



PERATURAN BUPATI OGAN KOMERING ULU SELATAN
NOMOR 12 TAHUN 2021

TENTANG

POLA TATA KELOLA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARADUA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KABUPATEN OGAN KOMERING ULU SELATAN,

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan salah satu urusan wajib Pemerintah Daerah sehingga penyelenggaraan pembangunan di bidang kesehatan perlu mendapatkan perhatian yang serius dari Pemerintah Daerah;
- b. bahwa dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua yang merupakan salah satu sarana kesehatan yang dimiliki Pemerintah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan, perlu disusun pedoman dalam rumah sakit yang mengatur penyelenggaraan rumah sakit yang baik, sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat berjalan efektif, efisien, dan berkualitas;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
2. Undang-Undang Nomor 37 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan, Kabupaten Ogan Komering Ulu Timur dan Kabupaten Ogan Ilir di Provinsi Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 152, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4347);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);

4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);

13. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
14. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
16. Peraturan Daerah Nomor 30 Tahun 2009 tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua (Lembaran Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan Tahun 2009 Nomor 30);
17. Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan (Lembaran Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan Tahun 2016 Nomor 6) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan (Lembaran Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan Tahun 2019 Nomor 8);
18. Peraturan Bupati Nomor 4 Tahun 2021 tentang Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan (Berita Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan Tahun 2021 Nomor 4);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUARADUA.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Kabupaten adalah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan.
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan.
3. Bupati adalah Bupati Ogan Komering Ulu Selatan.
4. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan.

5. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
6. Rencana Bisnis Anggaran, yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran BLUD.
7. Dokumen Pelaksanaan Anggaran BLUD yang selanjutnya disingkat DPA BLUD adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang akan dihasilkan dan digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran oleh BLUD.
8. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan.
9. Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD RSUD.
10. Pembina adalah Pembina Teknis BLUD Satuan Kerja Perangkat Daerah yang dilakukan oleh Kepala Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan.
11. Sekretaris Dewan Pengawas adalah orang yang membantu dan mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
12. Pola Tata Kelola Majerial (*Managerial By Laws*) adalah peraturan yang mengatur hubungan antara Pemerintah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan sebagai pemilik dengan Dewan pengawas, Pejabat Pengelola dan Staf Medis RSUD beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing – masing.
13. Pola Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) adalah peraturan yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari Staf Medis di RSUD.
14. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari Direktur, Sub Bagian Tata Usaha, Seksi Keperawatan, Seksi Pelayanan dan Penunjang Medis.
15. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan, dan hak seseorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.

16. Pejabat Keuangan adalah Kuasa Pengguna Anggaran, Sub Bagian Tata Usaha, Pejabat Penatausahaan Keuangan, Bendahara Penerimaan Pembantu, Bendahara Pengeluaran Pembantu pada RSUD.
17. Pejabat Teknis adalah Kepala Seksi Keperawatan, Kepala Seksi Pelayanan dan Penunjang Medis.
18. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotive, preventif, kuratif dan rehabilitative.
19. Staf medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu diunit pelayanan RSUD.
20. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, fisioterapi dan lain – lain.
21. Unit Kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.

Pasal 2

- (1) Pola Tata Kelola RSUD dimaksudkan sebagai pedoman bagi RSUD dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di RSUD dan memberikan panduan mengenai hak dan kewajiban bagi kalangan profesional, meliputi tenaga medis dan non medis.
- (2) Pola Tata Kelola RSUD ditujukan untuk:
 - a. tercapainya kerjasama yang baik antara pemerintah Kabupaten, pejabat pengelola, tenaga medis dan non medis; dan
 - b. meningkatkan profesionalisme dan tanggung jawab terhadap mutu layanan RSUD.

BAB II

PRINSIP POLA TATA KELOLA

Pasal 3

- (1) Pola Tata Kelola merupakan peraturan internal RSUD, yang didalamnya memuat :
 - a. struktur organisasi;
 - b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan
 - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Pola Tata Kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip :
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas; dan
 - d. independensi.

Pasal 4

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf a menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan, dan hak dalam organisasi sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf b menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf c menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektivitas pencapaian organisasi.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf d merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/ kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif dan produktif.

Pasal 5

- (1) Tranparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf a merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf b merupakan kejelasan pada fungsi, struktur, dan sistem yang dipercayakan pada RSUD agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak, melalui perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen Sumber Daya Manusia, pengelolaan aset dan manajemen pelayanan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf c merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf d merupakan 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 III
POLA TATA KELOLA MANAJERIAL
(*MANAGERIAL BY LAW*)

Bagian Kesatu
Identitas

Pasal 6

Identitas dari RSUD adalah:

- a. nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua;
- b. jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum;
- c. kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D; dan
- d. alamat Rumah Sakit adalah Jalan Raya Ranau Desa Suka Jaya Kecamatan Buay Rawan Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan.

Bagian Kedua

Visi, Misi, Motto, Tujuan Strategis, dan Budaya Kerja

Pasal 7

- (1) Visi RSUD Muaradua adalah “Terwujudnya Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua sebagai Pusat Pelayanan Rujukan yang Mandiri dan Bermutu Tinggi”.
- (2) Misi RSUD Muaradua adalah :
 - a. menyediakan sarana pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan semua lapisan masyarakat; dan
 - b. memberikan pelayanan yang profesional, efektif, efisien dan memuaskan semua pihak.
- (3) Tujuan Strategis RSUD Muaradua :
 - a. menyediakan sarana pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan semua lapisan masyarakat; dan
 - b. meningkatkan mutu layanan rumah sakit;
- (4) Budaya Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Muaradua :
 - a. bekerja dengan ikhlas, menjaga amanah serta semangat kebersamaan dalam tim adalah modal kami;
 - b. ramah tamah, kasih sayang, saling menghargai dan keterbukaan merupakan etos kerja kami; dan
 - c. kepuasan pelanggan merupakan tujuan kami.

Bagian Ketiga

Pemilik

Pasal 8

- (1) Pemilik RSUD adalah Pemerintah Kabupaten, dalam hal ini diwakili oleh Bupati.
- (2) Bupati bertanggung jawab atas pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan pelayanan umum kesehatan yang didelegasikan kepada RSUD terutama pada aspek manfaat yang dihasilkan.

Pasal 9

Bupati selaku Pemilik memiliki kewenangan :

- a. mengangkat dan menetapkan Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas, Pegawai dan Personil lain sesuai kewenangan yang diatur dalam Peraturan Perundang – undangan;
- b. menetapkan, menurunkan dan mencabut status BLUD;
- c. menetapkan tujuan, visi, misi dan rencana strategis bisnis;
- d. menetapkan Standar Pelayanan Minimal dan mengawasi mutu pelayanan;
- e. menetapkan tarif pelayanan dan mengawasi keterjangkauan pelayanan;
- f. menetapkan remunirasi;
- g. menyetujui atau menolak ketentuan pengadaan barang/jasa yang diajukan oleh Direktur;
- h. meminta dan menerima laporan pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap dan penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi melalui Sekretaris Daerah;
- i. menyetujui atau menolak pengalihgunaan tanah dan bangunan yang diajukan Direktur;
- j. menetapkan peraturan tentang sistem akuntansi dengan berpedoman pada standar akuntansi yang berlaku;
- k. meningkatkan peran masyarakat; dan
- l. melakukan integrasi dan koordinasi.

Bagian Keempat Pejabat Pengelola

Pasal 10

Pejabat Pengelola BLUD terdiri dari :

- a. Pemimpin, dalam hal ini disebut Direktur;
- b. Pejabat Keuangan, selanjutnya disebut Kepala Sub Bagian Tata Usaha; dan
- c. Pejabat Teknis, selanjutnya disebut Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Pelayanan dan Penunjang Medis.

Bagian Kelima Pengangkatan dan Pemberhentian Pejabat Pengelola

Pasal 11

- (1) Pejabat pengelola BLUD diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Pejabat pengelola BLUD dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil.
- (3) Sebutan pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku di RSUD.
- (4) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat pengelola BLUD, ditetapkan berdasarkan kompetensi dan

- kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (5) Pengangkatan dan Pemberhentian pejabat pengelola disesuaikan dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
 - (6) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh pejabat pengelola BLUD berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
 - (7) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (4), merupakan kepentingan BLUD untuk meningkatkan kinerja keuangan dan non keuangan berdasarkan kaidah – kaidah manajemen yang baik.

Bagian Keenam
Tugas dan Kewajiban Pejabat Pengelola

Paragraf 1

Direktur

Pasal 12

- (1) Kriteria direktur adalah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, atau dokter gigi spesialis yang memenuhi persyaratan sebagai berikut :
 - a. Pegawai Negeri Sipil;
 - b. sehat jasmani dan rohani; dan
 - c. memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang perumahsakitian; dan memenuhi persyaratan lain sebagaimana yang ditentukan dalam Peraturan Perundang-undangan dan persyaratan lain yang ditentukan oleh Bupati.
- (2) Direktur diberhentikan oleh Bupati dari jabatannya karena :
 - a. mengundurkan diri;
 - b. meninggal dunia;
 - c. tidak mampu melaksanakan tugas dan kewajibannya dan/atau;
 - d. dipindahtugaskan atau purna tugas.

Pasal 13

- (1) Direktur selaku Pemimpin BLUD, mempunyai tugas dan kewajiban :
 - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD;
 - b. menyusun rencana strategis bisnis BLUD;
 - c. menyiapkan RBA;
 - d. mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis kepada Bupati sesuai ketentuan yang berlaku; dan
 - e. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja

operasional serta keuangan BLUD kepada Bupati.

- (2) Direktur dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan BLUD.

Paragraf 2

Pejabat Keuangan

Pasal 14

- (1) Pejabat Keuangan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 mempunyai tugas dan kewajiban :
 - a. mengkoordinasikan penyusunan RBA;
 - b. menyiapkan DPA;
 - c. melaksanakan pengelolaan pendapatan dan pembiayaan;
 - d. menyelenggarakan pengelolaan kas;
 - e. melakukan pengelolaan utang piutang;
 - f. menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
 - g. menyelenggarakan sisten informasi manajemen keuangan; dan
 - h. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan.
- (2) Pejabat Keuangan BLUD dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab keuangan BLUD.
- (3) Pejabat Keuangan bertanggungjawab kepada Direktur.

Paragraf 3

Pejabat Teknis

Pasal 15

- (1) Pejabat teknis BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, mempunyai tugas dan kewajiban :
 - a. menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidangnya;
 - b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai RBA; dan
 - c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidangnya.
- (2) Pejabat Teknis BLUD dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab teknis di bidang masing-masing.
- (3) Pejabat Teknis bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Tanggung jawab Pejabat Teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia dan peningkatan sumber daya lainnya.

Paragraf 4
Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf a bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD yang dilakukan oleh pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Pemimpin BLUD.
- (3) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:
 - a. Pejabat Satuan Kerja Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan BLUD;
 - b. Pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
 - c. Tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (4) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas, yaitu:
 - a. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan BLUD, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
 - c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.
- (5) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang dan 1 (satu) orang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (6) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola BLUD.
- (7) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas berkewajiban:
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai RBA yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan BLUD dan

- memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD;
- c. melaporkan kepada Bupati tentang kinerja BLUD;
 - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan pengelolaan BLUD;
 - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelola BLUD; dan
 - f. memonitor tindak lanjut atas hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (2) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Pasal 18

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati.
- (2) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebelum waktunya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), apabila:
 - a. meninggal dunia;
 - b. mengundurkan diri;
 - c. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - d. tidak melaksanakan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
 - e. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD; dan/atau
 - f. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas BLUD.

Pasal 19

- (1) Bupati dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas yang berasal dari pegawai Rumah Sakit untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.

Bagian Ketujuh Organisasi Pelaksana Instalasi, Unit dan Ruangan

Pasal 20

- (1) Guna memungkinkan penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan kesehatan, dibentuk instalasi, unit dan ruangan yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi, unit dan ruangan ditetapkan dengan

keputusan Direktur.

- (3) Instalasi, unit dan ruangan dipimpin oleh Kepala Instalasi /Kepala Unit/Kepala Ruangan non struktural yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Kepala Instalasi/Kepala Unit/Kepala Ruangan berkoordinasi dengan Kasubbag Tata Usaha atau Kepala Seksi terkait dalam pelaksanaan kegiatan operasional maupun pelayanan.
- (5) Kepala Instalasi/Kepala Unit/Kepala Ruangan dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.

Pasal 21

Kepala Instalasi/Kepala Unit/Kepala Ruangan, mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di Instalasi/Unit/Ruangan masing-masing kepada Direktur.

Pasal 22

- (1) Pembentukan dan perubahan instalasi, unit dan ruangan didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (2) Instalasi terdiri dari:
 - a. Instalasi Gawat Darurat;
 - b. Instalasi Bedah Sentral;
 - c. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; dan
 - d. Instalasi Farmasi.
- (3) Unit terdiri dari:
 - a. Unit Laboratorium;
 - b. Unit Transfusi Darah Rumah Sakit;
 - c. Unit Radiologi;
 - d. Unit Fisioterapi;
 - e. Unit Depo Obat Rawat Jalan;
 - f. Unit Depo Obat Rawat Inap;
 - g. Unit Gudang Obat dan Farmasi;
 - h. Unit Admisi, Rekam Medis dan Teknologi Informasi;
 - i. Unit Pengelola Program Jaminan Kesehatan Nasional;
 - j. Unit Promosi Kesehatan dan Layanan Pengaduan;
 - k. Unit Gizi;
 - l. Unit Laundry dan CSSD (*Central Sterile Supply Departement*);
 - m. Unit Kamar Jenazah dan Kerohanian;
 - n. Unit Ambulance;
 - o. Unit Perencanaan, Pengadaan dan Pelaporan Program;
 - p. Unit Keuangan dan Akuntansi;
 - q. Unit Satuan Pengamanan;
 - r. Unit Kesehatan Lingkungan;
 - s. Unit Kebersihan dan Pertamanan;
 - t. Unit Keselamatan dan Kesehatan Kerja; dan
 - u. Unit Administrasi Umum, Kepegawaian dan Diklat.
- (4) Ruangan terdiri dari :

- a. Ruang Poliklinik Gigi;
 - b. Ruang Poliklinik THT dan MCU;
 - c. Ruang Poliklinik Penyakit Dalam;
 - d. Ruang Poliklinik Anak;
 - e. Ruang Poliklinik Bedah;
 - f. Ruang Poliklinik Obygyn;
 - g. Ruang Subik Tuha;
 - h. Ruang Saka Molek;
 - i. Ruang Selabung Elok;
 - j. Ruang Mariza Indah; dan
 - k. Ruang Seminung Permai.
- (5) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi / unit dan ruangan dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.

Bagian Kedelapan
Pelaksanaan Administrasi Rumah Sakit

Pasal 23

- (1) Penyelenggaraan administrasi RSUD dikoordinir oleh Sub Bagian Tata Usaha.
- (2) Penyelenggaraan administrasi RSUD terdiri dari:
 - a. administrasi keuangan;
 - b. administrasi umum dan kepegawaian; dan
 - c. administrasi perencanaan dan pelaporan.
- (3) Kegiatan penyelenggaraan administrasi keuangan terdiri dari:
 - a. penganggaran;
 - b. perbendaharaan; dan
 - c. akuntansi dan pelaporan keuangan.
- (4) Penyelenggaraan administrasi umum dan kepegawaian terdiri dari:
 - a. pengelolaan SDM;
 - b. pengelolaan aset, sarana dan prasarana; dan
 - c. hubungan masyarakat.
- (5) Penyelenggaraan administrasi perencanaan dan pelaporan terdiri:
 - a. perencanaan program kegiatan;
 - b. pelaporan program kegiatan; dan
 - c. pengadaan barang dan jasa.
- (6) Penugasan pegawai yang melaksanakan kegiatan administrasi RSUD ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Kesembilan
Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 24

- (1) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat

- (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok jabatan fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing yang berlaku.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (5) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari:
 - a. staf medis;
 - b. staf keperawatan; dan
 - c. staf tenaga kesehatan lainnya.

Pasal 25

- (1) Staf medis adalah kelompok tenaga medis yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Tenaga medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari: Dokter Umum, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, dan Dokter Gigi Spesialis.
- (3) Staf medis mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya, staf medis menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Pasal 26

- (1) Staf keperawatan adalah kelompok tenaga perawat yang bekerja di bidang keperawatan dalam jabatan fungsional.
- (2) Staf keperawatan mempunyai tugas melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, rencana, tindakan dan evaluasi keperawatan penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, staf keperawatan menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Pasal 27

- (1) Staf Tenaga Kesehatan Lainnya adalah kelompok tenaga kesehatan yang bekerja di bidang pelayanan kesehatan dalam jabatan fungsional.
- (2) Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. tenaga kefarmasian, yaitu apoteker dan asisten apoteker;
 - b. tenaga keteknisian medis, yaitu teknik elektro medik, radiografer, analis kesehatan, fisio terapis dan psikologi klinis; dan
 - c. tenaga kesehatan masyarakat, yaitu kesehatan

masyarakat, sanitarian dan nutrisisionis.

- (3) Staf Tenaga Kesehatan lainnya, mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan yang meliputi penyuluhan, pencegahan penyakit, Pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya, staf tenaga kesehatan lainnya menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Bagian Kesepuluh
Organisasi Pendukung
Satuan Pengawas Internal

Pasal 28

- (1) Satuan Pengawas Internal adalah organisasi fungsional yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal RSUD.
- (2) Satuan Pengawas Internal berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Satuan Pengawas Internal dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (4) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota Satuan Pengawas Internal adalah :
 - a. mempunyai etika, integritas, dan kapabilitas yang memadai;
 - b. memiliki Pendidikan dan/atau pengalaman teknis dalam pemeriksaan atau pengawasan; dan
 - c. mempunyai sikap independen dan objektif terhadap objek yang diperiksa atau diawasi.

Pasal 29

- (1) Satuan Pengawas Internal dalam melaksanakan tugas pemeriksaan audit kinerja internal RSUD, menyelenggarakan fungsi :
 - a. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen resiko di RSUD;
 - b. penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan dan efektivitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
 - c. pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh direktur;
 - d. pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
 - e. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan dan

pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional RSUD.

- (2) Dalam melaksanakan tugasnya, Satuan Pengawas Internal wajib untuk menyusun :
 - a. pedoman kerja Satuan Pengawas Internal;
 - b. program kerja tahunan; dan
 - c. laporan hasil pemeriksaan.

Bagian Kesebelas
Komite-Komite

Pasal 30

- (1) Guna membantu Direktur dalam mengawal dan menjamin mutu pelayanan sesuai dengan standar pelayanan RSUD dibentuk sejumlah Komite.
- (2) Komite-Komite yang dibentuk merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Komite-Komite yang dimaksud terdiri dari Komite Medis, Komite Keperawatan, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, Komite Mutu, Komite Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI), Komite Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) dan Komite Etik dan Hukum.
- (4) Susunan, fungsi, tugas dan kewajiban, serta tanggung jawab dan kewenangan Komite-Komite dimaksud diuraikan lebih lanjut dalam Keputusan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (5) Direktur dapat menambah atau mengurangi jumlah Komite sesuai dengan kebutuhan RSUD dan peraturan perundangan yang berlaku.

Bagian Kedua Belas
Prosedur dan Tata Kelola

Pasal 31

- (1) Setiap pimpinan unit pelayanan di lingkungan RSUD dalam melaksanakan tugasnya wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi sesuai tugas masing-masing.
- (2) Setiap pemimpin unit pelayanan di lingkungan RSUD wajib mengawasi bawahan dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Setiap pemimpin unit pelayanan di lingkungan RSUD bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahannya serta memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.

Pasal 32

Setiap pelaksanaan kegiatan harus didasarkan pada Standar

Prosedur Operasional (SPO) yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 33

Prinsip Standar Prosedur Operasional (SPO) harus jelas, mengutamakan kepentingan dan keselamatan pelanggan, konsisten sesuai dengan falsafah tujuannya, jelas pelaksana dan tanggung jawabnya, serta harus dapat dievaluasi.

Pasal 34

Kepala Sub Bagian, Kepala Seksi, Kepala Instalasi, Kepala Unit, Kepala Ruangan, Satuan Pemeriksaan Internal dan Ketua Komite wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya.

Bagian Ketiga Belas Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Paragraf 1 Tujuan Pengelolaan

Pasal 35

Pengelolaan sumber daya manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien.

Paragraf 2 Pengangkatan Pegawai

Pasal 36

- (1) Pegawai RSUD dapat berasal dari PNS atau Non PNS sesuai dengan kebutuhan yang diperkerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (2) Pengangkatan Pegawai RSUD yang berasal dari PNS disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pengangkatan Pegawai RSUD yang berasal dari Non PNS dilakukan berdasarkan pada prinsip efisien, ekonomis dan produktif dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan terhadap adanya kekurangan Tenaga Dokter, Tenaga Kesehatan Lainnya, Tenaga Administrasi dan Tenaga Kerja Lainnya.
- (4) Tata cara pengangkatan pegawai RSUD yang berasal dari Non PNS diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.

Paragraf 3
Penghargaan dan Jenjang Karir/Pangkat

Pasal 37

- (1) Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas maka RSUD menerapkan kebijakan tentang imbal jasa bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan melanggar peraturan yang ditetapkan.
- (2) Kenaikan pangkat PNS merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian pegawai yang bersangkutan terhadap negara berdasarkan sistem kenaikan pangkat regular dan kenaikan pangkat pilihan sesuai ketentuan yang berlaku.

Paragraf 4
Pendistribusian dan Rotasi Pegawai

Pasal 38

- (1) Pendistribusian pegawai dimaksud untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Direktur berwenang untuk melakukan pendistribusian dan rotasi pegawai non pejabat struktural di lingkungan RSUD.
- (3) Pendistribusian dan rotasi pegawai dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
 - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
 - b. pengalamam pada bidang tugas tertentu; dan
 - c. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Paragraf 5
Pembinaan, Disiplin pegawai dan Sanksi

Pasal 39

- (1) Pembinaan pegawai diselenggarakan untuk meningkatkan kinerja pegawai melalui kegiatan pengembangan sumber daya manusia, penegakan disiplin dan penilaian kinerja.
- (2) Pembinaan pegawai dilaksanakan oleh Direktur.
- (3) Pegawai yang melanggar disiplin pegawai akan diberikan sanksi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Paragraf 6
Pemberhentian Pegawai

Pasal 40

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus PNS dilakukan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

- (2) Pemberhentian pegawai berstatus Non PNS didasarkan pada ketentuan perjanjian kontrak.

Paragraf 7
Jasa Pelayanan

Pasal 41

- (1) Seluruh pegawai PNS maupun Non PNS berhak mendapatkan jasa pelayanan yang dibagikan dalam bentuk remunerasi dan jasa medis.
- (2) Pemanfaatan dan pembagian jasa pelayanan pada RSUD diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.

Paragraf 8
Sistem Akuntabilitas Kinerja Pelayanan
Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Pasal 42

Standar Pelayanan Minimal (SPM) diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.

Paragraf 9
Tarif Jasa Pelayanan Kesehatan

Pasal 43

Tarif Jasa Pelayanan Kesehatan RSUD ditetapkan melalui Peraturan Bupati, yang disesuaikan dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Bagian Keempat Belas
Pengelolaan Lingkungan dan Limbah

Pasal 44

RSUD wajib mengelola lingkungan, baik internal maupun eksternal, melalui peningkatan mutu pelayanan yang mendukung keamanan, kenyamanan, kebersihan, kerapian, keindahan dan keselamatan.

Pasal 45

- (1) Kewajiban mengelola lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44 yaitu pengelolaan limbah RSUD, yang meliputi limbah medis dan non medis baik dalam bentuk fisik, kimia, maupun biologis.
- (2) Pengelolaan limbah di RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Unit Kesehatan Lingkungan.
- (3) Tata Laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dituangkan dalam bentuk Standar Prosedur Operasional (SPO) yang mengacu pada ketentuan yang berlaku.

BAB IV
PENGELOLAAN KEUANGAN, BARANG INVENTARIS DAN
PENGADAAN BARANG/JASA

Pasal 46

- (1) Pengelolaan keuangan RSUD dilaksanakan secara akuntabel dengan berpedoman pada penatausahaan BLUD yang didasarkan pada prinsip pengelolaan keuangan bisnis yang sehat, dilakukan secara tertib, efektif, efisien, transparan dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (2) Dokumen pelaksanaan pengelolaan keuangan RSUD terdiri dari :
 - a. RBA BLUD yang disusun mengacu pada Rencana Strategis Bisnis BLUD; dan
 - b. DPA BLUD yang telah disahkan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (3) Pedoman Penatausahaan Keuangan RSUD diatur dalam Peraturan Bupati tersendiri yang memuat mekanisme penatausahaan :
 - a. pendapatan/biaya;
 - b. penerimaan/Pengeluaran;
 - c. utang/piutang;
 - d. persediaan, aset tetap dan investasi; dan
 - e. ekuitas dana.
- (4) RSUD dapat menggunakan secara langsung pendapatan operasionalnya untuk membiayai pengeluaran sesuai RBA.
- (5) Surplus anggaran RSUD pada akhir tahun berjalan, dapat dipergunakan untuk biaya operasional RSUD pada tahun-tahun berikutnya.

Pasal 47

- (1) Direktur menetapkan kebijakan penatausahaan keuangan RSUD.
- (2) Penetapan kebijakan penatausahaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disampaikan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).

Pasal 48

- (1) RSUD Menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan RSUD dicatat dalam dokumen pendukung yang dikelola secara tertib.

Pasal 49

- (1) RSUD Menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.

- (2) Setiap transaksi keuangan RSUD dicatat dalam dokumen pendukung yang dikelola secara tertib.

Pasal 50

- (1) RSUD menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntan Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.
- (2) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban, dan ekuitas dana.
- (3) Dalam hal tidak terdapat standar akuntansi sebagaimana pada ayat (1), RSUD dapat menerapkan standar akuntansi yang spesifik setelah mendapatkan persetujuan dari Kepala BPKAD selaku Pembina Keuangan.
- (4) RSUD mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi dengan berpedoman pada standar akuntansi yang berlaku untuk BLUD dan ditetapkan dengan Peraturan Bupati.

Pasal 51

- (1) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi RSUD yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (2) Kebijakan akuntansi RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

Pasal 52

- (1) Laporan keuangan RSUD terdiri dari :
 - a. neraca yang menggambarkan posisi keuangan mengenai aset, kewajiban dan ekuitas dana pada tanggal tertentu;
 - b. laporan operasional yang berisi informasi jumlah pendapatan dan biaya RSUD selama 1 (satu) periode;
 - c. laporan arus kas yang menyajikan informasi kas berkaitan dengan aktivitas operasional, investasi, dan aktivitas pendanaan dan/atau pembiayaan yang menggambarkan saldo awal, penerimaan, pengeluaran dan saldo akhir kas selama periode tertentu; dan
 - d. catatan atas laporan keuangan yang berisi penjelasan naratif atau rincian dari angka yang tertera dalam laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran RSUD.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1),

diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 53

- (1) Setiap 3 (tiga) bulan RSUD menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD), paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.
- (2) Setiap akhir tahun anggaran, RSUD wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas, dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan keuangan Pemerintah Daerah, paling lambat 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir.

Pasal 54

Penyusunan laporan keuangan untuk kepentingan konsolidasi dilakukan berdasarkan standar akuntansi pemerintahan, yang terdiri dari Laporan Realisasi Anggaran, Neraca, Laporan Operasional, Laporan Perubahan Ekuitas dan Catatan atas Laporan Keuangan.

Pasal 55

- (1) Barang Inventaris Milik RSUD dapat dihapus dan/atau dialihkan kepada pihak lain atas dasar pertimbangan ekonomis dengan cara dijual, ditukar, dan/atau dihibahkan.
- (2) Barang Inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan barang pakai habis, barang untuk diolah atau dijual, barang lainnya yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.
- (3) Hasil penjualan Barang Inventaris sebagai akibat dari pengalihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pendapatan RSUD.
- (4) Hasil penjualan Barang Inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dituangkan secara memadai dalam laporan keuangan RSUD.

Pasal 56

- (1) RSUD tidak boleh mengalihkan dan/atau menghapus aset tetap, kecuali atas persetujuan pejabat yang berwenang.
- (2) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan aset berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan RSUD 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 pada ayat (3), merupakan pendapatan RSUD dan diungkapkan secara memadai dalam laporan keuangan RSUD.
- (5) Pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (6) Penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi RSUD harus mendapatkan persetujuan Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 57

- (1) Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah yang bersumber dari pendapatan operasional RSUD berpedoman pada ketentuan Peraturan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah.
- (2) Sesuai dengan kewenangan yang diberikan pada BLUD, ketentuan pada ayat (1) dapat diubah pengaturannya melalui Peraturan Bupati.

BAB V

TATA KELOLA STAF MEDIS (*MEDICAL STAF BY LAWS*)

Bagian Kesatu

Nama, Maksud dan Tujuan

Pasal 58

- (1) Nama Staf Medis Rumah Sakit adalah Staf Medis RSUD Muaradua.
- (2) Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Medis adalah agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi.
- (3) Tujuan pengorganisasian Staf Medis :
 - a. agar semua pasien menerima pelayanan medik yang terbaik;
 - b. agar masalah mediko-administratif diselesaikan bersama dengan pihak manajemen;
 - c. mengupayakan dan mempertahankan kemandirian klinis; dan
 - d. melaksanakan kegiatan pendidikan dan mempertahankan standar pendidikan.

Bagian Kedua

Staf Medis

Pasal 59

- (1) Staf Medis RSUD terdiri dari :
 - a. dokter umum;
 - b. dokter spesialis dan sub spesialis;
 - c. dokter gigi; dan

- d. dokter gigi spesialis.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Staf Medis yang berasal dari PNS mengacu kepada ketentuan Peraturan Perundang-undangan dibidang kepegawaian.
- (3) Pengangkatan dan pemberhentian Staf Medis yang berasal dari Non PNS diatur dalam Peraturan Bupati tersendiri.
- (4) Hak Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut :
 - a. hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
 - b. hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
 - c. hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
 - d. hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di RSUD.
- (5) Kewajiban Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut :
 - a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional (SPO) serta kebutuhan medis;
 - b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
 - c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
 - d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
 - e. menambah Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) dan mengikuti perkembangan.

Pasal 60

Keanggotaan Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (1) dikategorikan menjadi :

- a. dokter tetap/dokter organik;
- b. dokter tamu; dan
- c. dokter konsultan.

Pasal 61

- (1) Staf Medis dapat membentuk Kelompok Staf Medis (KSM) sesuai bidang spesialisasi atau kelompok spesialisasi.
- (2) Jumlah, jenis dan keanggotaan Kelompok Staf Medis (KSM) diatur melalui keputusan Direktur.

Bagian Ketiga Komite Medik

Pasal 62

- (1) Komite Medik merupakan Organisasi non struktural yang dibentuk di RSUD.

- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari Staf Medis.

Pasal 63

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur, yang keanggotaannya terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Bendahara; dan
 - d. Sub Komite.
- (2) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (3) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah Staf Medis di RSUD.

Bagian Keempat Pemilihan Komite Medik

Pasal 64

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis yang bekerja di RSUD.
- (2) Sekretaris Komite Medik, Bendahara Komite Medik dan Ketua-ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis.

Bagian Kelima Tugas dan Fungsi Komite Medik

Pasal 65

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesional Staf Medis dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD;
 - 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 sebagai berikut :
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari Kelompok Staf Medis (KSM) 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

- berkelanjutan;
- d. wawancara terhadap permohonan kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang akurat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik; dan
 - g. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medis, maka Komite Medik memiliki fungsi sebagai 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; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan bagi Staf Medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi Staf Medis, maka Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di RSUD; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Bagian Keenam
Wewenang Komite Medik

Pasal 66

Wewenang Komite Medik, meliputi :

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis/*delineation of clivical privilege*;
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis/*clinical appointment*;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis/*clinical privilege*;
- 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 Ketujuh
Sub Komite

Pasal 67

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis.
- (2) Sub Komite yang ada di RSUD terdiri dari :
 - a. Sub Komite Kredensial;
 - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

Bagian Kedelapan
Sub Komite Kredensial

Pasal 68

Untuk melindungi masyarakat, Komite Medik memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh Staf Medis di RSUD melalui Sub Komite Kredensial.

Pasal 69

- (1) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, objektif, sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- (3) Sub Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang Staf Medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan oleh Direktur, instrumen tersebut paling sedikit meliputi: kebijakan RSUD tentang kredensial dan kewenangan klinis, prosedur penilaian kompetensi klinis, dan formulir yang diperlukan.
- (4) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang Staf Medis.
- (5) Sub Komite Kredensial melakukan kredensial bagi setiap Staf Medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK).

Pasal 70

- (1) Staf Medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada Direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan RSUD dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.

- (2) Berkas permohonan Staf Medik yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur kepada Komite Medik.
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (4) Pengkajian oleh Sub Komite Kredensial meliputi elemen :
 - a. kompetensi :
 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 2. kognitif;
 3. afektif; dan
 4. psikomotor;
 - b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. perilaku etik.
- (5) Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (6) Daftar rincian kewenangan klinis diperoleh dengan cara :
 - a. menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis (KSM);
 - b. mengkaji kewenangan klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis; dan
 - c. mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
- (7) Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (8) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap Staf Medik yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi 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.
- (9) Bagi Staf Medik yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur.
- (10) Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

Bagian Kesembilan
Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 71

Untuk menjaga mutu profesi para Staf Medik, maka Komite Medik mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan Staf Medis melalui Sub Komite Mutu Profesi.

Pasal 72

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari :

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

Pasal 73

- (1) 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 RSUD;
 - b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinik/ *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.
- (2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis :
 - a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
 - b. penetapan standar dan kriteria;
 - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 - f. menerapkan perbaikan;
 - g. rencana reaudit;
 - h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing Staf Medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya; dan
 - i. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada manajemen.

- (3) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis yang membutuhkan, dengan cara :
- a. menentukan nama Staf Medis yang akan mendampingi Staf Medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan kewenangan klinis; dan
 - b. komite medik berkoordinasi dengan Direktur untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

Bagian Kesepuluh
Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 74

Peran Komite Medik dalam upaya pendisiplinan Staf Medis dilakukan oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

Pasal 75

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari :

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

Pasal 76

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan :
 - a. peraturan internal RSUD;
 - b. peraturan internal staf medis;
 - c. etika rumah sakit; dan
 - d. norma etika medis dan norma-norma biotika.
- (2) Tolak ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu :
 - a. pedoman pelayanan;
 - b. standar prosedur operasional;
 - c. kewenangan klinis;
 - d. kode etik kedokteran indonesia;
 - e. panduan praktek klinis; dan
 - f. *clinical pathway*.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi. Panel terdiri dari 3 (tiga) orang Staf Medis atau lebih, dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :
 - a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang

diperiksa; dan

b. 2 (dua) orang atau lebih Staf Medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa, dapat berasal dari dalam atau luar RSUD atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur.

(4) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut :

a. Sumber Laporan :

1. Perorangan :

- a) manajemen RSUD;
- b) staf medis lain;
- c) tenaga kesehatan lainnya atau tenaga non kesehatan; dan/atau
- d) pasien atau keluarga pasien.

2. Non Perorangan :

- a) hasil konferensi kematian; dan/atau
- b) hasil konferensi klinis.

b. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain :

1. kompetensi klinis;
2. penatalaksanaan kasus medis;
3. pelanggaran disiplin profesi;
4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan Standar Pelayanan Kedokteran di RSUD; dan/atau
5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf RSUD yang dapat membahayakan pasien.

c. Pemeriksaan :

1. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
2. melalui proses pembuktian;
3. dicatat oleh petugas Sekretariat Komite Medik;
4. terlapor dapat didampingi oleh personil dari RSUD;
5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.

d. Keputusan :

Keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di RSUD. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Medik.

- e. Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada Staf Medis oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi di RSUD berupa :
 1. peringatan tertulis;
 2. limitasi (reduksi) kewenangan klinis;
 3. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut; atau
 4. pencabutan kewenangan klinis sementara atau selamanya.
- f. Pelaksanaan Keputusan :

Keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur melakukan eksekusi.
- (5) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja RSUD seperti unit Pendidikan dan Penelitian atau Komite Medik.
- (6) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Bagian Kesebelas
Rapat Komite Medik

Pasal 77

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
 - a. rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan Staf Medis yang diselenggarakan setiap 1 (satu) bulan sekali;
 - b. rapat koordinasi dengan Pejabat Pengelola RSUD yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
 - c. rapat khusus dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya mendesak; dan
 - d. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.
- (2) Rapat rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Kepala Sub Komite Medik apabila Ketua tidak dapat hadir.
- (3) Rapat Rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 30 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.
- (4) Keputusan rapat Komite Medik didasarkan atas suara

terbanyak. Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang. Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.

- (5) Direktur mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin sebelumnya, dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (6) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tidak diterima dalam rapat, maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Pasal 78

- (1) Rapat khusus diadakan apabila :
 - a. ada permintaan dan tanda tangan paling sedikit 3 (tiga) anggota Staf Medis;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh Komite Medik; dan
 - c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit $\frac{2}{3}$ (dua per tiga) anggota Komite Medik, atau dalam hal kuorum tidak tercapai, maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 1 (satu) hari sebelum rapat dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, harus dilakukan 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 79

- (1) Rapat tahunan Komite Medik diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Sebelum pelaksanaan rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Bagian Kedua Belas
Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)

Paragraf 1

Umum

Pasal 80

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh Staf Medis yang telah diberi kewenangan klinis oleh Direktur.
- (2) Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).
- (3) Kewenangan klinis diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota SMF.
- (4) Kewenangan klinis diberikan kepada seorang anggota SMF untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) merupakan kewenangan klinis yang diberikan Direktur berdasarkan kewenangan klinis yang dimiliki di Rumah Sakit asal dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di RSUD kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian kewenangan klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur rekredensial dari Sub Komite Kredensial Komite Medik.

Paragraf 2

Proses Penilaian Kewenangan Klinis

Pasal 81

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis :

- a. Pendidikan :
 1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi; dan
 2. menyelesaikan program Pendidikan kedokteran.
- b. Perizinan (lisensi):
 1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
 2. memiliki izin praktek dari Dinas Perizinan.
- c. Kegiatan penjagaan mutu profesi :
 1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
 2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. Kualifikasi personal :
 1. riwayat disiplin dan kode etik profesi;
 2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
 3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien; dan
 4. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan.

- e. Pengalamam dibidang keprofesian praktik profesi :
1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
 2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Paragraf 3

Pembatasan Kewenangan Klinis

Pasal 82

- (1) Komite Medik bila memandang perlu dapat memberikan rekomendasi kepada Direktur agar kewenangan klinis anggota SMF dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Sub Komite Kredensial.
- (2) Pembatasan kewenangan klinis ini dapat dipertimbangkan apabila anggota SMF tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di RSUD dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.
- (3) Sub Komite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan kewenangan klinis anggota SMF setelah terlebih dahulu :
 - a. Ketua SMF mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan kewenangan klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
 - b. Komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Sub Komite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota SMF yang bersangkutan;
 - c. Sub Komite Kredensial berhak memanggil anggota SMF yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan; dan
 - d. Sub Komite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

Paragraf 4

Pencabutan Kewenangan Klinis

Pasal 83

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila :
 - a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
 - b. adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; dan
 - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

Paragraf 5
Pengakhiran Kewenangan Klinis

Pasal 84

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (SPK) :
 - a. habis masa berlakunya; dan/atau
 - b. dicabut sesuai ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83.

Paragraf 6
Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)

Pasal 85

- (1) Setiap Staf Medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan Klinis (SPK) dari Direktur berdasarkan rincian kewenangan klinis setiap Staf Medis yang direkomendasikan Komite Medik.
- (2) Tanpa Surat Penugasan Klinis (SPK), maka seorang Staf Medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (member) Staf Medis, sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di RSUD.

Bagian Ketiga Belas
Kerahasiaan Informasi Medis

Paragraf 1
Kerahasiaan Pasien

Pasal 86

- (1) Setiap Pegawai RSUD wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur atau Kepala Seksi Pelayanan Medis.

Paragraf 2
Informasi Medis

Pasal 87

- Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai :
- a. keadaan kesehatan pasien;
 - b. rencana terapi dan alternatifnya;
 - c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;

- d. prognosis (peramalan dari kemungkinan dan akhir suatu penyakit, sebuah perkiraan kemungkinan hasil akhir gangguan atau penyakit, baik dengan atau tanpa pengobatan); dan
- e. kemungkinan komplikasi.

Bagian Keempat Belas
Kebijakan, Pedoman, Dan Prosedur

Pasal 88

- (1) Kebijakan, pedoman dan prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi RSUD sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di RSUD kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) *Review* dan persetujuan atas Kebijakan, Pedoman/Panduan dan Prosedur dilakukan oleh Kepala Sub Bagian/Seksi terkait sebelum diterbitkan oleh Direktur.
- (4) Proses dan frekuensi *review* serta persetujuan berkelanjutan atas Kebijakan, Pedoman/Panduan dan Prosedur dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun sekali dan/atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan.
- (5) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya Kebijakan, Pedoman/Panduan dan Prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Komite Mutu dan salinan yang berada di unit pelaksana yang dikendalikan melalui salinan terkendali.
- (6) Identifikasi perubahan dalam Kebijakan, Pedoman / Panduan dan Prosedur dilakukan oleh unit pelaksana secara berjenjang sesuai hirarki struktural.
- (7) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (8) Pengelolaan Kebijakan, Pedoman/Panduan dan Prosedur berasal dari luar RSUD yang dijadikan acuan, dikendalikan dengan menggunakan dokumen melalui catatan list dokumen internal.
- (9) Retensi dan Kebijakan, Pedoman/Panduan dan Prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur tentang Retensi dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (10) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh Kebijakan dan Prosedur menggunakan list dokumen internal yang dikelola oleh Komite Mutu.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 89

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan.

Ditetapkan di Muaradua
pada tanggal 12 April 2021

BUPATI OGAN KOMERING ULU SELATAN,



POPO ALI MARTOPO

Diundangkan di Muaradua
pada tanggal 12 April 2021

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN
OGAN KOMERING ULU SELATAN,



H. ROMZI

BERITA DAERAH KABUPATEN OGAN KOMERING ULU SELATAN
TAHUN 2021 NOMOR 12