selanjutnya dirinci dalam I (satu) program, I (satu) kegiatan, I (satu) *output* dan jenis belanja.
- (3) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan serta kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan.
- (4) BLUD dapat melakukan pergeseran rincian belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), sepanjang tidak melebihi pagu anggaran dalam jenis belanja pada DPA untuk selanjutnya disampaikan kepada PPKD.
- (5) Rincian belanja dicantumkan dalam RBA.

Pasal 201

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 198 ayat (1) diintegrasikan/dikonsolidasikan dan merupakan kesatuan dari RKA.
- (2) RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan rancangan peraturan daerah tentang APBD.

Pasal 202

- (1) PPKD menyampaikan RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 201 ayat (2) kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah untuk dilakukan penelaahan.
- (2) Hasil penelaahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain digunakan sebagai dasar pertimbangan alokasi dana APBD untuk BLUD.

Pasal 203

- (1) Tim Anggaran Pemerintah Daerah menyampaikan kembali RKA beserta RBA yang telah dilakukan penelaahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 202 ayat (1) kepada PPKD untuk dicantumkan dalam rancangan peraturan daerah tentang APBD yang selanjutnya ditetapkan menjadi Peraturan Daerah tentang APBD.
- (2) Tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan RBA mengikuti tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan APBD.

Paragraf 7

Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 204

Rumah Sakit menyusun DPA berdasarkan peraturan daerah tentang APBD untuk diajukan kepada PPKD.

Pasal 205

- (1) DPA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 204 memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) PPKD mengesahkan DPA sebagai dasar pelaksanaan anggaran BLUD.

Pasal 206

- (1) DPA yang telah disahkan oleh PPKD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 205 ayat (2) menjadi dasar pelaksanaan anggaran yang bersumber dari APBD.
- (2) Pelaksanaan anggaran yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk belanja pegawai, belanja modal dan belanja barang dan/atau jasa yang mekanismenya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pelaksanaan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan secara berkala sesuai dengan kebutuhan yang telah ditetapkan, dengan memperhatikan anggaran kas dalam DPA, dan memperhitungkan:
 - a. jumlah kas yang tersedia;
 - b. proyeksi pendapatan; dan
 - c. proyeksi pengeluaran.
- (4) Pelaksanaan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dengan melampirkan RBA.

Pasal 207

- (1) DPA yang telah disahkan dan RBA menjadi lampiran perjanjian kinerja yang ditandatangani oleh Bupati dan Direktur.
- (2) Perjanjian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain memuat kesanggupan untuk meningkatkan:
 - a. kinerja pelayanan bagi masyarakat;
 - b. kinerja keuangan; dan
 - c. manfaat bagi masyarakat.

Pasal 208

- (1) Dalam pelaksanaan anggaran, Direktur menyusun laporan pendapatan BLUD, laporan belanja BLUD, dan laporan pembiayaan BLUD secara berkala kepada PPKD.
- (2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab yang ditandatangani oleh Direktur.
- (3) Berdasarkan laporan yang melampirkan surat pernyataan tanggung jawab sebagaimana dimaksud ayat (2), Direktur menerbitkan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan untuk disampaikan kepada PPKD.
- (4) Berdasarkan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), PPKD melakukan pengesahan dengan menerbitkan Surat Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan.

Pasal 209

- (1) Untuk pengelolaan kas rumah sakit, Direktur membuka rekening kas BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Rekening kas rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk menampung penerimaan dan pengeluaran kas yang dananya bersumber dari pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e.

Pasal 210

- (1) Dalam pengelolaan kas, BLUD menyelenggarakan:
 - a. perencanaan penerimaan dan pengeluaran kas;
 - b. pemungutan pendapatan atau tagihan;
 - c. penyimpanan kas dan pengelolaan rekening BLUD;
 - d. pembayaran;
 - e. perolehan sumber dana untuk menutup defisit jangka pendek; dan
 - f. pemanfaatan surplus kas untuk memperoleh pendapatan tambahan.
- (2) Penerimaan BLUD dilaporkan setiap hari kepada Direktur melalui pejabat keuangan.

Pasal 211

Dalam pelaksanaan anggaran, rumah sakit melakukan penatausahaan keuangan paling sedikit memuat:

- a. pendapatan dan belanja;
- b. penerimaan dan pengeluaran;
- c. utang dan piutang;
- d. persediaan, aset tetap dan investasi; dan
- e. ekuitas.

Paragraf 8

Pengelolaan Belanja Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 212

- (1) Pengelolaan belanja rumah sakit diberikan Fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan belanja yang disesuaikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA dan DPA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilaksanakan terhadap belanja rumah sakit yang bersumber dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, huruf e, dan hibah tidak terikat.
- (4) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan besaran persentase realisasi belanja yang diperkenankan melampaui anggaran dalam RBA dan DPA.
- (5) Dalam hal belanja BLUD melampaui ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), terlebih dahulu mendapat persetujuan Bupati.
- (6) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, BLUD mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada PPKD.

Pasal 213

- (1) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 212 ayat (4) dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal kas.
- (2) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhitungkan fluktuasi kegiatan operasional, meliputi:
 - a. kecenderungan/tren selisih anggaran pendapatan BLUD selain APBD tahun berjalan dengan realisasi 2 (dua) tahun anggaran sebelumnya; dan

- b. kecenderungan/tren selisih pendapatan BLUD selain APBD dengan prognosis tahun anggaran berjalan.
- (3) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dicantumkan dalam RBA dan DPA.
 - (4) Pencantuman ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa catatan yang memberikan informasi besaran presentase ambang batas.
 - (5) Pesentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.
 - (6) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), digunakan apabila pendapatan BLUD sebagaimana Pasal 187 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c. dan huruf e diprediksi melebihi target pendapatan yang telah ditetapkan RBA dan DPA tahun yang dianggarkan.

Paragraf 9
Piutang dan Utang/Pinjaman
Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 214

- (1) BLUD mengelola piutang sehubungan dengan penyerahan barang, jasa, dan/atau transaksi yang berhubungan langsung atau tidak langsung dengan kegiatan BLUD.
- (2) BLUD melaksanakan penagihan piutang pada saat piutang jatuh tempo, dilengkapi administrasi penagihan.
- (3) Dalam hal piutang sulit tertagih, keputusan penagihan piutang diputuskan setelah dikonsultasikan kepada Bupati dengan melampirkan bukti yang sah.

Pasal 215

- (1) Piutang dapat dihapus secara mutlak atau bersyarat.
- (2) Tata cara penghapusan piutang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Bupati.

Pasal 216

- (1) BLUD dapat melakukan utang/pinjaman sehubungan dengan kegiatan operasional dan/atau perikatan pinjaman dengan pihak lain.
- (2) Utang/pinjaman sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa utang/pinjaman jangka pendek atau utang/ pinjaman jangka panjang.

Pasal 217

- (1) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 216 ayat (2) merupakan utang/pinjaman yang memberikan manfaat kurang dari 1 (satu) tahun yang timbul karena kegiatan operasional dan/atau yang diperoleh dengan tujuan untuk menutup selisih antara jumlah kas yang tersedia ditambah proyeksi jumlah penerimaan kas dengan proyeksi jumlah pengeluaran kas dalam 1 (satu) tahun anggaran.
- (2) Pembayaran utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang harus dilunasi dalam tahun anggaran berkenaan.

- (3) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dalam bentuk perjanjian utang/pinjaman yang ditandatangani oleh Direktur dan pemberi utang/pinjaman.
- (4) Pembayaran kembali utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah melalui rumah sakit.
- (5) Mekanisme pengajuan utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Bupati.

Pasal 218

- (1) Utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana, dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) merupakan utang/pinjaman yang memberikan manfaat lebih dari 1 (satu) tahun anggaran dengan masa pembayaran kembali atas utang/pinjaman tersebut lebih dari 1 (satu) tahun anggaran.
- (2) Utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya untuk pengeluaran belanja modal.
- (3) Pembayaran utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang meliputi pokok utang/pinjaman, bunga dan biaya lain yang harus dilunasi pada tahun anggaran berikutnya sesuai dengan persyaratan perjanjian utang/pinjaman yang bersangkutan.
- (4) Mekanisme pengajuan utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 10 Investasi

Pasal 219

- (1) Rumah sakit dapat melakukan investasi sepanjang memberi manfaat bagi peningkatan pendapatan dan peningkatan pelayanan kepada masyarakat serta tidak mengganggu likuiditas keuangan BLUD dengan tetap memperhatikan rencana pengeluaran.
- (2) Investasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa investasi jangka pendek.

Pasal 220

- (1) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 217 ayat (2) merupakan investasi yang dapat segera dicairkan dan dimaksudkan untuk dimiliki selama 12 (dua belas) bulan atau kurang.
- (2) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan mengoptimalkan surplus kas jangka pendek dengan memperhatikan rencana pengeluaran.
- (3) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. deposito pada bank umum dengan jangka waktu 3 (tiga) sampai dengan 12 (dua belas) bulan dan/atau yang dapat diperpanjang secara otomatis;
 - b. surat berharga negara jangka pendek; dan
 - c. lain-lain investasi yang memenuhi kriteria investasi jangka pendek.
- (4) Karakteristik investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:

- a. dapat segera diperjual belikan, dicairkan;
- b. ditujukan untuk manajemen kas; dan
- c. instrumen keuangan dengan risiko rendah.

Pasal 221

Pengelolaan investasi rumah sakit dengan status BLUD diatur dengan Peraturan Bupati.

Paragraf 11 Sisa Lebih Perhitungan Anggaran

Pasal 222

- (1) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD merupakan selisih lebih antara realisasi penerimaan dan pengeluaran BLUD selama 1 (satu) tahun anggaran.
- (2) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihitung berdasarkan laporan realisasi anggaran pada I (satu) periode anggaran.
- (3) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat digunakan dalam tahun anggaran berikutnya, kecuali atas perintah Bupati berdasarkan terjadinya kesulitan likuiditas keuangan daerah yang dibuat oleh PPKD dan disetorkan sebagian atau seluruhnya ke kas daerah dengan mempertimbangkan posisi likuiditas dan rencana pengeluaran BLUD.
- (4) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan likuiditas.
- (5) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang digunakan untuk membiayai program dan kegiatan harus melalui mekanisme APBD, dicatatkan pada saat pelaksanaan APBD Perubahan.
- (6) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (5) apabila dalam kondisi mendesak dapat dilaksanakan mendahului APBD perubahan.
- (7) Kriteria kondisi mendesak sebagaimana dimaksud pada ayat (6) mencakup:
 - a. program dan kegiatan pelayanan dasar masyarakat yang anggarannya belum tersedia dan/atau belum cukup anggarannya pada tahun anggaran berjalan;
 - b. keperluan mendesak lainnya yang apabila ditunda akan menimbulkan kerugian yang lebih besar bagi pemerintah daerah dan masyarakat.

Pasal 223

Pengelolaan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD diatur dengan Peraturan Bupati.

Paragraf 12
Defisit Anggaran

Pasal 224

- (1) Defisit anggaran BLUD merupakan selisih kurang antara pendapatan dengan belanja BLUD.
- (2) Dalam hal anggaran BLUD diperkirakan defisit, ditetapkan pembiayaan untuk menutupi defisit tersebut antara lain dapat bersumber dari sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya dan penerimaan pinjaman.
- (3) Dalam hal terjadi defisit pada BLUD maka Pemerintah Daerah wajib menyediakan dana untuk menutup defisit melalui mekanisme pembiayaan.

Paragraf 13
Penyelesaian Kerugian

Pasal 225

Setiap kerugian daerah pada BLUD akibat tindakan melawan hukum atau yang disebabkan oleh kelalaian seseorang diselesaikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai penyelesaian kerugian negara/daerah.

Paragraf 14
Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 226

- (1) BLUD menyelenggarakan akuntansi dan menyusun laporan keuangan.
- (2) Dalam rangka akuntabilitas keuangan, laporan keuangan BLUD sebelum dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal dilakukan Reviu oleh Satuan Pengendali Internal (SPI).
- (3) BLUD menyelenggarakan akuntansi, menyusun laporan keuangan dan pertanggungjawaban keuangan wajib dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal.

Pasal 227

- (1) BLUD menyusun pelaporan dan pertanggungjawaban berupa laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. laporan realisasi anggaran (LRA);
 - b. laporan perubahan saldo anggaran lebih;
 - c. neraca;
 - d. laporan operasional;
 - e. laporan arus kas (LAK);
 - f. laporan perubahan ekuitas; dan
 - g. catatan atas laporan keuangan (Calk).
- (3) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disusun berdasarkan standar akuntansi pemerintahan (SAP).

- (4) Dalam hal standar akuntansi pemerintahan tidak mengatur jenis usaha BLUD, BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi.
- (5) BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) yang diatur dengan Peraturan Bupati.
- (6) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil atau keluaran BLUD.
- (7) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 228

- (1) Laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pasal 227 ayat (1) disertai dengan laporan kinerja paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir, setelah dilakukan reviu oleh OPD yang membidangi pengawasan di pemerintah daerah.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaporkan oleh BLUD kepada PPKD dan diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan Dinas, untuk selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah.
- (3) Hasil reviu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesatuan dari laporan keuangan BLUD tahunan.

Pasal 229

Dalam rangka akuntabilitas keuangan laporan keuangan BLUD sebelum dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal dilakukan Reviu oleh Satuan Pengendali Internal (SPI).

Bagian Ketiga Pengelolaan Barang Milik Daerah

Pasal 230

- (1) Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan Barang Milik Daerah.
- (2) Otonomi dalam pengelolaan Barang Milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban penggunaan dan penatausahaan Barang Milik Daerah.
- (3) Rumah Sakit berwenang dan bertanggungjawab dalam pengelolaan Barang Milik Daerah dan merupakan keseluruhan kegiatan yang meliputi perencanaan kebutuhan dan penganggaran, pengadaan, penggunaan, pemanfaatan, pengamanan dan pemeliharaan, penilaian, penatausahaan dan pengendalian dalam rangka melaksanakan tugas dan fungsi Rumah Sakit dalam lingkup Barang Milik Daerah yang ada dalam penguasaannya.
- (4) Direktur mempunyai wewenang dan bertanggungjawab dalam pelaksanaan penggunaan dan penatausahaan Barang Milik Daerah meliputi:
 - a. mengajukan rencana kebutuhan dan penganggaran barang milik daerah bagi Rumah Sakit yang dipimpinnya;

- b. mengajukan permohonan penetapan status penggunaan barang yang diperoleh dari beban APBD dan perolehan lainnya yang sah;
- c. melakukan pencatatan dan inventarisasi barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;
- d. menggunakan barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya untuk kepentingan penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit yang dipimpinnya;
- e. mengamankan dan memelihara barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;
- f. mengajukan usul pemanfaatan dan pemindah tanganan barang milik daerah berupa tanah dan/atau bangunan yang tidak memerlukan persetujuan DPRD dan barang milik daerah selain tanah dan/atau bangunan;
- g. menyerahkan barang milik daerah berupa tanah dan/atau bangunan yang tidak digunakan untuk kepentingan penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah yang dipimpinnya dan sedang tidak dimanfaatkan pihak lain, kepada Bupati melalui Pengelola Barang;
- h. mengajukan usul pemusnahan dan penghapusan barang milik daerah;
- i. melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian atas penggunaan barang milik daerah yang ada dalam penguasaannya;
- j. menyusun dan menyampaikan laporan barang pengguna semesteran dan laporan barang pengguna tahunan yang berada dalam penguasaannya kepada Pengelola Barang; dan
- k. Hasil pemanfaatan barang milik daerah merupakan pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah BLUD.

Bagian Keempat
Pengelolaan Kepegawaian

Paragraf 1
Umum

Pasal 231

- (1) Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan kepegawaian.
- (2) Direktur dapat mengusulkan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian pegawai yang berasal dari Aparatur Sipil Negara kepada pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (3) Direktur memiliki kewenangan dalam menyelenggarakan pembinaan pegawai yang berasal dari Aparatur Sipil Negara dalam pelaksanaan tugas dan fungsi dalam jabatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (4) Direktur memiliki kewenangan dalam pengelolaan dan pembinaan pegawai non ASN di lingkungan BLUD sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Paragraf 2
Klasifikasi Pegawai BLUD

Pasal 232

Pegawai BLUD terdiri atas:

- a. Aparatur Sipil Negara (ASN); dan
- b. Non ASN BLUD.

Pasal 233

Kedudukan, Hak, dan Kewajiban Pegawai RSUD yang berasal dari Aparatur Sipil Negara (ASN) sebagaimana dimaksud Pasal 232 huruf a tunduk pada ketentuan Peraturan yang berlaku.

Pasal 234

- (1) Pegawai non ASN BLUD sebagaimana dimaksud Pasal 232 huruf b berkedudukan sebagai pegawai pada Rumah Sakit untuk masa kontrak sebagaimana ditetapkan dengan peraturan direktur.
- (2) Kedudukan, hak dan kewajiban Pegawai non ASN BLUD tunduk pada ketentuan peraturan yang berlaku.

Paragraf 3

Pengadaan Pegawai BLUD Non ASN

Pasal 235

- (1) Pengadaan Pegawai Non ASN BLUD didasarkan pada formasi kebutuhan yang disusun berdasar:
 - a. jenis dan sifat pelayanan yang diberikan;
 - b. kemampuan pendapatan operasional;
 - c. sarana dan prasarana yang tersedia; dan
 - d. uraian dan peta jabatan/analisa beban kerja;
- (2) Formasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan terlebih dahulu kepada Bupati untuk mendapatkan persetujuan.
- (3) Untuk melaksanakan pengadaan Pegawai Non ASN BLUD, Direktur membentuk Panitia Seleksi Pengadaan Pegawai Non ASN BLUD
- (4) Susunan Panitia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. penanggungjawab;
 - b. ketua;
 - c. sekretaris; dan
 - d. anggota;
- (5) Panitia Pengadaan Pegawai BLUD Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mempunyai tugas:
 - a. menampung/menerima usulan kebutuhan tenaga di masing-masing unit;
 - b. menyusun kriteria persyaratan kebutuhan staf di masing-masing unit;
 - c. menyampaikan pengumuman penerimaan calon Pegawai BLUD dan/atau menggunakan lamaran yang sudah diterima oleh Rumah Sakit;
 - d. melakukan seleksi terhadap berkas administrasi yang dipersyaratkan;
 - e. melakukan pemanggilan kepada peserta tes yang dinyatakan lolos seleksi administrasi untuk mengikuti tes tahap berikutnya;
 - f. melakukan tes kepada peserta yang dinyatakan lolos seleksi administrasi;
 - g. mengusulkan peserta tes yang lolos seleksi dan akan diterima menjadi calon Pegawai BLUD berdasarkan persetujuan Direktur;
 - h. Ketua tim mengumumkan calon Pegawai Non ASN BLUD; dan
 - i. melakukan pemanggilan kepada Calon Pegawai Non ASN BLUD yang dinyatakan lulus semua tahapan tes.

- (6) Ketentuan mengenai Formasi diatur lebih lanjut dengan Keputusan Direktur.
- (7) Ketentuan mengenai Persyaratan dan tata cara seleksi penerimaan Pegawai Non ASN BLUD selanjutnya diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Pasal 236

- (1) Pengadaan Pegawai Non ASN BLUD dilaksanakan melalui seleksi Penerimaan Pegawai Non ASN BLUD oleh Panitia Pengadaan Pegawai Non ASN BLUD yang ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Seleksi sebagaimana dimaksud ayat (1) meliputi:
 - a. administrasi;
 - b. seleksi Kompetensi Dasar (SKD);
 - c. seleksi Kompetensi sesuai Bidang (SKB); dan
 - d. wawancara dan praktek.
- (3) Selain materi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Rumah Sakit dapat menambah materi seleksi sesuai dengan formasi yang ada (Kredensial bagi Tenaga Kesehatan).

Bagian Kelima Pengangkatan Pegawai Non ASN BLUD

Pasal 237

- (1) Bagi Calon Pegawai Non ASN BLUD yang dinyatakan lulus tes selanjutnya diangkat menjadi Pegawai Non ASN BLUD dengan masa percobaan selama 3 (tiga) bulan;
- (2) Pegawai sebagaimana dimaksud ayat (1) wajib mengikuti orientasi.
- (3) Orientasi sebagaimana dimaksud ayat (2) terdiri dari :
 - a. orientasi Umum; dan
 - b. orientasi Khusus.
- (4) Pegawai RS sebagaimana ayat (1) selama melakukan orientasi akan dievaluasi oleh atasan langsung.
- (5) Evaluasi sebagaimana ayat (4) terdiri dari :
 - a. Penilaian sasaran kerja pegawai;
 - b. Penilaian perilaku kerja pegawai yang meliputi :
 1. orientasi pelayanan;
 2. integritas;
 3. komitmen;
 4. disiplin;
 5. kerjasama.
- (6) Pengangkatan Pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Perjanjian Kerja dan ditandatangani oleh pegawai yang bersangkutan dan Direktur.

Pasal 238

- (1) Calon Pegawai Non ASN BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 237 ayat (1) dapat diangkat menjadi Pegawai Non ASN BLUD apabila telah menjalani masa percobaan selama 3 (tiga) bulan dan dinyatakan lulus.

- (2) Pengangkatan pegawai Non ASN BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Keputusan Direktur berlaku selama 1 (satu) tahun dan selanjutnya serta akan dilakukan evaluasi setiap 1 (satu) tahun.
- (3) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi :
 - a. penilaian kinerja pegawai yang meliputi uraian tugas jabatan;
 - b. penilaian kinerja pegawai yang meliputi :
 1. orientasi pelayanan;
 2. integritas;
 3. komitmen;
 4. disiplin; dan
 5. kerjasama;

Bagian Keenam
Evaluasi Kinerja

Pasal 239

Evaluasi kinerja Pegawai meliputi:

- a. Penilaian kinerja Pegawai yang terkait uraian tugas jabatan;
- b. Penilaian kinerja pegawai yang meliputi;
 1. orientasi pelayanan;
 2. integritas;
 3. komitmen;
 4. disiplin; dan
 5. kerjasama;

Pasal 240

- (1) Evaluasi kinerja Pegawai Administrasi:
 - a. evaluasi awal dilakukan pada saat orientasi selama 3 (tiga) bulan oleh atasan langsung;
 - b. evaluasi kinerja bagi pegawai administrasi dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali yang tertuang didalam Sasaran Kerja Pegawai (SKP) dan penilaian perilaku kerja pegawai (PKP);
 - c. evaluasi dilakukan berdasarkan kinerja individu dan kinerja mutu;
 - d. evaluasi dilakukan oleh Kepala Seksi dan Kepala Sub Bagian atas rekomendasi/ persetujuan dari atasan langsung;
- (2) Evaluasi kinerja Pegawai Fungsional:
 - a. evaluasi kinerja bagi pegawai fungsional dilaksanakan setiap 1 (satu) tahun sekali tertuang didalam sasaran kerja pegawai (SKP) dan penilaian perilaku kerja pegawai (PKP);
 - b. evaluasi dilakukan berdasarkan kinerja individu dan kinerja mutu;
 - c. evaluasi terhadap kinerja dokter dokter umum, dokter gigi, , dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter sub spesialis dilakukan oleh Kepala Bidang Pelayanan Pelayanan;
 - d. evaluasi terhadap tenaga keperawatan, tenaga kebidanan dan tenaga kesehatan lainnya dinilai oleh Kepala seksi sesuai dengan stuktur organisasi atas persetujuan dan/atau Rekomendasi dari atasan langsung.
- (3) Tenaga Medis, Tenaga Keperawatan, Tenaga Kebidanan dan tenaga kesehatan lainnya selain dilakukan evaluasi kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) akan dilakukan evaluasi terhadap praktek profesionalismenya yang dilaksanakan oleh komite dari masing-masing jabatan melalui subkomite mutu masing-masing komite jabatan.

- (4) Evaluasi kinerja dan praktek profesionalisme sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sekurang-kurangnya dilakukan 1 (satu) tahun sekali.

Bagian Ketujuh
Hak, Kewajiban dan Larangan Pegawai BLUD

Paragraf 1
Hak

Pasal 241

- (1) Calon Pegawai Non ASN BLUD berhak:
- a. menerima honorarium tetap setiap bulan yang besarnya ditetapkan dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kemampuan rumah sakit;
 - b. honorarium sebagaimana dimaksud huruf a diberikan berdasarkan jumlah hari masuk kerja;
 - c. mendapatkan ijin tidak masuk kerja maksimal 4 (empat) hari kerja selama menjadi Pegawai Honorer 3 (tiga) bulan; dan
 - d. mendapatkan bantuan biaya kesehatan dan/atau rawat inap setara Kelas II hanya untuk pegawai yang bersangkutan.
- (2) Pegawai Non ASN BLUD berhak:
- a. menerima honorarium tetap setiap bulan yang besarnya ditetapkan dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kemampuan rumah sakit;
 - b. memperoleh jasa pelayanan sebagai imbalan jasa berdasarkan ketentuan yang berlaku;
 - c. menjadi anggota BPJS kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan;
 - d. mendapatkan pensiun dari BPJS Ketenagakerjaan;
 - e. mendapatkan cuti;
 - f. pengembangan kompetensi; dan
 - g. hak-hak lain yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 242

Direktur dapat menaikkan honorarium Pegawai Non ASN BLUD setiap 2 (dua) tahun sekali secara berkala sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit dan besarnya ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur.

Paragraf 2
Kewajiban

Pasal 243

Pegawai BLUD memiliki kewajiban untuk:

- a. setia dan taat sepenuhnya kepada Pancasila, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Negara Kesatuan Republik Indonesia, dan Pemerintah yang sah;
- b. menjaga kesatuan dan persatuan bangsa;
- c. mentaati segala ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. melaksanakan kebijakan yang dirumuskan oleh pejabat Rumah Sakit;
- e. melaksanakan tugas kedinasan dengan penuh pengabdian, kejujuran, kesadaran, dan tanggungjawab di unit kerja yang ditempatkan;
- f. menunjukkan integritas dan keteladanan dalam sikap, perilaku, ucapan dan tindakan kepada setiap orang, baik di dalam maupun di luar kedinasan;
- g. menjunjung tinggi kehormatan negara, pemerintah dan martabat pegawai;
- h. menjaga hubungan baik antar pegawai dan keharmonisan di lingkungan kerja;

- i. memelihara dan/atau menjaga kerahasiaan, nama baik dan citra rumah sakit;
- j. memelihara dan/atau menjaga kerahasiaan pasien;
- k. bekerja dengan jujur, tertib dan cermat;
- l. melaporkan dengan segera kepada atasannya apabila mengetahui ada hal-hal yang dapat membahayakan atau merugikan negara, pemerintah dan rumah sakit terutama di bidang keamanan, keuangan dan materiil;
- m. masuk kerja dan mentaati ketentuan jam kerja;
- n. mencapai sasaran kerja pegawai yang ditetapkan;
- o. menggunakan dan memelihara barang-barang milik rumah sakit dengan sebaik-baiknya;
- p. memberikan pelayanan sebaik-baiknya kepada masyarakat menurut bidang tugasnya masing-masing;
- q. bertindak dan bersikap sopan serta adil dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat;
- r. berpakaian rapi dan sopan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di rumah sakit;
- s. mentaati peraturan kedinasan yang ditetapkan oleh Direktur;
- t. wajib bekerja di Rumah Sakit apabila telah selesai mengikuti Pendidikan dan Pelatihan yang diikuti dan dibiayai oleh Rumah Sakit minimal 5 (lima) tahun;
- u. mengembalikan dua kali seluruh biaya pendidikan dan pelatihan yang telah dikeluarkan oleh Rumah Sakit apabila mengundurkan diri sebelum batas waktu yang ditentukan pada huruf t Pasal ini;
- v. ikut berperan serta dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit; dan
- w. bersedia ditempatkan sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit oleh Tim Kepegawaian.

Paragraf 3
Larangan

Pasal 244

(1) Pegawai BLUD dilarang:

- a. menyalahgunakan wewenang yang telah diberikan;
- b. menjadi perantara untuk mendapatkan keuntungan pribadi dan/atau orang lain dengan menggunakan kewenangan orang lain;
- c. bekerja pada perusahaan asing, konsultan asing, atau lembaga swadaya masyarakat asing;
- d. memiliki, menjual, membeli, menggadaikan, menyewakan atau meminjamkan barang-barang baik bergerak atau tidak bergerak, dokumen atau surat berharga milik negara secara tidak sah;
- e. melakukan kegiatan bersama dengan atasan, teman sejawat, bawahan atau orang lain di dalam maupun diluar lingkungan kerjanya dengan tujuan untuk keuntungan pribadi, golongan atau pihak lain yang secara langsung atau tidak langsung merugikan rumah sakit;
- f. memberi atau menyanggupi akan memberikan sesuatu kepada siapapun baik secara langsung atau tidak langsung dan dengan dalih apapun untuk diangkat dalam jabatan;
- g. menerima hadiah atau suatu pemberian apa saja dari siapapun juga yang berhubungan dengan jabatan dan/atau pekerjaannya;
- h. melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan suatu tindakan yang dapat menghalangi atau mempersulit salah satu pihak yang dilayani sehingga mengakibatkan kerugian bagi yang dilayani;
- i. menghalangi berjalannya tugas kedinasan;

- j. melakukan tindakan asusila baik dilingkungan rumah sakit maupun di luar lingkungan rumah sakit;
- k. memberikan dukungan kepada calon Presiden/WakilPresiden, Dewan Perwakilan Rakyat, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan calon Bupati/ Wakil Bupati dengan cara :
 - 1. ikut serta sebagai pelaksana kampanye;
 - 2. menjadi peserta kampanye dengan menggunakan atribut partai;
 - 3. sebagai peserta kampanye dengan menggunakan fasilitas Rumah Sakit;
 - 4. membuat keputusan dan/atau tindakan yang menguntungkan atau merugikan salah satu pasangan calon selama masa kampanye;
 - 5. mengadakan kegiatan yang mengarah kepada keberpihakan terhadap pasangan calon yang menjadi peserta pemilu sebelum, selama, dan sesudah masa kampanye meliputi pertemuan, ajakan, himbauan, seruan, atau pemberian barang dalam lingkungan unit kerjanya, anggota keluarga dan masyarakat;
- l. memberikan pelayanan yang bersifat diskriminatif;
- m. menjadi anggota dan/atau pengurus partai politik;
- n. memberikan keterangan palsu atau dipalsukan;
- o. mabuk, madat, memakai obat bius atau narkoba, berjudi di dalam dan/atau di luar lingkungan kerja;
- p. menganiaya dan/atau berkelahi, menghina secara kasar atau mengancam pimpinan dan/atau keluarganya, teman sekerja didalam dan/atau di luar lingkungan kerja; dan
- q. dengan sengaja atau ceroboh merusak, merugikan atau membiarkan dalam keadaan bahaya barang dan/atau fasilitas rumah sakit.

Bagian Kedelapan Penghargaan

Pasal 245

- (1) Pegawai Non ASN BLUD dapat memperoleh penghargaan berupa:
 - a. uang atau barang yang setara dengan uang;
 - b. piagam Penghargaan;
 - c. pengangkatan dalam jabatan non struktural;
 - d. pendidikan dan Pelatihan; dan/atau
 - e. pemberian izin untuk mengikuti pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi dan menempatkan kembali sesuai dengan kompetensi baru.
- (2) Pemberian penghargaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kesembilan Cuti Pegawai BLUD Non ASN

Pasal 246

- (1) Pegawai Non ASN BLUD berhak mendapat hak Cuti;
- (2) Cuti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut :
 - a. cuti tahunan selama 12 (dua belas) hari kerja;
 - b. cuti besar untuk kegiatan keagamaan (Ibadah haji) sejumlah 50 (lima puluh) hari termasuk cuti tahunan pada tahun berjalan;
 - c. cuti besar untuk kegiatan keagamaan (Ibadah Umroh, dll) paling banyak 14 (empat belas hari) termasuk cuti tahunan pada tahun berjalan;
 - d. cuti alasan penting paling banyak selama 14 (empat belas) hari; dan
 - e. cuti melahirkan bagi pegawai perempuan selama 3 (tiga) bulan;

- (3) Tata cara pemberian cuti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Bagian Kesepuluh
Pembinaan Pegawai BLUD

Pasal 247

- (1) Pegawai BLUD yang tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 243 dan/atau melakukan pelanggaran terhadap larangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 244 dapat dijatuhi hukuman disiplin.
- (2) Penjatuhan hukuman disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat 1 ditetapkan oleh pejabat yang berwenang secara hierarki.
- (3) Apabila pelanggaran yang dilakukan menimbulkan kerugian yang bernilai material dan/atau dapat dikategorikan sebagai tindak pidana, maka penyelesaian dapat dilakukan melalui jalur hukum.

Bagian Kesebelas
Tingkat, Jenis Hukuman Disiplin dan Profesi

Pasal 248

- (1) Tingkat Hukuman Disiplin dan Profesi terdiri atas:
 - a. hukuman disiplin ringan;
 - b. hukuman disiplin sedang; dan
 - c. hukuman disiplin berat.
- (2) Jenis hukuman disiplin ringan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas:
 - a. teguran lisan;
 - b. teguran tertulis; dan
 - c. pernyataan tidak puas secara tertulis.
- (3) Jenis hukuman disiplin sedang terhadap pegawai honorer dalam masa percobaan (3 bulan) terdiri atas:
 - a. penundaan kenaikan status kepegawaian selama 3 (tiga) bulan;
 - b. apabila selama 3 (tiga) bulan tersebut pegawai yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau lebih berat diberhentikan dari pegawai BLUD.
- (4) Jenis hukuman disiplin sedang terhadap pegawai tidak tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri atas:
 - a. penundaan kenaikan status kepegawaian selama 1(satu) tahun;
 - b. apabila selama 1 (satu) tahun tersebut pegawai yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau lebih berat diberhentikan dari pegawai BLUD.
- (5) Jenis hukuman disiplin sedang terhadap pegawai tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. penurunan status kepegawaian selama 6 (enam) bulan; dan
 - b. apabila selama 6 (enam) bulan tersebut pegawai yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau lebih berat tidak dapat dinaikan statusnya sebagai pegawai tetap.
- (6) Jenis hukuman disiplin berat terhadap pegawai honorer dalam masa percobaan adalah pemberhentian dengan tidak hormat sebagai pegawai BLUD.

- (7) Jenis hukuman disiplin berat terhadap pegawai tidak tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. penurunan status kepegawaian menjadi pegawai harian selama 6 (enam) bulan; dan
 - b. apabila selama 6 (enam) bulan pegawai tersebut yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau setara diberhentikan dari pegawai BLUD.
- (8) Jenis hukuman disiplin berat bagi pegawai tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. penurunan status kepegawaian setingkat lebih rendah selama 1 (satu) tahun;
 - b. pemindahan dalam rangka penurunan jabatan setingkat lebih rendah;
 - c. pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri dari Pegawai BLUD; dan
 - d. pemberhentian tidak dengan hormat dari Pegawai BLUD.

Bagian Kedua Belas
Jenis Pelanggaran dan Hukuman

Pasal 249

- (1) Hukuman disiplin tingkat ringan sebagaimana dimaksud pada Pasal 248 ayat (1) dijatuhkan bagi pelanggaran terhadap kewajiban sebagaimana dimaksud Pasal 243 dan terhadap larangan sebagaimana dimaksud Pasal 244 dan pelanggaran tersebut hanya berdampak negatif pada unit kerja/instalasi terkecil.
- (2) Masuk kerja dan mematuhi jam kerja sebagaimana dimaksud Pasal 243 huruf m berupa:
 - a. teguran lisan yang dituangkan dalam notulensi dan ditandatangani oleh pegawai yang bersangkutan dan atasan langsung yang memberikan teguran, apabila Pegawai BLUD tidak masuk kerja selama 3 (tiga) hari kerja tanpa alasan yang sah;
 - b. teguran tertulis dan dituangkan dalam berita acara yang ditandatangani oleh pegawai yang bersangkutan dan atasan langsung yang memberikan teguran, apabila Pegawai BLUD tidak masuk kerja selama 5 (lima) hari kerja tanpa alasan yang sah; dan
 - c. teguran berupa pernyataan tidak puas secara tertulis oleh atasan langsung dan dituangkan dalam berita acara yang ditandatangani oleh atasan langsung dan pegawai yang bersangkutan apabila Pegawai BLUD tidak masuk kerja selama 10 (sepuluh) sampai dengan 15 (lima belas) hari kerja tanpa alasan yang sah.

Pasal 250

- (1) Hukuman disiplin tingkat sedang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 248 ayat (3), ayat (4) dan ayat (5) dijatuhkan bagi pelanggaran terhadap kewajiban sebagaimana dimaksud Pasal 243 dan pelanggaran sebagaimana dimaksud Pasal 244 tersebut:
 - a. hanya berdampak negatif pada unit kerja (Bagian/Bidang) yang bersangkutan;
 - b. Penilaian kinerja pegawai sebagaimana yang ditetapkan pada Pasal 240 huruf n dengan tingkat capaian 25% (dua puluh lima persen) sampai dengan 50% (lima puluh persen).

- (2) Masuk kerja dan mematuhi jam kerja sebagaimana dimaksud Pasal 243 huruf m berupa:
- a. hukuman disiplin sedang terhadap pegawai honorer terdiri dari :
 1. penundaan kenaikan status kepegawaian selama 3 (tiga) bulan Pegawai BLUD yang tidak masuk kerja selama 14 (empat belas) hari kerja tanpa alasan yang sah;
 2. apabila selama 3 (tiga) bulan tersebut pegawai yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau lebih berat diberhentikan dari pegawai BLUD.
 - b. hukuman disiplin sedang terhadap pegawai tidak tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri dari:
 1. penundaan kenaikan status kepegawaian selama 1 (satu) tahun apabila Pegawai BLUD yang tidak masuk kerja selama 21 (dua puluh satu) hari kerja tanpa alasan yang sah;
 2. apabila selama 1 (satu) tahun tersebut pegawai yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau lebih berat diberhentikan dari pegawai BLUD.
 - c. Jenis hukuman disiplin sedang terhadap pegawai tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari:
 1. penurunan status kepegawaian selama 6 (enam) bulan apabila Pegawai BLUD yang tidak masuk kerja selama lebih dari 21 (dua puluh satu) hari kerja tanpa alasan yang sah;
 2. apabila selama 6 (enam) bulan tersebut pegawai yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau lebih berat tidak dapat dinaikan statusnya sebagai pegawai tetap.

Pasal 251

- (1) Hukuman disiplin tingkat berat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 248 ayat (6), ayat (7) dan ayat (8) dijatuhkan bagi pelanggaran terhadap kewajiban sebagaimana dimaksud Pasal 243 dan terhadap larangan sebagaimana dimaksud Pasal 244 dan pelanggaran tersebut:
- a. berdampak negatif pada Perangkat Daerah dan atau Pemerintah;
 - b. Penilaian kinerja pegawai sebagaimana yang ditetapkan pada Pasal 243 huruf n dengan tingkat capaian kurang dari 25% (dua puluh lima persen).
- (2) Masuk kerja dan mematuhi jam kerja sebagaimana dimaksud Pasal 243 huruf m berupa hukuman disiplin berat bagi pegawai tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:
- a. penurunan status kepegawaian setingkat lebih rendah selama 1 (satu) tahun apabila Pegawai BLUD yang tidak masuk kerja selama 31 (tiga puluh satu) sampai dengan 35 (tiga puluh lima) hari kerja tanpa alasan yang sah;
 - b. pemindahan dalam rangka penurunan jabatan setingkat lebih rendah apabila Pegawai BLUD yang tidak masuk kerja selama 31 (tiga puluh satu) sampai dengan 35 (tiga puluh lima) hari kerja tanpa alasan yang sah;
 - c. pemberhentian tidak dengan hormat dari Pegawai BLUD Pegawai BLUD yang tidak masuk kerja selama lebih dari 35 (tiga puluh lima) hari kerja tanpa alasan yang sah.

Bagian Ketiga belas
Pejabat yang Berwenang Menghukum

Pasal 252

- (1) Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian menetapkan penjatuhan hukuman disiplin bagi Pegawai BLUD untuk Jenis hukuman disiplin ringan sebagaimana dimaksud Pasal 248 ayat (2) huruf a, huruf b, dan huruf c.
- (2) Kepala Bagian Tata Usaha menetapkan hukuman disiplin bagi Pegawai BLUD untuk jenis hukuman disiplin sedang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 248 ayat (3).
- (3) Direktur menetapkan hukuman disiplin bagi Pegawai BLUD untuk jenis hukuman disiplin sedang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 248 ayat (4) dan ayat (5), ayat (6), ayat (7), dan ayat (8).

Bagian Keempat Belas
Tata Cara Pemanggilan, Pemeriksaan, Penjatuhan, dan
Penyampaian Keputusan Hukuman Disiplin

Pasal 253

- (1) Pegawai BLUD yang diduga melakukan pelanggaran disiplin dipanggil secara tertulis oleh Kepala sub bagian umum selaku pejabat yang menangani urusan kepegawaian untuk dilakukan pemeriksaan.
- (2) Pemanggilan kepada Pegawai BLUD yang diduga melakukan pelanggaran disiplin dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sebelum tanggal pemeriksaan.
- (3) Apabila pada tanggal yang seharusnya yang bersangkutan diperiksa tidak hadir, maka dilakukan pemanggilan kedua paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak tanggal seharusnya yang bersangkutan diperiksa pada pemanggilan pertama.
- (4) Apabila pada tanggal pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Pegawai BLUD yang bersangkutan tidak hadir juga, maka pejabat yang berwenang menghukum menjatuhkan hukuman disiplin berdasarkan alat bukti dan keterangan yang ada tanpa dilakukan pemeriksaan.

Pasal 254

- (1) Sebelum Pegawai BLUD dijatuhi hukuman disiplin setiap atasan langsung wajib memeriksa terlebih dahulu Pegawai BLUD yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.
- (2) Pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara tertutup dan hasilnya dituangkan dalam berita acara pemeriksaan.
- (3) Apabila menurut hasil pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kewenangan untuk menjatuhkan hukuman disiplin kepada Pegawai BLUD tersebut merupakan kewenangan:
 - a. atasan langsung yang bersangkutan, maka atasan langsung tersebut wajib menjatuhkan hukuman disiplin; dan
 - b. pejabat yang lebih tinggi, maka atasan langsung tersebut wajib melaporkan secara hierarki disertai berita acara pemeriksaan.

Pasal 255

- (1) Khusus untuk pelanggaran disiplin yang ancaman hukumannya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 248 ayat (6), ayat (7) dan ayat (8) dapat dibentuk Tim Pemeriksa.
- (2) Khusus untuk pelanggaran profesi yang ancaman hukumannya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 248 ayat (1) huruf a, huruf b, dan huruf c dapat dibentuk Tim Pemeriksa.
- (3) Tim Pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari atasan langsung, Komite Etik Rumah Sakit, unsur kepegawaian atau pejabat lain yang ditunjuk.
- (4) Tim Pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari atasan langsung, Sub Komite Etik Profesi, unsur kepegawaian atau pejabat lain yang ditunjuk.
- (5) Tim Pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 256

Apabila diperlukan, atasan langsung, Tim Pemeriksa atau pejabat yang berwenang menghukum dapat meminta keterangan dari pihak lain.

Pasal 257

- (1) Berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 254 ayat (2) harus ditandatangani oleh pejabat yang memeriksa dan Pegawai BLUD yang diperiksa.
- (2) Dalam hal Pegawai BLUD yang diperiksa tidak bersedia menandatangani berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berita acara pemeriksaan tersebut tetap dijadikan sebagai dasar untuk menjatuhkan hukuman disiplin.
- (3) Pegawai BLUD yang diperiksa, berhak mendapat foto kopi berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Pasal 258

- (1) Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dituangkan dalam berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 254 ayat (2), pejabat yang berwenang menghukum sebagaimana dimaksud Pasal 252 menjatuhkan hukuman disiplin dan profesi serta mewajibkan yang bersangkutan mematuhi rekomendasi dari Tim Pemeriksa yang diusulkan kepada atasan langsung atau kepada Direktur sesuai dengan tingkat dan jenis pelanggaran.
- (2) Dalam keputusan hukuman disiplin dan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disebutkan pelanggaran disiplin dan profesi yang dilakukan oleh Pegawai BLUD yang bersangkutan.

Pasal 259

- (1) Pegawai BLUD yang berdasarkan hasil pemeriksaan ternyata melakukan beberapa pelanggaran disiplin dan profesi, terhadapnya hanya dapat dijatuhi satu jenis hukuman yang terberat setelah mempertimbangkan pelanggaran yang dilakukan.

- (2) Pegawai BLUD yang pernah dijatuhi hukuman disiplin dan profesi kemudian melakukan pelanggaran yang sifatnya sama, kepadanya dijatuhi jenis hukuman yang lebih berat dari hukuman terakhir yang pernah dijatuhkan.
- (3) Pegawai BLUD tidak dapat dijatuhi hukuman disiplin dan profesi dua kali atau lebih untuk satu pelanggaran.

Pasal 260

- (1) Setiap penjatuhan hukuman disiplin dan profesi ditetapkan dengan keputusan pejabat yang berwenang menghukum.
- (2) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan secara tertutup oleh pejabat yang berwenang menghukum atau pejabat lain yang ditunjuk kepada Pegawai BLUD yang bersangkutan serta tembusannya disampaikan kepada pejabat terkait.
- (3) Penyampaian keputusan hukuman disiplin dan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak keputusan ditetapkan.
- (4) Dalam hal Pegawai BLUD yang dijatuhi hukuman disiplin dan profesi tidak hadir pada saat penyampaian keputusan hukuman, keputusan dikirim kepada yang bersangkutan.

Bagian Kelima belas Pemberhentian Pegawai BLUD

Paragraf 1 Umum

Pasal 261

- (1) Pegawai BLUD dapat mengakhiri hubungan kerja secara bersama-sama maupun secara sepihak.
- (2) Pemutusan hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan cara:
 - a. pemberhentian dengan hormat dari Pegawai BLUD; dan
 - b. pemberhentian tidak dengan hormat dari Pegawai BLUD.
- (3) Dalam hal dilakukan pemutusan hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pegawai BLUD tidak dapat menuntut pemberian kompensasi dalam bentuk apapun.

Paragraf 2 Batas Usia Pensiun Pegawai BLUD

Pasal 262

- (1) Batas usia pensiun Pegawai BLUD adalah 58 (lima puluh delapan) tahun.
- (2) Batas usia pensiun Pegawai BLUD yang berstatus sebagai Tenaga Medis Fungsional dapat diperpanjang sampai usia 60 (enam puluh) tahun.
- (3) Direktur dapat mempekerjakan tenaga Medis Spesialis, subspesialis dan spesialis konsultan yang berusia lebih dari 60 (enam puluh) tahun sebagaimana dimaksud ayat (2) apabila:

- a. sepanjang tenaga yang bersangkutan masih memiliki kompetensi yang dibuktikan dengan Surat Tanda Registrasi (STR) yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)
 - b. keahliannya sangat dibutuhkan oleh Rumah Sakit;
 - c. keahlian yang dimiliki tergolong langka; dan
 - d. sesuai dengan kemampuan Keuangan Rumah Sakit.
- (4) Tenaga Medis sebagaimana dimaksud ayat (3) akan diikat dengan Perjanjian Kerja.

Paragraf 3

Pemberhentian Dengan Hormat Sebagai Pegawai BLUD

Pasal 263

- (1) Pemberhentian dengan hormat sebagai Pegawai BLUD, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 261 ayat (2) huruf a dapat diberikan dalam hal:
 - a. masa berlaku perjanjian kerja, Keputusan Direktur sebagai Pegawai Tidak Tetap atau Pegawai Tetap telah berakhir dan tidak dilakukan perpanjangan;
 - b. mengajukan permohonan pengunduran diri;
 - c. tewas atau meninggal dunia;
 - d. tidak sehat jasmani atau rohani, sehingga tidak dapat melaksanakan tugas.
- (2) Pemberhentian dengan hormat Pegawai BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Pemberhentian dengan hormat Pegawai BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berkait pada timbulnya hak untuk menuntut pesangon/bonus/pensiun atau istilah lainnya yang bersifat membebani keuangan rumah sakit.

Pasal 264

- (1) Pemberhentian tidak dengan hormat sebagai Pegawai BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 261 ayat (2) huruf b dapat diberikan dalam hal:
 - a. melakukan penyelewengan terhadap Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 - b. dipidana dengan pidana penjara atau kurungan berdasarkan putusan pengadilan yang telah memiliki kekuatan hukum tetap, karena melakukan tindak pidana kejahatan Jabatan atau tindak pidana kejahatan yang ada hubungannya dengan Jabatan dan/atau pidana umum;
 - c. dinyatakan bersalah berdasarkan putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap karena melakukan tindak pidana kejahatan yang tidak ada hubungannya dengan jabatan;
 - d. menjadi anggota dan/atau pengurus partai politik;
 - e. dipidana dengan pidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan tindak pidana dengan hukuman pidana penjara paling singkat 2 (dua) tahun dan pidana yang dilakukan dengan berencana; dan
 - f. Melakukan Pelanggaran disiplin tingkat berat terhadap kewajiban dan larangan pegawai;
- (2) Pemberhentian dengan tidak hormat sebagaimana dimaksud ayat (1) dilakukan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 4
Jasa Pelayanan

Pasal 265

Jasa Pelayanan merupakan imbalan jasa yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik, pemeriksaan penunjang medik dan/atau pelayanan lainnya, yang ditetapkan dalam Peraturan Direktur.

Pasal 266

Jasa Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 263 diberikan berdasarkan prinsip dasar:

- a. proporsionalitas, yaitu pertimbangan atas kelas Rumah Sakit dan tingkat pelayanan;
- b. kesetaraan, yaitu dengan mempertimbangkan industri pelayanan sejenis;
- c. kepatutan, yaitu menyesuaikan kemampuan pendapatan fungsional Rumah Sakit.

Pasal 267

- (1) Pemberian gaji dan tunjangan bagi pegawai berstatus PNS dialokasikan melalui Anggaran Belanja Tidak Langsung.
- (2) Pemberian honorarium bagi pegawai berstatus Non PNS dialokasikan melalui Anggaran Belanja Langsung.
- (3) Alokasi anggaran honorarium bagi Pejabat Pengelola Keuangan, Pejabat Pelaksana Teknis, Pegawai, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Tim Pembina Rumah Sakit dianggarkan melalui Anggaran Belanja Langsung.
- (4) Semua biaya yang dikeluarkan untuk Jasa pelayanan dan/atau anggaran fungsional Rumah Sakit yang dianggarkan dalam DPA setinggi-tingginya 44% (empat puluh empat persen) dari realisasi pendapatan rumah sakit.
- (5) Besaran Jasa/Imbalan tenaga manajer pelayanan pasien, Kepala Instalasi dan tenaga Staf Medis dapat diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

Pasal 268

- (1) Besaran Jasa Pelayanan bagi pegawai didasarkan pada indikator penilaian yang meliputi:
 - a. pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
 - b. keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
 - c. resiko kerja (*risk index*);
 - d. tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
 - e. jabatan yang disandang (*position index*); dan
 - f. hasil/capaian kinerja (*performance index*);
- (2) Besaran Jasa Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

BAB IX
MANAJEMEN SUMBER DAYA

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 269

Manajemen Sumber Daya Rumah Sakit merupakan pengelolaan sarana prasarana pada rumah sakit untuk menunjang ketersediaan seluruh bahan dan alat kesehatan dalam rangka kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan secara luas.

Pasal 270

- (1) Pemenuhan sumber daya berupa sarana prasarana memerlukan ketersediaan data/informasi meliputi penggantian, penambahan, persyaratan pemeliharaan, sebagai komponen pengumpulan data untuk rekomendasi pada teknologi medik dan obat yang diperlukan untuk memberikan pelayanan.
- (2) Rumah sakit melakukan uji coba (*trial*) teknologi medik dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP).
- (3) Rumah Sakit tidak melakukan uji coba (*trial*) obat.
- (4) Dalam rangka pemilihan obat ditetapkan oleh Komite Farmasi dan Terapi (KFT).
- (5) Pada saat pemilihan alat atau teknologi medik Direktur membentuk Tim HTA (*Health Technology Assesment*).
- (6) Dalam melaksanakan tugasnya Tim HTA sebagaimana dimaksud ayat (5), mendapatkan rekomendasi dari Staf Klinis dan/atau organisasi profesi dalam pemilihan teknologi medik dan obat di Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Perencanaan

Pasal 271

- (1) Rumah Sakit menyusun analisa kebutuhan Sumber Daya yang merupakan Usulan dari seluruh komponen rumah sakit dan dituangkan dalam Rencana Kerja Unit (RKU).
- (2) Rencana Kerja Unit (RKU) sebagaimana dimaksud ayat (1) dibuat masing-masing Unit dalam format yang seragam dan di tetapkan Direktur.
- (3) Rencana Kerja Unit merupakan tahapan dalam proses perencanaan Rumah Sakit, berdasarkan:
 - a. Renstra Rumah Sakit;
 - b. target capaian terhadap status akreditasi dan program kerja rumah sakit;
 - c. laporan kinerja pada periode sebelumnya;
 - d. kemampuan sumber daya rumah sakit; dan
 - e. resiko yang dihadapi dalam proses pelaksanaan kegiatan dalam program kerja.

Bagian Ketiga
Pengadaan

Pasal 272

- (1) Pengadaan barang dan jasa dilakukan oleh Panitia Pengadaan Barang dan Jasa yang ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Pengadaan barang dan Jasa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mengacu pada DPA yang telah disahkan.
- (3) Rumah sakit dalam pembelian alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan obat yang beresiko termasuk vaksin, harus memperhatikan perihal sebagai berikut:
 - a. akte pendirian perusahaan dan pengesahan dari Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia dan *company profile*;
 - b. Surat Izin Usaha Perusahaan (SIUP);
 - c. NPWP;
 - d. Izin Pedagang Besar Farmasi-Penyualur Alat Kesehatan (PBF-PAK);
 - e. Perjanjian Kerja Sama antara distributor dan prinsipal serta rumah sakit;
 - f. nama dan Surat izin Kerja Apoteker untuk apoteker penanggung jawab PBF;
 - g. alamat dan denah kantor PBF; dan
 - h. surat garansi jaminan keaslian produk yang didistribusikan (dari prinsipal).
- (4) Selain persyaratan sebagaimana diatur dalam ayat (3) diatas, untuk mengetahui keaslian produk yang akan diadakan Direktur melalui Panitia Pengadaan Barang/Jasa mencari data/ informasi tentang rantai distribusi obat, serta perbekalan farmasi yang aman untuk melindungi pasien dan staf dari produk yang berasal dari pasar gelap, palsu, terkontaminasi, atau cacat.

Bagian Keempat
Pengelolaan

Pasal 273

- (1) Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan sarana dan prasarana mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Direktur mengatur dan menetapkan Kebijakan Pengelolaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit.
- (3) Setiap Kepala Unit Kerja di lingkungan rumah sakit melakukan pengawasan dan pengendalian atas penyelenggaraan pengelolaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Unit kerja di lingkungan rumah sakit wajib mengelola dan menatausahakan sarana dan prasarana rumah sakit yang berada dalam pengawasannya dengan sebaik-baiknya.

Pasal 274

- (1) Sarana dan prasarana rumah sakit adalah barang milik Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang merupakan aset yang tidak terpisahkan dari aset Pemerintahan Daerah.

- (2) Barang inventaris milik BLUD yang merupakan sarana dan prasarana rumah sakit yang dapat dihapus dan/atau dialihkan kepada pihak lain atas dasar pertimbangan ekonomis dengan dihibahkan.
- (3) Barang inventaris merupakan barang pakai habis, barang untuk diolah dan barang lainnya yang tidak memenuhi pernyataan sebagai aset tetap.

Pasal 275

- (1) BLUD tidak boleh mengalihkan dan/atau menghapus aset tetap kecuali atas persetujuan pejabat yang berwenang.
- (2) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan alat berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD atau dimanfaatkan oleh masyarakat umum.
- (3) Kewenangan pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan berdasarkan jenjang nilai dan jenis barang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Hasil pengalihan aset tetap sebagaimana dimaksud ayat (3) merupakan pendapatan BLUD dan diungkapkan secara memadai dalam Laporan Keuangan BLUD.
- (5) Pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap dilaporkan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (6) Penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi BLUD harus mendapat penetapan Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (7) Sarana dan prasarana yang berupa tanah yang dikuasai rumah sakit harus disertifikatkan.
- (8) Sarana dan prasarana rumah sakit yang berupa bangunan harus dilengkapi dengan bukti status kepemilikan dan ditatausahakan secara tertib.

BAB X MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Pasal 276

- (1) Direktur merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (2) Direktur, para pimpinan klinis, dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien.
- (3) Direktur bertanggungjawab memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen rumah sakit terhadap mutu.
- (4) Direktur mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi rumah sakit serta dukungan pemilik rumah sakit membentuk suatu budaya mutu di rumah sakit.
- (5) Direktur memilih pendekatan yang digunakan oleh rumah sakit untuk mengukur, menilai serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

- (6) Pengukuran mutu dilakukan menggunakan indikator mutu di tingkat rumah sakit dan di tingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.
- (7) Direktur menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien untuk mengatur dan mengarahkan pelaksanaan setiap harinya.
- (8) Direktur dapat membentuk Komite/Tim Peningkatan Mutu dan Komite Keselamatan Pasien.
- (9) Direktur menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di rumah sakit untuk memastikan koordinasi diseluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan.
- (10) Direktur bertanggungjawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik sebagai berikut:
 - a. setiap 3 (tiga) bulan yang meliputi capaian dan analisis indikator mutu area klinis, area manajemen, sasaran keselamatan pasien, capaian implementasi panduan praktik klinik, dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien.
 - b. setiap 6 (enam) bulan Direktur melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik antara lain mencakup:
 1. jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya;
 2. apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut;
 3. tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respon terhadap kejadian tersebut; dan
 4. apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.
 - c. khusus untuk kejadian sentinel, Direktur wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 x 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 hari.
- (11) Direktur menetapkan Regulasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang dapat berbentuk Pedoman dan prosedur-prosedur lainnya antara lain berisi sebagai berikut:
 - a. penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur, serta mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - b. peran Direktur dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - c. peran Direktur dan para pimpinan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat rumah sakit (indikator area klinik, area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien) serta keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah;
 - d. peran Direktur dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai area focus untuk perbaikan;
 - e. monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan dan bagaimana melakukan monitoringnya;
 - f. proses pengumpulan data, analisis, feedback, dan pemberian informasi kepada staf;
 - g. bagaimana alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik rumah sakit; dan

- h. bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan *surveillance* infeksi.
- (12) Direktur dengan para pimpinan dan Komite/Tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas rumah sakit dengan memperhatikan beberapa hal sebagai berikut:
- a. misi Rumah Sakit;
 - b. data-data permasalahan yang ada (komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, terdapat kejadian tidak diharapkan);
 - c. terdapat sistem serta proses yang memperhatikan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak misalnya pelayanan pasien stroke yang dilakukan oleh lebih satu dokter spesialis saraf dan memperhatikan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi;
 - d. dampak dan perbaikan misalnya penilaian perbaikan efisiensi suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan stroke, pelayanan jantung dan lainnya, dan/atau identifikasi pengurangan biaya serta sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Sehingga perlu pembuatan program (tool) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru;
 - e. dampak pada perbaikan sistem sehingga efek perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya sistem manajemen obat di rumah sakit; dan
 - f. riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk rumah sakit pendidikan.
- (13) Direktur membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan mengembangkan standarisasi proses dan hasil asuhan klinis pelayanan prioritas serta mengembangkan pengukuran mutu klinis, manajerial, dan penerapan sasaran keselamatan pasien.
- (14) Dalam Pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit, Direktur dapat menetapkan kebijakan dan/atau Standar Prosedur Operasional.
- (15) Dalam rangka pengawasan kegiatan operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pengawasan mutu pelayanan, Direktur dapat menetapkan Tim atau Panitia Teknis Pengawasan Mutu.

BAB XI MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN KERJA

Pasal 277

- (1) Rumah Sakit wajib menyelenggarakan K3RS.
- (2) Penyelenggaraan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. membentuk dan mengembangkan Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit; dan
 - b. menerapkan standar K3RS.
- (3) Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit meliputi:
- a. penetapan kebijakan K3RS;
 - b. perencanaan K3RS;
 - c. pelaksanaan rencana K3RS;
 - d. pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS; dan
 - e. peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS.

- (4) Kebijakan K3RS sebagaimana yang dimaksud ditetapkan secara tertulis dengan Keputusan Kepala atau Direktur dan disosialisasikan ke seluruh SDM Rumah Sakit.
- (5) Kebijakan K3RS meliputi:
 - a. penetapan kebijakan dan tujuan dari program K3RS;
 - b. penetapan organisasi K3RS; dan
 - c. penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana.
- (6) Perencanaan K3RS sebagaimana dimaksud dibuat berdasarkan manajemen risiko K3RS, peraturan perundang-undangan, dan persyaratan lainnya.
- (7) Perencanaan K3RS ditetapkan oleh Direktur.
- (8) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud meliputi:
 - a. manajemen risiko K3RS;
 - b. keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit;
 - c. pelayanan Kesehatan Kerja;
 - d. pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
 - e. pencegahan dan pengendalian kebakaran;
 - f. pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
 - g. pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja; dan
 - h. kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.
- (9) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud harus didukung oleh sumber daya manusia di bidang K3RS, sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai.
- (10) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilakukan oleh sumber daya manusia di bidang K3RS yang ditugaskan oleh Direktur.
- (11) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal SMK3 Rumah Sakit.
- (12) Hasil pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.
- (13) Peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilakukan untuk menjamin kesesuaian dan efektivitas penerapan SMK3 Rumah Sakit.
- (14) Peninjauan sebagaimana dimaksud dilakukan terhadap penetapan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan rencana, dan pemantauan dan evaluasi.
- (15) Hasil peninjauan sebagaimana digunakan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja K3RS.

BAB XII MANAJEMEN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Pasal 278

- (1) Direktur menetapkan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian infeksi.

- (2) Direktur Bertanggung jawab terhadap tersedianya fasilitas sarana dan prasarana termasuk anggaran yang dibutuhkan untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi
- (3) Direktur Menentukan kebijakan strategi pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi:
 - a. pelaksanaan kebersihan tangan;
 - b. penggunaan APD yang tepat sesuai level resiko;
 - c. surveilans resiko infeksi;
 - d. investigasi wabah (*outbreak*) penyakit infeksi;
 - e. meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikroba secara aman;
 - f. asesmen berkala terhadap resiko;
 - g. menerapkan sasaran penurunan resiko; dan
 - h. mengukur dan mereview resiko infeksi.
- (4) Direktur mengadakan evaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- (5) Direktur mengadakan evaluasi kebijakan pemakaian antibiotika yang rasional dan desinfektan dirumah sakit berdasarkan saran dari komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- (6) Direktur menutup suatu unit perawatan atau instalasi yang dianggap potensial menularkan penyakit untuk beberapa waktu sesuai kebutuhan berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- (7) Dalam pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit terkait Pencegahan dan pengendalian Infesi, Direktur mengesahkan Regulasi dan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (8) Direktur memfasilitasi kebutuhan program kesehatan kerja atau karyawan terutama bagi petugas pada area beresiko.

BAB XIII MANAJEMEN KERJASAMA/KONTRAK

Bagian Kesatu Umum

Pasal 279

- (1) Rumah Sakit dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain, untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan.
- (2) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan saling menguntungkan.
- (3) Prinsip saling menguntungkan sebagaimana pada ayat (2) dapat berbentuk finansial dan/atau non finansial.
- (4) Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) meliputi:
 - a. kerja sama operasional;
 - b. kerjasama pemanfaatan barang milik daerah;
 - c. kerjasama klinis (kontrak klinis); dan
 - d. kerjasama manajemen (kontrak manajemen).

- (5) Penatalaksanaan Kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud ayat (4) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Bagian Kedua
Pengelolaan Jenis Kerja Sama

Pasal 280

- (1) Kerja Sama Operasional sebagaimana dimaksud pada Pasal 279 ayat (4) huruf a disebut Kerja Sama Operasional (KSO) dilakukan melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan mitra kerja sama dengan tidak menggunakan atau menggunakan barang milik daerah.
- (2) Kerjasama Pemanfaatan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada Pasal 279 ayat (4) huruf b dilakukan melalui pendayagunaan barang milik daerah dan/atau optimalisasi barang milik daerah dengan tidak mengubah status kepemilikan untuk memperoleh pendapatan dan tidak mengurangi kualitas.
- (3) Kerjasama Klinis (Kontrak Klinis) sebagaimana dimaksud Pasal 279 ayat (4) huruf c dapat dilakukan dengan Tenaga Staf Medis Spesialis, Spesialis Konsultan, Subspesialis, berdasarkan analisis kebutuhan Rumah Sakit berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh Kelompok Staf Medis Fungsional dengan epala Bidang Pelayanan setelah mendapat persetujuan dari Direktur atas usulan dari Ketua Komite Medik.
- (4) Kontrak Klinis dengan Tenaga Staf Medis /Individu Staf Klinis Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dilengkapi Pakta Integritas Staf Klinis untuk mematuhi Peraturan perundang-undangan dan Regulasi Rumah Sakit.
- (5) Regulasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud ayat (4) meliputi Kredensial, Rekredensial, Penilaian Kinerja, Standar Prosedur Operasional (SPO), Kode Etik, dan Peraturan Perundang-Undangan yang mengatur tentang Rumah Sakit.
- (6) Selain Kerjasama Klinis (Kontrak Klinis) sebagaimana dimaksud ayat (3) Rumah Sakit juga dapat Kerjasama dengan Badan Hukum/ Institusi dalam rangka pelaksanaan bidang kesehatan sebagai Rumah Sakit Rujukan Regional.
- (7) Kerjasama Manajemen (Kontrak Manajemen) sebagaimana dimaksud Pasal 279 ayat (4) huruf d dilakukan dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan operasional Rumah Sakit dan kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan Badan Hukum/ Institusi yaitu:
 - a. kerjasama Penunjang Medis/Non Medis; dan
 - b. kerjasama pelaksanaan sebagai Rumah Sakit Pendidikan dan Pengembangan Penelitian.
- (8) Kontrak manajemen sebagaimana dimaksud ayat (7) huruf a dapat meliputi kontrak untuk alat laboratorium, peralatan kedokteran, peralatan penunjang medis, obat-obatan, kontrak pelayanan, kontrak sumber daya manusia, pelayanan akuntansi keuangan, kebersihan, kerumahtanggaan seperti petugas keamanan, parkir, makanan, *linen/laundry*, pengolah limbah dan kontak manajemen lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit
- (9) Pendapatan yang berasal dari kerjasama sebagaimana dimaksud Pasal 279 ayat (4) yang sepenuhnya untuk menyelenggarakan tugas dan fungsi kegiatan Rumah Sakit merupakan pendapatan Rumah Sakit.

- (10) Pembiayaan yang timbul akibat dilakukannya kerjasama sebagaimana dimaksud Pasal 279 ayat (4) dibebankan pada anggaran fungsional Rumah Sakit berdasarkan kesepakatan kedua pihak.
- (11) Pemanfaatan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada Pasal 279 ayat (4) huruf b sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (12) Direktur menjabarkan secara tertulis jenis dan ruang lingkup, sifat dan cakupan pelayanan yang disediakan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.
- (13) Direktur bertanggung jawab terhadap kerjasama (kontrak) atau pengaturan lainnya.
- (14) Tata cara pelaksanaan kerjasama/ kontrak selanjutnya diatur dengan Peraturan Direktur.
- (15) Kepala Bidang/Bagian secara berjenjang berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan kontrak manajemen.

Bagian Ketiga Evaluasi Kontrak

Pasal 281

- (1) Rumah sakit perlu melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien berdasarkan atas kontrak atau perjanjian kerjasama lainnya.
- (2) Kontrak dan perjanjian kerjasama lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan berdasarkan kontrak tersebut.
- (3) Setiap kerjasama/kontrak yang telah dilengkapi indikator mutu harus dilaporkan ke rumah sakit sesuai dengan mekanisme pelaporan mutu di rumah sakit.
- (4) Kepala Bidang/Bagian melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen dibawah tanggungjawabnya.

BAB XIV MANAJEMEN PENDIDIKAN, PELATIHAN DAN PENELITIAN

Bagian Kesatu Pendidikan dan Pelatihan

Pasal 282

- (1) Setiap staf mendapat kesempatan meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilannya melalui pendidikan dan pelatihan dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan.
- (2) Kesempatan staf untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Pendidikan dan pelatihan harus sudah direncanakan, tertuang dalam rencana kerja anggaran dan atau sesuai dengan kebutuhan.
- (4) Pendidikan dan pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diselenggarakan di rumah sakit maupun dengan mengirim ke lembaga atau institusi penyelenggara pendidikan dan pelatihan.

Pasal 283

Monitoring dan kendali mutu pendidikan dan pelatihan dilaksanakan oleh Satuan Pengendali Internal (SPI) rumah sakit.

Bagian Kedua Praktek Klinik Mahasiswa

Pasal 284

- (1) Rumah sakit dalam menjalankan fungsinya sebagai rumah sakit pendidikan dengan menjadi lahan praktek klinik mahasiswa;
- (2) Pengelolaan pelaksanaan praktek klinik bagi mahasiswa kedokteran, Program Pendidikan Dokter Spesialis dan mahasiswa tenaga keperawatan serta mahasiswa tenaga kesehatan lainnya diatur dalam Keputusan Direktur.

Pasal 285

- (1) Rumah sakit memberikan pembekalan kepada mahasiswa praktek klinik sebelum menjalankan praktek klinik dengan materi paling sedikit meliputi:
 - a. profil rumah sakit;
 - b. program peningkatan mutu rumah sakit;
 - c. program Keselamatan pasien rumah sakit;
 - d. program pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - e. program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) rumah sakit;
 - f. bantuan hidup dasar (BHD); dan
 - g. komunikasi efektif.
- (2) Rumah sakit menyediakan pendamping klinik dan atau pembimbing klinik.

Bagian Ketiga Penelitian

Pasal 286

- (1) Orang Pribadi/Badan Hukum/Instansi dapat melakukan penelitian/pengambilan data di rumah sakit dengan memenuhi syarat dan ketentuan yang berlaku;
- (2) Rumah sakit membentuk Komisi Etik Penelitian Kesehatan untuk melakukan kaji etik penelitian;
- (3) Penelitian kesehatan yang dilakukan di rumah sakit harus memiliki surat keterangan lolos Kaji Etik Penelitian dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan rumah sakit dan atau Komisi Etik Penelitian Kesehatan yang terakreditasi.

BAB XV MANAJEMEN ETIK

Pasal 287

- (1) Rumah sakit menetapkan kerangka etika atau pedoman etika atau regulasi etik sebagai sarana edukasi untuk seluruh staf rumah sakit.

- (2) Kerangka etika atau pedoman etika atau regulasi etik sebagaimana dimaksud ayat (1) mengatur:
- a. tanggung jawab Direktur secara profesional dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan serta budaya kerja budaya kerja yang berpedoman pada etika dan perilaku etis termasuk etika pegawai;
 - b. penerapan etika dengan bobot yang sama pada kegiatan bisnis/manajemen maupun kegiatan klinis/pelayanan rumah sakit;
 - c. acuan keselarasan antara kinerja dan sikap organisasi tenaga kesehatan dan staf rumah sakit dengan visi, misi dan pernyataan nilai nilai rumah sakit, serta kebijakan sumber daya manusia.
 - d. pedoman bagi tenaga kesehatan, staf, serta pasien dan keluarga pasien ketika menghadapi dilema etis dalam asuhan pasien seperti perselisihan antar profesional serta perselisihan antara pasien dan dokter mengenai keputusan dalam asuhan dan pelayanan.
 - e. pertimbangan norma-norma nasional dan internasional berkaitan dengan penyusunan kerangka etik dan pedoman lainnya.

Pasal 288

Rumah sakit membentuk dan menetapkan Komite/Panitia/Tim yang mengelola etik rumah sakit dengan keputusan Direktur.

Pasal 289

Rumah Sakit dalam menjalankan kegiatan secara etik harus:

- a. mengungkapkan kepemilikan dan konflik kepentingan;
- b. menjelaskan pelayanan pada pasien secara jujur;
- c. melindungi kerahasiaan informasi pasien;
- d. menyediakan kebijakan yang jelas mengenai pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien
- e. menagih biaya untuk pelayanan yang diberikan secara akurat dan memastikan bahwa insentif finansial dan pengaturan pembayaran tidak mengganggu pelayanan pasien;
- f. mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran kinerja klinis dan kinerja organisasi;
- g. menetapkan sebuah mekanisme agar tenaga kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis atau mengajukan kekhawatiran etis dengan bebas dari hukuman, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait dengan masalah klinis ataupun operasional;
- h. mendukung lingkungan yang memperkenankan diskusi secara bebas mengenai masalah/isu etis tanpa ada ketakutan atas sanksi;
- i. menyediakan resolusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etis yang ada;
- j. memastikan praktik nondiskriminasi dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum serta budaya negara Indonesia; dan
- k. mengurangi kesenjangan dalam akses untuk pelayanan kesehatan dan hasil klinis.

BAB XVI
MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN

Pasal 290

- (1) Direktur menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Direktur melaksanakan, melakukan monitor, dan mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit.
- (3) Direktur menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf rumah sakit. Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan adalah:
 - a. perilaku yang tidak layak (*inappropriate*) seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat atau memaki;
 - b. Perilaku yang mengganggu (*disruptive*) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau non verbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, dan tindakan lainnya yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain.
 - c. perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama dan suku termasuk gender; dan
 - d. pelecehan seksual.
- (4) Hal-hal penting menuju budaya keselamatan adalah sebagai berikut:
 - a. Staf Rumah Sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit beresiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman;
 - b. regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera;
 - c. Direktur mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ketingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan; dan
 - d. mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.
- (5) Direktur melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data dan diskusi kelompok.
- (6) Direktur mendorong agar terbentuk kerjasama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini.
- (7) Direktur menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau dokter part time, serta anggota representasi pemilik.
- (8) Direktur mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas.
- (9) Direktur mengidentifikasi, mendokumentasi, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima.

- (10) Direktur menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi yang terkait dengan budaya keselamatan rumah sakit dapat diidentifikasi dan dikendalikan.
- (11) Direktur menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam rumah sakit.
- (12) Direktur menetapkan sistem menjaga kerahasiaan, sederhana, dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam rumah sakit secara tepat waktu.
- (13) Direktur melakukan investigasi secara tepat waktu terhadap laporan terkait budaya keselamatan rumah sakit.
- (14) Dilakukan identifikasi masalah pada sistem yang menyebabkan tenaga kesehatan melakukan perilaku yang berbahaya.
- (15) Direktur menggunakan pengukuran/indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam rumah sakit serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tersebut.
- (16) Direktur menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian / dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan.

BAB XVII MANAJEMEN PENANGANAN PENGADUAN

Bagian Kesatu Pengaduan Internal dan Eksternal

Pasal 291

- (1) Pengaduan Internal adalah pengaduan di lingkup Rumah Sakit.
- (2) Pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat berupa:
 - a. pengaduan ketidakpuasan, dan/atau keluhan Pegawai Rumah Sakit terhadap manajemen Rumah Sakit;
 - b. pelanggaran pelaksanaan tugas dan fungsi yang dilakukan Pegawai;
 - c. informasi tentang dugaan pelanggaran kode etik dan perilaku;
- (3) Pengaduan Eksternal adalah pengaduan yang dilakukan oleh masyarakat baik perseorangan maupun kelompok terhadap Rumah Sakit.
- (4) Pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (3) dapat berupa informasi/pemberitahuan berisi keluhan, dan/atau ketidakpuasan terkait dengan perilaku/pelayanan langsung maupun tidak langsung yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit Umum.
- (5) Pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat disampaikan dengan Surat resmi maupun secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.
- (6) Pengaduan sebagaimana dimaksud dan ayat (3) dapat disampaikan melalui kotak saran, media elektronik, media cetak, dan secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Penanganan Pengaduan

Pasal 292

- (1) Penanganan terhadap pengaduan sebagaimana dimaksud Pasal 291 ayat (2) huruf a dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit, harus diselesaikan dengan cara musyawarah dan mufakat.
- (2) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud Pasal 291 ayat (2) huruf b dilakukan oleh Atasan Langsung Pegawai dimaksud secara berjenjang.
- (3) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud Pasal 291 ayat (2) huruf c dilakukan oleh Komite Etik Rumah Sakit, Sub Komite Etik Komite Medik dan Sub Komite Etik Komite Keperawatan.
- (4) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud Pasal 291 ayat (3) dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit melalui Tim Penanganan Pengaduan.

BAB XVIII
MANAJEMEN PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT
DAN SUMBER DAYA LAIN

Pasal 293

- (1) Rumah Sakit wajib menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan dan keselamatan.

Pasal 294

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 293 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, yang terdiri dari limbah medis dan limbah non medis.
- (2) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan perundang-undangan.

Pasal 295

- (1) Pengelolaan Sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, gedung dan jalan dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengelolaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.

BAB XIX
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 296

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit, Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dengan Peraturan Bupati.

- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diusulkan oleh Direktur.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

Pasal 297

Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 296 harus memenuhi persyaratan:

- a. fokus pada jenis pelayanan;
- b. terukur;
- c. dapat dicapai;
- d. relevan dan dapat diandalkan; dan
- e. tepat waktu.

Pasal 298

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 297 huruf a mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 297 huruf b merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 297 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 297 huruf d merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 297 huruf e merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

BAB XX EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pasal 299

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD dilakukan setiap tahun oleh Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan BLUD sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.

Pasal 300

Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 298 ayat (1) diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam:

- a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
- b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas).
- c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
- d. kemampuan menerima dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.

Pasal 301

Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 299 ayat (1) dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

BAB XXI INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 302

- (1) Rumah Sakit berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku.
- (2) Rumah Sakit wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (3) Rekam medis dapat diberikan kepada:
 - a. pasien ataupun pihak lain atas izin pasien secara tertulis; dan
 - b. pengadilan untuk kepentingan peradilan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Hak dan Kewajiban Dokter Rumah Sakit

Pasal 303

- (1) Dokter Rumah Sakit berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya.
- (2) Dokter Rumah Sakit berkewajiban untuk:
 - a. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
 - b. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, etika dan hukum profesi kedokteran.

Bagian Ketiga Hak dan Kewajiban Pasien Rumah Sakit

Pasal 304

- (1) Pasien Rumah Sakit berhak untuk:
 - a. memperoleh informasi tentang tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - c. memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi;
 - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional
 - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
 - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
 - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai keinginannya dan peraturan yang berlaku di RumahSakit;

- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
 - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya termasuk data-data medisnya;
 - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tatacara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternative tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
 - k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
 - l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
 - m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya;
 - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
 - o. mengajukan usul, saran, dan perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
 - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 - q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana;
 - r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui medis cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pasien Rumah Sakit berkewajiban untuk:
- a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya; dan
 - b. mentaati seluruh prosedur yang berlaku di Rumah Sakit.

BAB XXII TUNTUTAN HUKUM

Pasal 305

- (1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit dituntut berkaitan dengan hukuman pidana dan/atau perdata, maka tindak lanjut berdasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka Rumah Sakit bertanggungjawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan/SPO yang telah ditetapkan.
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu yang tidak mematuhi aturan/SPO yang telah ditetapkan, maka Rumah Sakit tidak bertanggung jawab atas tuntutan tersebut.
- (4) Apabila hasil penelitian menunjukkan kebenaran dugaan pelanggaran, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberlakukan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XXIII
PENGISIAN JABATAN

Pasal 306

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati dari Pegawai Aparatur Sipil Negara yang memenuhi syarat atas usul Sekretaris Daerah Kabupaten selaku Ketua Badan Pertimbangan Jabatan dan Kepangkatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (2) Jabatan Struktural selain Direktur diisi Pegawai Aparatur Sipil Negara atas usulan Direktur kepada Bupati sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Pegawai Aparatur Sipil Negara yang menduduki jabatan pimpinan tinggi, jabatan administrator dan jabatan pengawas Rumah Sakit memenuhi persyaratan kompetensi:
 - a. teknis;
 - b. manajerial; dan
 - c. sosial kultural.
- (4) Kompetensi manajerial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b diukur dari tingkat pendidikan, pelatihan struktural atau manajemen dan pengalaman kepemimpinan.
- (5) Kompetensi sosial kultural sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c diukur dari pengalaman kerja berkaitan dengan masyarakat majemuk dalam hal agama, suku dan budaya sehingga memiliki wawasan kebangsaan.
- (6) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

BAB XXIV
PELAKSANAAN PERATURAN INTERNAL

Pasal 307

Petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis dalam Peraturan Bupati ini diatur dalam Standar Prosedur Operasional yang ditetapkan oleh Direktur.

BAB XXV
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 308

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku maka Peraturan Bupati Purbalingga Nomor 6 Tahun 2015 tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga (Berita Daerah Kabupaten Purbalingga Tahun 2015 Nomor 6) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 309

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Purbalingga.

Ditetapkan di Purbalingga
pada tanggal 6 Desember 2022

BUPATI PURBALINGGA,

ttd

DYAH HAYUNING PRATIWI

Diundangkan di Purbalingga
pada tanggal 6 Desember 2022

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN PURBALINGGA,

ttd

HERNI SULASTI

BERITA DAERAH KABUPATEN PURBALINGGA TAHUN 2022 NOMOR 137

LAMPIRAN I

KEPUTUSAN BUPATI PURBALINGGA
NOMOR 137 TAHUN 2022
TENTANG
PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.
R. GOETENG TAROENADIBRATA
PURBALINGGA

LOGO RUMAH SAKIT DAN ARTI LOGO

1. Logo RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga



2. Bentuk dan Warna

a. Bentuk logo terdiri dari 2 (dua) komponen yaitu *Logotype* dan *Logogram*.

1) *Logotype* berupa tulisan Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. GOETENG TAROENADIBRATA atau RSUD dr. R. GOETENG TAROENADIBRATA.

2) *Logogram* merupakan bentuk dasar logo yaitu berupa: Bentuk lingkaran, bentuk "+"; dan bentuk anak panah menghadap ke atas. *Logogram* ditarik garis imajiner membentuk huruf "G" dan "T" yang merupakan singkatan dari nama Goeteng Taroenadibrata.

Logotype dan *logogram* merupakan satu kesatuan identitas yang utuh dan tidak terpisahkan.

b. Warna logo terdiri dari:

- Merah untuk bentuk lingkaran;
- Orange untuk bentuk "+"; dan
- Hijau untuk bentuk anak panah.

3. Arti Logo

a. Bentuk lingkaran atau garis imajiner "G" bermakna RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata sebagai pusat pelayanan kesehatan rujukan yang mandiri dan bermutu tinggi;

b. Bentuk "+" atau garis imajiner "T" bermakna RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata sebagai penyedia sarana pelayanan kesehatan bagi semua lapisan masyarakat;

c. Bentuk anak panah menghadap ke atas bermakna RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata memiliki kemandirian dan kualitas tinggi dalam pelayanan kesehatan.

d. Warna mengandung makna:

- Merah melambangkan semangat;

- Orange melambangkan kehangatan, optimisme, percaya diri dan kemampuan bersosialisasi; dan
- Hijau melambangkan keseimbangan.

BUPATI PURBALINGGA,

ttd

DYAH HAYUNING PRATIWI

Diundangkan di Purbalingga
pada tanggal 6 Desember 2022

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN PURBALINGGA,

ttd

HERNI SULASTI

BERITA DAERAH KABUPATEN PURBALINGGA TAHUN 2022 NOMOR 137

Salinan Sesuai Dengan Aslinya

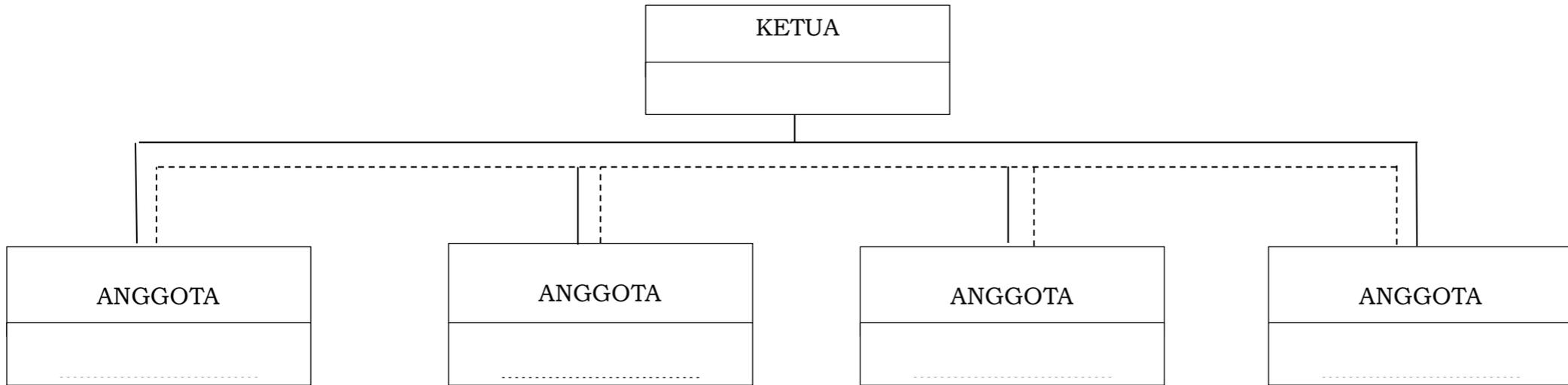
KEPALA BAGIAN HUKUM,


SOLIKHUN S.H., M.H.
Pembina Tingkat I

NIP. 19730310 199903 1 007

LAMPIRAN II
KEPUTUSAN BUPATI PURBALINGGA
NOMOR 137 TAHUN 2022
TENTANG
PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. GOETENG
TAROENADIBRATA PURBALINGGA

STRUKTUR ORGANISASI
DEWAN PENGAWAS RSUD dr. R GOETENG TAROENADIBRATA PURBALINGGA



Diundangkan di Purbalingga
pada tanggal 6 Desember 2022

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN PURBALINGGA,
ttd

HERNI SULASTI
BERITA DAERAH KABUPATEN PURBALINGGA TAHUN 2022 NOMOR

BUPATI PURBALINGGA,

ttd

DYAH HAYUNING PRATIWI

