

SALINAN



BUPATI PATI  
PROVINSI JAWA TENGAH  
PERATURAN BUPATI PATI  
NOMOR 17 TAHUN 2016  
TENTANG  
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH RAA SOEWONDO PATI  
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PATI

- Menimbang :
- a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, perlu adanya kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
  - b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan kelompok staf medis, perlu diatur dalam peraturan internal rumah sakit (*Hospital Bylaws*) sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah RAA Soewondo Pati;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
  2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
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 beberapa kali diubah 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 Indonesia Nomor 5679);
7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
8. 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);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);

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 4502);
11. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah beberapa Kali diubah terakhir dengan 21 Tahun 2011 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Tehknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri kesehatan Nomor 10 tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri kesehatan Nomor 69 tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws);
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit;

21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
22. Peraturan Daerah Kabupaten Daerah Pati Nomor 23 Tahun 2007 tentang Pokok-pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Pati Tahun 2007 Nomor 23, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Pati Nomor 21);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI PATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RAA SOEWONDO PATI.

## BAB I

### KETENTUAN UMUM

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan

1. Daerah adalah Kabupaten Pati.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Pati.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah RAA Soewondo Pati.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah RAA Soewondo Pati.
6. 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.

7. Pola Pengelolaan keuangan BLUD 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.
8. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (*Corporate Bylaws*) dan peraturan staf medis (*Medical Staff Bylaws*) yang disusun dalam rangka penyelenggaraan tata kelola Rumah Sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
9. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah peraturan internal dasar di rumah sakit yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan Staf Medis beserta fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing.
10. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah peraturan internal yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari staf medis di rumah sakit.
11. Dewan Pengawas adalah unit non struktural pada rumah sakit yang mewakili pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat dibentuk dengan keputusan Bupati atas usulan Direktur yang anggotanya harus memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
12. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bagian, Wakil Direktur, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.

13. 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.
14. Pejabat Pengelola BLUD adalah pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri atas pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada BLUD yang bersangkutan.
15. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
16. Staf medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
17. Unit Kerja adalah tempat staf administrasi, staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
18. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, perinatologi, anestesi dan reanimasi, radiologi, rehabilitasi medis, laboratorium, haemodialisa, bank darah, farmasi, gizi, Alat kesehatan, sterilisasi, linen, sanitasi, dan pemulasaran jenazah.
19. Komite Rumah Sakit adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
20. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tatakelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

21. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi
22. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan medicoetikolegal dan etika pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) dan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*).
23. Komite Farmasi dan Terapi adalah kelompok penasehat bagi staf medik, yang secara organisasi bertindak sebagai garis komunikasi atau penghubung antara staf medik dan instalasi farmasi rumah sakit.
24. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai tugas melaksanakan upaya berkesinambungan, sistematis, obyektif dan terpadu dalam upaya peningkatan mutu pelayanan dengan meningkatkan keselamatan pasien.
25. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disebut Komite PPI adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai tugas untuk merencanakan pelaksanaan dan pengawasan serta pembinaan dalam upaya mencegah kejadian infeksi di Rumah Sakit.
26. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usul Komite Medik.

27. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis yang diberikan oleh Direktur untuk melakukan sederetan pelayanan medis tertentu dalam rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
28. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis (*white paper*) yang telah ditetapkan baginya.
29. Kredensialing adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
30. Rekredensialing adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
31. Priviliging adalah proses yang dilakukan untuk memperoleh kewenangan klinik (*clinical privilege*) dari direktur setelah dilakukan Kredensialing atau Rekredensialing.
32. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
33. Kelompok Staf Medik yang selanjutnya disingkat KSM adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit.
34. Dokter adalah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit.

35. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang sepenuhnya bekerja di Rumah Sakit.
36. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit, yaitu dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di Rumah Sakit untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.
37. Dokter mitra adalah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang direkrut oleh rumah sakit karena keahliannya, berkedudukan setingkat dengan rumah sakit, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional sesuai kesepakatan atau ketentuan rumah sakit.
38. Tenaga Administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.
39. Satuan Pemeriksa Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan/audit internal di Perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan Pengawasan dan pengendalian Internal dalam rangka membantu Direktur.
40. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.

## BAB II

### PRINSIP

#### Pasal 2

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) merupakan peraturan dasar rumah sakit, yang di dalamnya memuat:
  - a. struktur organisasi;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan

- d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut
- a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. resposibilitas; dan
  - d. independensi.

### Pasal 3

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi-fungsi logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 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 4

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan serta dapat menumbuhkan kepercayaan.

- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada rumah sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 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.

#### Pasal 5

Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.

### BAB III

#### PERATURAN INTERNAL KORPORASI

##### Bagian Kesatu

##### Identitas

#### Pasal 6

Rumah Sakit merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten, dengan identitas sebagai berikut :

- a. Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit Umum Daerah RAA. Soewondo Pati;
- b. Jenis Rumah Sakit : Rumah Sakit Umum Non Pendidikan;
- c. Kelas Rumah Sakit : Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B;
- d. Alamat Rumah Sakit : Jalan Dr. Susanto Nomor 114 Pati.

## Bagian Kedua

### Visi, Misi, Tujuan Strategis dan Nilai-Nilai Dasar

#### Pasal 7

- (1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional, Rumah Sakit menetapkan Visi rumah sakit “rumah sakit rujukan utama dengan pelayanan paripurna yang menjadi kebanggaan masyarakat”.
- (2) Sebagai upaya untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai misi :
  - a. meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya Rumah Sakit;
  - b. memberikan pelayanan secara cepat, tepat dan aman dilandasi moral dan etika profesi;
  - c. mewujudkan pengelolaan Rumah Sakit dengan prinsip efektif dan efisien;
  - d. meningkatkan kesejahteraan dan kepuasan kerja karyawan.
- (3) Untuk mencapai visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan sebagaimana dimaksud pada ayat misi ayat (2), Rumah Sakit mempunyai tujuan strategis yaitu :
  - a. terwujudnya Rumah Sakit yang mempunyai fasilitas yang memadai serta memiliki sumber daya manusia yang profesional;
  - b. terwujudnya pelayanan kesehatan prima dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat serta memberikan kepuasan bagi pengguna jasa Rumah Sakit;
  - c. terwujudnya Rumah Sakit yang berperan aktif dalam meningkatkan drajad kesehatan masyarakat;
  - d. terciptanya iklim kondusif yang menunjang daya saing Rumah Sakit.
- (4) Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan dalam Peraturan Bupati.

- (5) Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.
- (6) Perubahan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan dalam Peraturan Bupati.
- (7) Rumah Sakit wajib mensosialisasikan visi, misi dan tujuan strategis kepada staf internal, pengunjung Rumah Sakit dan masyarakat luas.
- (8) Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, Rumah Sakit menerapkan nilai-nilai dasar yang meliputi:
  - a. keramahan;
  - b. kecepatan layanan;
  - c. kerja keras;
  - d. kebersamaan; dan
  - e. optimis.
- (9) Dalam rangka memberikan kepuasan pelayanan kepada masyarakat Rumah Sakit mempunyai Motto “Kesembuhan dan Kepuasan Anda adalah Kebahagiaan Kami”

### Bagian Ketiga

#### Kedudukan, Tugas Pokok, dan Fungsi Rumah Sakit

##### Pasal 8

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) Rumah sakit mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.

- (3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), rumah sakit mempunyai fungsi:
- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
  - b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
  - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
  - d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

#### Bagian Keempat

#### Kedudukan Pemilik

#### Pasal 9

- (1) Pemilik Rumah Sakit adalah seluruh rakyat daerah yang dikuasakan kepada pemerintah daerah dalam hal ini adalah Bupati Pati.
- (2) Pemerintah Daerah bertanggungjawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.
- (3) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggung jawabnya mempunyai kewenangan :
  - a. menetapkan peraturan tentang Peraturan Internal dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit beserta perubahannya;
  - b. membentuk dan menetapkan Pejabat pengelola dan Dewan pengawas

- c. melakukan evaluasi atas kinerja Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit yang dilakukan minimal 1 (satu) tahun sekali;
  - d. mengangkat dan memberhentikan Pejabat pengelola, pejabat struktural dan Dewan pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk di berhentikan;
  - e. menyetujui, mensahkan dan mengumumkan visi dan misi Rumah Sakit serta melakukan review berkala minimal 1 (satu) tahun sekalia tas visi dan misi tersebut. Kewenangan mengumumkan visi dan misi kepublik didelegasikan kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit;
  - f. menyetujui Rencana Strategis dan atau Rencana Strategi Bisnis, kebijakan, dan standar prosedur operasional operasional Rumah Sakit . Kewenangan persetujuan atas kebijakan dan standar prosedur operasional didelegasikan kepada Direktur Rumah Sakit;
  - g. menyetujui dan mensahkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran BLUD Rumah Sakit;
  - h. mengalokasikan sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi Rumah Sakit;
  - i. menyetujui rencana Rumah Sakit untuk mutu dan keselamatan pasien serta menerima laporan dan tindak lanjut tentang program mutu dan keselamatan pasien tersebut;
  - j. memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi serta memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang dapat di delegasikan kepada direktur rumah sakit;
- (4) Pemerintah Daerah bertanggungjawab menutup defisit anggaran rumah sakit, yang disebabkan bukan karena kesalahan dalam pengelolaan setelah dilaksanakan diaudit secara independen.

- (5) Pemerintah Daerah bertanggungjawab dan bertanggungugat atas terjadinya kerugian akibat kelalaian atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.
- (6) Pemerintah Daerah mendelegasikan sebagian kewenangannya kepada Dewan Pengawas sebagaimana tugas dan kewenangan Dewan Pengawas.

#### Bagian Kelima

#### Pejabat Pengelola

#### Paragraf 1

#### Susunan Pejabat Pengelola Rumah Sakit

#### Pasal 10

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah pimpinan rumah sakit yang bertanggungjawab terhadap kinerja operasional rumah sakit, terdiri atas :
  - a. Direktur;
  - b. Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan;
  - c. Wakil Direktur Pelayanan.
- (2) Direktur berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah terhadap seluruh operasional dan keuangan rumah sakit secara umum.
- (3) Semua pejabat pengelola dibawah Direktur bertanggungjawab kepada Direktur sesuai bidang tanggungjawabnya masing-masing.

#### Pasal 11

- (1) Susunan pejabat pengelola rumah sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.

- (2) Perubahan komposisi pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati.

#### Paragraf 2

#### Pengangkatan Pejabat Pengelola

#### Pasal 12

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat pengelola ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (3) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.
- (4) Pejabat pengelola diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Bupati.

#### Pasal 13

- (1) Dalam hal Direktur berasal dari unsur Aparatur Sipil Negara, maka yang bersangkutan merupakan pengguna anggaran dan barang daerah.
- (2) Dalam hal Direktur berasal dari unsur Non Aparatur Sipil Negara, maka yang bersangkutan bukan merupakan pengguna anggaran dan barang daerah.
- (3) Dalam hal Direktur bukan Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka yang menjadi pengguna anggaran dan barang daerah adalah Pejabat Keuangan yang berasal dari unsur Aparatur Sipil Negara.

### Paragraf 3

#### Persyaratan menjadi Direktur dan Wakil Direktur

#### Pasal 14

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :

- a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- d. tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- e. berstatus Aparatur Sipil Negara atau Non Aparatur Sipil Negara;
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit; dan
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus sebagai Aparatur Sipil Negara.

#### Pasal 15

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Umum dan Keuangan adalah:

- a. seorang dengan latar belakang pendidikan minimal S2 atau setara S2 yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman dilingkup administrasi rumah sakit, keuangan dan/atau akuntansi;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
- c. mampu memimpin, mengarahkan melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan keuangan Rumah Sakit;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- e. tidak pernah menjadi pengelola dan/atau penanggung jawab keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
- f. berstatus Aparatur Sipil Negara;

## Pasal 16

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan Medik adalah:

- a. seorang tenaga medis Sarjana S2 manajemen rumah sakit yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang pengalaman di lingkup pelayanan medik dan pelayanan keperawatan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan medik dan pelayanan keperawatan;
- d. tidak pernah menjadi pengelola dan/atau penanggung jawab keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
- e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

## Pasal 17

(1) Tugas dan Kewajiban Direktur adalah :

- a. memimpin dan mengurus rumah sakit sesuai dengan tujuan Rumah Sakit yang telah ditetapkan dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan Rumah Sakit;
- c. mewakili Rumah Sakit di dalam dan di luar pengadilan;
- d. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana yang telah digariskan;
- e. mengelola Rumah Sakit dengan berwawasan lingkungan;
- f. menyiapkan Rencana Strategi Bisnis (RSB) dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Rumah Sakit;
- g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai ketentuan;
- h. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala.

- (2) Kewenangan Direktur adalah :
- a. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
  - b. menetapkan Peraturan Direktur, Pedoman, Petunjuk Teknis dan Standar Prosedur Operasional Rumah Sakit;
  - c. mengusulkan mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan;
  - d. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e. memberikan penghargaan kepada pegawai, karyawan dan profesional yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
  - f. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
  - g. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dibawah Direktur kepada Bupati;
  - h. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen manakala diperlukan;
  - i. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
  - j. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
  - k. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
  - l. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola dibawah Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan kewenangannya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur bertanggungjawab atas :
- a. kebenaran kebijakan rumah sakit;
  - b. kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan rumah sakit;

- c. kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya;
- d. peningkatan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.

#### Paragraf 6

#### Tugas dan Kewajiban

Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan, dan Wakil  
Direktur Pelayanan

#### Pasal 18

- (1) Tugas dan kewajiban Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan adalah :
  - a. menyelenggarakan program kerja Wakil Direktur Keuangan;
  - b. menyelenggarakan perumusan kebijakan teknis Wakil Direktur Keuangan;
  - c. mengkoordinasikan, pembinaan, dan sinkronisasi kegiatan tiap Bagian pada Wakil Direktur Keuangan;
  - d. menyelenggarakan pengendalian dan pengawasan di bidang umum, keuangan, perencanaan dan diklat;
  - e. menyelenggarakan koordinasi dengan instansi/pihak terkait di bidang umum, keuangan, perencanaan, pendidikan pelatihan, IPSRS dan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3);
  - f. menyelenggarakan evaluasi dan pelaporan Wakil Direktur Keuangan;
  - g. mengkoordinasikan penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran;
  - h. menyiapkan Daftar Pelaksanaan Anggaran rumah sakit;
  - i. melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
  - j. menyelenggarakan pengelolaan kas;
  - k. melakukan pengelolaan utang-piutang;
  - l. menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
  - m. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;

- n. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan;
- o. mengkoordinasikan pengelolaan sistem remunerasi, pola tarif dan pelayanan administrasi keuangan;
- p. mengkoordinasikan pelaksanaan serta pemantauan pelaksanaan dengan bekerja sama dengan SPI; dan
- q. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Direktur.

- (2) Tugas dan kewajiban Wakil Direktur Pelayanan adalah :
- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis Wakil Direktur Pelayanan;
  - b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai dengan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA);
  - c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional Wakil Direktur Pelayanan;
  - d. merencanakan program kerja dan rencana kerja kegiatan pelayanan;
  - e. mempelajari dan menjalankan perintah atasan serta peraturan perundang-undangan yang berlaku sesuai bidang tugasnya;
  - f. merencanakan usulan anggaran pendapatan dan belanja.
  - g. merencanakan, mengatur dan mengendalikan teknis operasional pelayanan medis Rumah Sakit;
  - h. merencanakan, mengatur dan mengendalikan teknis operasional keperawatan medis Rumah Sakit;
  - i. merencanakan, mengatur dan mengendalikan teknis operasional penunjang medis Rumah Sakit;
  - j. merencanakan, mengatur dan mengendalikan teknis operasional tugas-tugas di Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Kamar Bersalin (IKB), Instalasi Perinatal, Instalasi Perawatan Intensif (ICU), Instalasi Bedah Sentral (IBS), Instalasi Anestesi dan reanimasi, Rehabilitasi Medik, radiologi, laboratorium, Instalasi Farmasi, Instalasi diagnostik, bank darah, hemodialisa, gizi, linen, sterilisasi, sanitasi, alat kesehatan dan pemulasaran jenazah;

- k. mengadakan koordinasi dengan Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan;
- l. membina dan mengarahkan pelaksanaan tugas bawahan;
- m. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit;
- n. memantau, mengevaluasi dan menilai prestasi kerja bawahan dalam pelaksanaan tugas sesuai peraturan yang berlaku;
- o. membagi dan mendistribusikan tugas kepada bawahan;
- p. melaporkan pelaksanaan tugas kepada atasan sesuai bidang tugasnya;
- q. memberikan saran, pendapat dan pertimbangan kepada atasan sesuai bidang tugasnya; dan
- r. melaksanakan tugas-tugas kedinasan atas perintah pimpinan.

#### Paragraf 4

#### Pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur

#### Pasal 19

Direktur dan Wakil Direktur dapat diberhentikan karena:

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
- d. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut.

#### Bagian Keenam

#### Dewan Pengawas

#### Paragraf 1

#### Organisasi

#### Pasal 20

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dengan keputusan Bupati Pati.

- (2) Jumlah anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah 5 (lima) orang dan seorang di antara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (3) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari unsur-unsur:
  - a. pejabat Satuan Kerja Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit;
  - b. pejabat dilingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
  - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit.
- (4) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu :
  - a. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota pengelola rumah sakit, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah dihukum 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.

## Paragraf 2

### Pengangkatan dan Pemberhentian

#### Pasal 21

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.

- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola rumah sakit, kecuali untuk pengangkatan pertama kali pada waktu pembentukan Rumah Sakit sebagai BLUD.
- (3) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati.
- (4) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), apabila :
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; dan/atau
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

### Paragraf 3

#### Ketua dan Sekretaris Dewan Pengawas

### Pasal 22

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usul Direktur.
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, Bupati mengangkat seorang Ketua Dewan Pengawas untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan atas usul Direktur.
- (3) Ketua Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas :
  - a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
  - b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit melalui rapat Dewan pengawas;

- c. bekerja sama dengan Pengelola Rumah Sakit untuk menangani berbagai hal yang mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas;
  - d. memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu dalam hal rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan untuk menangani berbagai hal yang mendesak sebagaimana dimaksud pada huruf c; dan
  - e. melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c diatas, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.
- (4) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas.
  - (5) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (6), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas.
  - (6) Sekretaris Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

#### Paragraf 4

#### Tugas, Kewajiban dan Wewenang Dewan Pengawas

#### Pasal 23

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitan secara internal di Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas bertugas:
  - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
  - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;

- c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana bisnis anggaran;
- d. menilai dan menyetujui pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- e. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
- g. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
- h. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
- i. menentukan dan melakukan evaluasi kinerja Direksi; dan
- j. menerima laporan program [PMKP](#) dan membuat rekomendasi.

#### Paragraf 5

#### Kewajiban Dewan Pengawas

#### Pasal 24

- (1) Dewan Pengawas dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban :
  - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Strategis Bisnis dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang diusulkan pejabat pengelola Rumah Sakit;
  - b. melaporkan kepada pemilik tentang kinerja rumah sakit apabila terjadi gejala penurunan kinerja Rumah Sakit;
  - c. mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit, memberikan pendapat dan saran kepada pemilik mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;
  - d. memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;

- e. memberikan masukan, saran atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja Rumah Sakit kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit;
  - f. melakukan *self assesment* kinerja Dewan Pengawas.
- (2) Dewan Pengawas selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), juga melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada pemilik Rumah Sakit paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan pemilik Rumah Sakit.

#### Paragraf 6

#### Wewenang Dewan Pengawas

#### Pasal 25

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, 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 SPI dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau pejabat manajemen lainnya 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. memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit;
- e. meminta penjelasan dari komite atau unit non struktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*);

- f. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- g. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

#### Paragraf 7

#### Biaya Dewan Pengawas

#### Pasal 26

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA).

#### Paragraf 8

#### Rapat Dewan Pengawas

#### Pasal 27

- (1) Rapat Dewan Pengawas diadakan paling sedikit 3 (tiga) bulan sekali.
- (2) Dalam rapat dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan Rumah Sakit sesuai dengan tugas, kewajiban dan kewenangan Dewan Pengawas.
- (3) Keputusan rapat Dewan Pengawas diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai kata mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (5) Keputusan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bersifat kolektif kolegial.

#### Pasal 28

- (1) Rapat dianggap sah apabila seluruh anggota yang diundang telah hadir.
- (2) Undangan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disampaikan kepada setiap anggota Dewan Pengawas Paling sedikit 3 (tiga) hari sebelum jadwal rapat, kecuali rapat yang sifatnya sangat mendesak.

### Pasal 29

- (1) Rapat dihadiri oleh anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Rapat Dewan Pengawas dapat mengundang Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medis, SPI serta pihak-pihak lain yang diperlukan.

### Pasal 30

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, rapat dapat memilih salah seorang dari anggota Dewan Pengawas untuk memimpin rapat.
- (2) Pimpinan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas dalam waktu secepatnya.

### Pasal 31

- (1) Rapat Dewan Pengawas dibuka sesuai jam yang tertera dalam undangan dan dihadiri paling sedikit  $\frac{2}{3}$  (dua per tiga) anggota Dewan Pengawas.
- (2) Dalam hal rapat dibuka tidak memenuhi kourum, yaitu  $\frac{2}{3}$  (dua per tiga) dari anggota Dewan Pengawas, maka rapat diskors  $\frac{1}{2}$  (setengah) jam.
- (3) Jika setelah diskors sebagaimana dimaksud pada ayat (2), anggota yang hadir tidak memenuhi kourum, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada waktu yang ditentukan.
- (4) Dalam hal rapat ditangguhkan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), anggota yang hadir tetap tidak memenuhi kourum, rapat dapat tetap dilaksanakan.

### Pasal 32

- (1) Untuk setiap Rapat Dewan Pengawas dibuat risalah rapat.
- (2) Pembuatan risalah rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggungjawab Sekretaris Dewan Pengawas.

- (3) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu paling lama 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.

Bagian Ketujuh

Organisasi

Paragraf 1

Instalasi

Pasal 33

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural yang berada dibawah tanggung jawab Wakil Direktur.
- (2) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
- a. Instalasi dibawah tanggung jawab Wakil Direktur Pelayanan, terdiri atas:
1. Instalasi Gawat Darurat;
  2. Instalasi Kamar Bersalin;
  3. Instalasi Bedah Sentral;
  4. Instalasi Anestesi dan Reanimasi;
  5. Instalasi Rehabilitasi Medik;
  6. Instalasi Perinatologi;
  7. Instalasi Perawatan Intensif;
  8. Instalasi Rawat Inap;
  9. Instalasi Rawat Jalan;
  10. Instalasi Farmasi;
  11. Instalasi Gizi;
  12. Instalasi Laboratorium;
  13. Instalasi Radiologi;
  14. Instalasi Sterilisasi;
  15. Instalasi Pemulasaraan Jenazah;

16. Instalasi Linen;
  17. Instalasi Sanitasi;
  18. Instalasi Alat Kesehatan;
  19. Instalasi Hemodialisa;
  20. Instalasi Bank Darah; dan
  21. Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja.
- b. Instalasi dibawah tanggung jawab Wadir Administrasi dan Keuangan, terdiri atas:
1. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
  2. Instalasi Pendidikan dan Latihan
- (4) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Instalasi mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyelenggarakan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (6) Kepala Instalasi bertanggungjawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur yang membidangi.
- (7) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
- (8) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.

#### Pasal 34

- (1) Jumlah dan jenis Instalasi disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan berdasarkan peraturan yang berlaku.
- (3) Pembentukan dan perubahan jumlah maupun jenis instalasi wajib dilaporkan secara tertulis kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

#### Pasal 35

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui wakil Direktur.

## Paragraf 2

### Kelompok Jabatan Fungsional

#### Pasal 36

- (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.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan.

## Paragraf 3

### Kelompok Staf Medis

#### Pasal 37

- (1) KSM adalah dokter umum, dokter gigi, dokter Spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) KSM mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, KSM menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

## Paragraf 4

### Staf Keperawatan Fungsional

#### Pasal 38

- (1) Staf Keperawatan Fungsional merupakan kelompok profesi keperawatan yang bekerja dibidang perawatan dalam jabatan fungsional.

- (2) Staf Keperawatan Fungsional mempunyai tugas melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan keperawatan di Instalasi dalam jabatan fungsional.

#### Paragraf 5

#### Staf Fungsional Lainnya

#### Pasal 39

Staf Fungsional lainnya merupakan tenaga fungsional diluar tenaga fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 dan Pasal 38 sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### Bagian Kedelapan

#### Satuan Pemeriksa Internal

#### Pasal 40

- (1) Guna membantu Direktur dalam bidang pemeriksaan internal dan monitoring dibentuk SPI.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal Rumah Sakit berupa pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit.
- (4) Pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit yang dimaksud pada ayat (3) dilakukan untuk mengawasi apakah kebijakan pimpinan telah dilaksanakan dengan sebaik-baiknya oleh bawahannya sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku untuk mencapai tujuan organisasi
- (5) SPI berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.

#### Pasal 41

SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (1) bertanggungjawab memberikan penilaian secara independen kepada manajemen mengenai kecukupan maupun implementasi pengendalian internal pada semua aktivitas di rumah sakit.

#### Pasal 42

Ruang lingkup penilaian SPI meliputi:

- a. aspek-aspek untuk menjamin keamanan aset Rumah Sakit;
- b. kehandalan dan integritas dari informasi keuangan dan pelayanan.
- c. efisiensi penggunaan sumber daya.
- d. hasil aktivitas rumah sakit guna memastikan apakah aktivitas tersebut konsisten dengan tujuan Rumah Sakit.
- e. aspek-aspek yang dapat mendinamisir lebih berfungsinya pengendalian internal dengan memberikan saran-saran konstruktif dan protektif agar tujuan Rumah Sakit dapat tercapai.

#### Pasal 43

SPI dalam melaksanakan tanggung jawabnya diberikan kewenangan:

- a. melakukan pengkajian ulang pengendalian internal secara independen;
- b. mendapatkan semua catatan, informasi yang berkaitan langsung dengan karyawan dan sumber lain;
- c. menentukan ruang lingkup, metode, cara, teknik, pendekatan dan frekwensi audit internal secara independen;
- d. melaporkan secara langsung kepada Direktur dan/atau Dewan Pengawas atas setiap hambatan akses data dan konfirmasi; dan
- e. menyampaikan kepada Direktur dan/atau Dewan Pengawas setiap kegagalan untuk mengambil tindakan koreksi atau kegagalan manajemen dalam melaksanakan tanggungjawabnya.

Bagian Kesembilan  
Komite Rumah Sakit

Pasal 44

- (1) Untuk membantu Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien, perlu dibentuk Komite Rumah Sakit.
- (2) Komite Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan wadah professional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi, farmasi dan terapi serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (3) Komite Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas :
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Etik dan Hukum;
  - d. Komite PPI;
  - e. Komite Farmasi dan Terapi; dan
  - f. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.
- (4) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Paragraf 1

Komite Medik

Pasal 45

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44 ayat (2) huruf a merupakan organisasi non struktural dan bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik yang dibentuk di rumah sakit.
- (2) Susunan organisasi Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas :

- a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Subkomite.
- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
  - (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disesuaikan dengan jumlah staf medik di rumah sakit.
  - (5) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c terdiri atas :
    - a. Sub Komite Kredensial;
    - b. Sub Komite Mutu Profesi;
    - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

#### Pasal 46

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di rumah sakit.

#### Pasal 47

Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medik :

- a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
- b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
- c. peka terhadap perkembangan kerumah-sakitan;
- d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
- e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
- f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

## Pasal 48

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik 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 medik.
  
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari KSM berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    1. kompetensi;
    2. kesehatan fisik dan mental;
    3. perilaku;
    4. etika profesi.
  - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
  - e. penilaian dan pemutusan 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;
  - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
  
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medik Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. pelaksanaan audit medis;

- b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik rumah sakit;
  - d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik 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 rumah sakit;
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

#### Pasal 49

Wewenang Komite Medik :

- 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*.
- 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*.
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

## Pasal 50

Untuk memproteksi masyarakat, Komite Medik memiliki peran melakukan penapisan (*kredensial/rekredensial*) bagi seluruh staf medik di rumah sakit melalui Sub Komite Kredensial.

## Pasal 51

- (1) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- (2) Sub Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur.
- (3) Instrumen sebagaimana dimaksud pada ayat (3) paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan Kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, 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 rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

## Pasal 52

- (1) Untuk memperoleh Kewenangan Klinis, staf medis mengajukan permohonan kepada Direktur dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur kepada Komite Medik untuk dilakukan pengkajian.
- (3) Pengkajian oleh Subkomite 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;
  4. psikomotor.
- b. kompetensi fisik;
  - c. kompetensi mental/perilaku; dan
  - d. perilaku etis.
- (4) Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (5) Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara :
- a. menyusun daftar Kewenangan Klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap 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;
- (6) Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.

#### Pasal 53

- (1) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis 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.

- (2) Staf medis yang ingin memulihkan Kewenangan Klinis yang dikurangi atau menambah Kewenangan Klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur.
- (3) Berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi.

#### Pasal 54

- (1) Untuk menjaga mutu profesi para staf medis, Komite Medik melalui Sub Komite Mutu Profesi melaksanakan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis.
- (2) Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.

#### Pasal 55

- (1) Pelaksanaan audit medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 ayat (1) 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*;
  - d. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf medis.

- (2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 ayat (1), meliputi :
- 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.

#### Pasal 56

- (1) Subkomite Mutu Profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 ayat (1), dengan cara :
- a. menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing KSM dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
  - b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit maupun kasus langka;
  - c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
  - d. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip Sub Komite Mutu Profesi;
  - e. sub Komite Mutu Profesi bersama-sama dengan KSM menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Sub Komite Mutu Profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
  - f. setiap KSM wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Sub Komite Mutu Profesi pertahun;

- g. sub Komite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
  - h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
  - i. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Manajemen.
- (2) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 ayat (1), dengan cara :
- a. menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis;
  - b. komite medik berkoordinasi dengan Direktur untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

#### Pasal 57

- (1) Peran Komite Medik dalam upaya pendisiplinan staf medis dilakukan oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas :
- a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.

#### Pasal 58

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan :
- a. peraturan internal rumah sakit;
  - b. peraturan internal staf medis;
  - c. etika rumah sakit;
  - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika.

- (2) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu:
  - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - b. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar Kewenangan Klinis di rumah sakit;
  - d. kode etik kedokteran Indonesia;
  - e. pedoman perilaku profesional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
  - f. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
  - g. pedoman pelayanan medik/klinik;
  - h. standar prosedur operasional asuhan medis.

#### Pasal 59

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil
- (3) Susunan Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas :
  - a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika 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 atau Direktur terlapor.

#### Pasal 60

- (1) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran.
- (2) Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medik.

- (3) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.
- (4) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional Panel sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57 ayat (1), adalah sebagai berikut:
  - a. sumber laporan:
    1. perorangan:
      - a) manajemen rumah sakit;
      - b) staf medis lain;
      - c) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
      - d) pasien atau keluarga pasien.
    2. non perorangan:
      - a) hasil konferensi kematian; dan
      - 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 rumah sakit;
    5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit 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 rumah sakit tersebut;
    5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
    6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.

d. keputusan:

1. keputusan panel diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit;
2. bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi;
3. berdasarkan bukti baru sebagaimana dimaksud pada angka 2, Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi membentuk panel baru.
4. Panel baru sebagaimana dimaksud pada angka 3 mengambil keputusan yang bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Medik.

e. rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis 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;
4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.

f. pelaksanaan Keputusan:

1. keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi disampaikan kepada Direktur oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi;
2. berdasarkan keputusan sebagaimana dimaksud pada angka 1, Direktur melakukan tindakan.

## Pasal 61

- (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 Rumah Sakit yang diselenggarakan paling sedikit dalam 3 (tiga) bulan sekali;
  - c. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya *urgent*; dan
  - d. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahunan.
- (2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris 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 15 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum.
- (4) Setiap Rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.
- (5) Keputusan rapat komite medik didasarkan atas suara terbanyak.
- (6) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (7) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.
- (8) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin, rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.

- (9) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat, usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

#### Pasal 62

- (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 kourum, 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 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat yang diadakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf a harus dilaksanakan 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat.

#### Pasal 63

- (1) Rapat Tahunan Komite Medik diselenggarakan sekali dalam setahun;
- (2) Rapat Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Paragraf Kedua  
Komite Etik dan Hukum

Pasal 64

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk guna membantu Direktur untuk mensosialisasikan kewajiban rumah sakit kepada semua unsur yang ada di rumah sakit meliputi kewajiban umum rumah sakit, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap staf, menyelesaikan masalah medikolegal dan etika rumah sakit.
- (2) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Wakil Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan tugas Komite Etik dan Hukum mempunyai fungsi :
  - a. penyelenggaraan dan peningkatan komunikasi *medikoetikolegal*, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;
  - b. penyelenggaraan dan peningkatan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit;
  - c. penyelenggaraan dan peningkatan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit.
- (5) Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan fungsi dan sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Paragraf Ketiga  
Komite Keperawatan

Pasal 65

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

Pasal 66

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  - a. Ketua Komite Keperawatan;
  - b. Sekretaris Komite Keperawatan; dan
  - c. Sub Komite Keperawatan;
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terbagi dalam Subkomite.

Pasal 67

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan Rumah Sakit.
- (2) Sekretaris dan Sub Komite Keperawatan diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan Rumah Sakit.

Pasal 68

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan.

- (2) Guna membantu Direktur dalam menyusun Standar Pelayanan Keperawatan, Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan Rumah Sakit dengan cara :
- a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
  - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.

#### Pasal 69

Komite Keperawatan mempunyai kewenangan :

- a. membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (panitia ad hoc) secara mandiri maupun bersama bidang keperawatan;
- b. mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
- c. mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- d. membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir;
- e. memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

#### Pasal 70

- (1) Ketua Sub Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 ayat (2) huruf c ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan rumah sakit.
- (2) Sub Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 ayat (2) huruf c terdiri atas :
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi;
  - c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.

## Pasal 71

- (1) Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 ayat (2) huruf a mempunyai tugas:
  - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
  - b. menyusun buku putih;
  - c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
  - d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
  - e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
  - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun;
  - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.
  - h. Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya panitia ad hoc, kepada semua komite keperawatan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya panitia ad hoc, kepada komite keperawatan.

## Pasal 72

- (1) Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 ayat (2) huruf b mempunyai tugas :
  - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit asuhan keperawatan;
  - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya panitia add hoc kepada Ketua Komite Keperawatan.

- (3) Panitia add hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berbentuk panitia add hoc insidental atau permanen.

#### Pasal 73

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 ayat (2) huruf c mempunyai tugas :
  - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
  - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
  - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis;
  - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Dalam rangka menindaklanjuti rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), komite keperawatan membentuk panitia ad hoc.
- (3) Panitia add hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berbentuk panitia add hoc insidental atau permanen.
- (4) Hasil kerja panitia ad hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

#### Pasal 74

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan;
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri atas :
  - a. Rapat Kerja;
  - b. Rapat Rutin;

- c. Rapat Pleno; dan
- d. Sidang tahunan.

#### Pasal 75

- (1) Rapat Kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 ayat (2) huruf a dilaksanakan setahun 1 (satu) kali dan bersifat terbuka.
- (2) rapat Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, sub komite, kepala seksi keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan.
- (3) agenda rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.

#### Pasal 76

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 ayat (2) huruf b dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Kepala Bidang Keperawatan atau Ketua Komite Keperawatan dan diikuti oleh Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota Komite Keperawatan.
- (3) Agenda rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah membahas masalah-masalah Keperawatan.

#### Pasal 77

- (1) Rapat pleno sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 ayat (2) huruf c diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan.
- (2) Rapat pleno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan Kasi Keperawatan.

- (3) Agenda rapat pleno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.

#### Pasal 78

- (1) Sidang tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 ayat (2) huruf d diadakan satu kali dalam setahun;
- (2) Sidang Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Kasi Keperawatan, Panitia-Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan;
- (3) agenda sidang tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu;
- (4) Keputusan Sidang tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang diambil harus disetujui paling sedikit oleh 2/3 (dua per tiga) peserta yang hadir.

#### Paragraf keempat

#### Komite PPI

#### Pasal 79

- (1) Komite PPI dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (4) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Wakil Direktur.
- (3) Komite PPI tugas:
  - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi;

- b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi rumah sakit;
- c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi Rumah Sakit;
- d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
- e. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi
- f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
- g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa rumah sakit;
- h. menerima laporan atas kegiatan tim Pencegah dan Pengendali Infeksi dan membuat laporan berkala kepada Direktur;

#### Paragraf 5

#### Komite Farmasi Terapi

#### Pasal 80

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Wakil Direktur.
- (4) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
  - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;

- b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
- c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
- d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam rumah sakit yang sarasannya berhubungan dengan obat;
- e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
- f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus;
- g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.

#### Paragraf 6

#### Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

#### Pasal 81

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk guna membantu Direktur dalam Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- (2) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas:
  - a. merencanakan program dan kegiatan upaya peningkatan mutu dan keselamatan;
  - b. menggerakkan dan melaksanakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
  - c. monitoring dan evaluasi upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
  - d. melaporkan hasil melaporkan upaya upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

## Bagian Kesembilan

### Tata Kerja

#### Pasal 82

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan rumah sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*cross functional approach*) secara vertikal dan horisontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.
- (2) Dalam hal koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dilakukan dengan instansi diluar Rumah Sakit, wajib sepengetahuan dan/atau persetujuan pejabat pengelola Rumah Sakit.

#### Pasal 83

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi dibantu oleh kepala satuan organisasi di bawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan masing-masing wajib mengadakan rapat berkala.
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya serta wajib menyusun rencana kerja tahunan.
- (4) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.

#### Pasal 84

- (1) Wakil Direktur, Kepala Bidang/Kepala Bagian, Kepala Seksi/Kepala Sub Bagian, Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.
- (2) Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.
- (3) Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahannya.

#### Bagian Kesepuluh Pengelolaan Sumber Daya Manusia

##### Paragraf 1 Tujuan Pengelolaan

#### Pasal 85

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitas dan kualitas untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien.

##### Paragraf 2 Pengangkatan Pegawai

#### Pasal 86

- (1) Pegawai rumah sakit terdiri dari Aparatur Sipil Negara dan Non Aparatur Sipil Negara yang mampu bekerja secara profesional sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
- (2) Pengangkatan pegawai rumah sakit yang berasal dari Aparatur Sipil Negara disesuaikan dengan peraturan perundangan-undangan yang berlaku.

- (3) Pengangkatan pegawai rumah sakit yang berasal dari Non Aparatur Sipil Negara dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (4) Mekanisme pengangkatan pegawai rumah sakit yang berasal dari Non Aparatur Sipil Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

### Paragraf 3

#### Penghargaan dan Sanksi

##### Pasal 87

Untuk mendorong motivasi dan produktivitas kerja maka rumah sakit memberikan penghargaan bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang melanggar peraturan yang telah ditetapkan.

##### Pasal 88

- (1) Penghargaan bagi Aparatur Sipil Negara yang mempunyai kinerja baik berupa kenaikan pangka dan remunerasi sesuai ketentuan yang berlaku
- (2) Kenaikan pangkat Aparatur Sipil Negara dilaksanakan berdasarkan sistem kenaikan pangkat reguler dan kenaikan pangkat pilihan sesuai ketentuan yang berlaku
- (3) Penghargaan bagi Non Aparatur Sipil Negara yang mempunyai kinerja baik berupa pengembangan karir yang bersifat non eselan dan remunerasi

##### Pasal 89

- (1) Kenaikan pangkat reguler da kenaikan pangkat pilihan di berikan kepada Aparatur Sipil Negara sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Paragraf 4  
Rotasi Pegawai

Pasal 90

- (1) Rotasi Aparatur Sipil Negara dan Non Aparatur Sipil Negara dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Rotasi dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
  - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan ketrampilannya;
  - b. masa kerja di unit tertentu;
  - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
  - d. kegunaannya dalam menunjang karir;
  - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Paragraf 5  
Disiplin Pegawai

Pasal 91

- (1) Disiplin Pegawai kesanggupan pegawai untuk menaati kewajiban dan menghindari larangan yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan dan / atau peraturan kedinasan yang apabila tidak ditaati atau dilanggar di jatuhkan hukuman disiplin.
- (2) Disiplin pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam :
  - a. daftar hadir;
  - b. laporan kegiatan;
  - c. Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).

Pasal 92

- (1) Pegawai yang melanggar disiplin pegawai dikenakan hukuman disiplin pegawai.
- (2) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi :
  - a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis, dan pernyataan tidak puas secara tertulis;

- b. hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun;
- c. hukuman disiplin berat yang terdiri dari penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai Pegawai Negeri Sipil, dan pemberhentian tidak hormat sebagai Pegawai Negeri Sipil.

#### Paragraf 6

#### Pemberhentian Pegawai

#### Pasal 93

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus Aparatur Sipil Negara dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian Aparatur Sipil Negara.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Aparatur Sipil Negara dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
  - a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit Non Aparatur Sipil Negara mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan atau tidak memperpanjang masa kontraknya;
  - b. pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit Non Aparatur Sipil Negara telah memasuki masa batas usia pensiun sebagai berikut:
    - 1. batas usia pensiun tenaga medis 60 tahun;
    - 2. batas usia pensiun tenaga keperawatan 58 tahun;
    - 3. batas usia pensiun tenaga non medis 58 tahun.

- (3) Pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit Non Aparatur Sipil Negara melakukan tindakan-tindakan pelanggaran sesuai yang diatur dalam ketentuan tentang disiplin pegawai.

#### Paragraf 7

#### Remunerasi

#### Pasal 94

Remunerasi adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi pesangon, dan atau pensiun yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan pegawai rumah sakit yang ditetapkan oleh Bupati.

#### Pasal 95

- (1) Pejabat pengelola, Dewan Pengawas dan pegawai rumah sakit diberikan remunerasi sesuai dengan sistem yang ditetapkan.
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/ atau pensiun.
- (3) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan dalam bentuk honorarium.
- (4) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati berdasarkan usulan Direktur melalui Sekretaris Daerah.

#### Pasal 96

- (1) Penetapan remunerasi Direktur, mempertimbangkan faktor-faktor sebagai berikut:
  - a. ukuran (*size*) dan jumlah aset yang dikelola rumah sakit, tingkat pelayanan serta produktivitas;

- b. pertimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
  - c. kemampuan pendapatan rumah sakit bersangkutan; dan
  - d. kinerja operasional rumah sakit yang ditetapkan oleh Bupati dengan mempertimbangkan indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.
- (2) Remunerasi Wakil Direktur ditetapkan maksimal 90 (sembilan puluh) persen dari remunerasi Direktur.

#### Pasal 97

Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan sesuai kemampuan keuangan rumah sakit yang ditetapkan direktur.

#### Pasal 98

- (1) Remunerasi bagi Pejabat Pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95 dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian :
- a. pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
  - b. ketrampilan, 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 kerja (*performance index*).
- (2) Bagi Pejabat Pengelola dan pegawai rumah sakit yang berstatus Aparatur Sipil Negara, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan Aparatur Sipil Negara serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang ditetapkan oleh Bupati sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94.

## Pasal 99

- (1) Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas yang diberhentikan sementara dari jabatannya memperoleh penghasilan sebesar 50 % (lima puluh persen) dari remunerasi/honorarium bulan terakhir yang berlaku sejak tanggal diberhentikan sampai dengan ditetapkannya keputusan definitif tentang jabatan yang bersangkutan.
- (2) Bagi Pejabat Pengelola berstatus Aparatur Sipil Negara yang diberhentikan sementara dari jabatannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memperoleh penghasilan sebesar 50 % (lima puluh persen) dari remunerasi bulan terakhir di Rumah Sakit sejak tanggal diberhentikan atau sebesar gaji Aparatur Sipil Negara berdasarkan surat keputusan pangkat terakhir.

## Bagian Kedua Belas Standar Pelayanan Minimal

### Pasal 100

- (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), dapat 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 101

Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan :

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

## Pasal 102

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi rumah sakit.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi rumah sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

## Bagian Ketiga Belas pengelolaan keuangan

### Pasal 103

Pengelolaan keuangan rumah sakit berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.

### Pasal 104

Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 103, maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis akrual/Standar Akuntansi Keuangan (SAK) dan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

## Pasal 105

Subsidi dari pemerintah untuk pembiayaan rumah sakit dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan jasa.

## Bagian Keempat Belas

### Tarif Pelayanan

## Pasal 106

- (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 atau hasil per investasi dana.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan rumah sakit.

## Pasal 107

- (1) Tarif layanan rumah sakit diusulkan oleh Direktur kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (4) Bupati dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat membentuk tim.

- (5) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (4), ditetapkan oleh Bupati yang keanggotaannya dapat berasal dari:
- a. pembina teknis;
  - b. pembina keuangan;
  - c. unsur perguruan tinggi; dan
  - d. organisasi profesi.

#### Pasal 108

- (1) 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.
- (3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2), berpedoman pada ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 107.

#### Bagian Kelima Belas Pendapatan Dan Biaya

##### Paragraf 1 Pendapatan

#### Pasal 109

Pendapatan rumah sakit dapat bersumber dari:

- a. jasa layanan;
- b. hibah;
- c. hasil kerjasama dengan pihak lain;
- d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah;
- e. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara; dan
- f. lain-lain pendapatan rumah sakit yang sah.

#### Pasal 110

- (1) Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari jasa layanan dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.

- (2) Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari hibah dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (3) Hasil kerjasama dengan pihak lain dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lain yang mendukung tugas dan fungsi rumah sakit .
- (4) Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dapat berupa pendapatan yang berasal dari Pemerintah Daerah dalam rangka pelaksanaan program atau kegiatan di rumah sakit.
- (5) Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas perbantuan dan lain-lain.
- (6) Lain-lain pendapatan rumah sakit yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109 huruf f, antara lain:
  - a. hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;
  - b. hasil pemanfaatan kekayaan;
  - c. jasa giro;
  - d. pendapatan bunga;
  - e. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh rumah sakit ;
  - f. hasil investasi.

#### Pasal 111

Rumah sakit dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan/atau tugas perbantuan, proses pengelolaan keuangan diselenggarakan berdasarkan ketentuan perundang-undangan.

## Pasal 112

- (1) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109, kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran rumah sakit sesuai Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA).
- (2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (3) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109 huruf a, huruf b, huruf c dan huruf f dilaksanakan melalui 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.

## Paragraf 2

### Biaya

## Pasal 113

- (1) Biaya rumah sakit merupakan biaya operasional dan biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.

- (4) Biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan
- (5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

#### Pasal 114

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113 ayat (2), terdiri dari:
  - a. biaya pelayanan; dan
  - b. biaya umum dan administrasi.
- (2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (3) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (4) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari:
  - a. biaya pegawai;
  - b. biaya bahan;
  - c. biaya jasa pelayanan;
  - d. biaya pemeliharaan;
  - e. biaya barang dan jasa; dan
  - f. biaya pelayanan lain-lain.
- (5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), terdiri dari:
  - a. biaya pegawai;
  - b. biaya administrasi kantor;
  - c. biaya pemeliharaan;
  - d. biaya barang dan jasa;
  - e. biaya promosi;
  - f. biaya umum dan administrasi lain-lain.

#### Pasal 115

Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113 ayat (3) terdiri dari :

- a. biaya bunga;
- b. biaya administrasi bank;
- c. biaya kerugian penjualan aset tetap;
- d. biaya kerugian penurunan nilai; dan
- e. biaya non operasional lain-lain.

#### Pasal 116

- (1) Seluruh biaya pengeluaran rumah sakit yang bersumber pada pendapatan dari hasil kerjasama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 114 dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) setiap triwulan.
- (2) Seluruh biaya pengeluaran rumah sakit yang bersumber sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan SPM Pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggungjawab (SPTJ).
- (3) Format SPTJ sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan format laporan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 117

- (1) Pengeluaran biaya rumah sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas biayan pengeluaran rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan biaya pengeluaran yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas biaya pengeluaran rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya berlaku untuk biaya rumah sakit yang berasal dari pendapatan selain dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dan hibah terikat.

- (4) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

#### Pasal 118

- (1) Ambang batas Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 117 ayat (2), ditetapkan dengan besaran persentase.
- (2) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional rumah sakit .
- (3) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) dan Daftar Pelaksanaan Anggaran (DPA) rumah sakit oleh TAPD.
- (4) Persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

#### Bagian Keenam Belas

##### Pengelolaan Sumber Daya Lain

#### Pasal 119

- (1) Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, gedung dan jalan dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (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 .

#### Bagian Ketujuh Belas

##### Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah sakit

#### Pasal 120

- (1) Rumah sakit wajib menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal.

- (2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan dan keselamatan.

#### Pasal 121

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah rumah sakit.
- (2) Pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi limbah medis dan non medis.
- (3) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mengacu pada ketentuan perundang-undangan.

### BAB IV

#### PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

##### Bagian Kesatu

##### Maksud dan Tujuan

#### Pasal 122

Tatakelola Staf Medis dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis sebagaimana yang diharapkan.

#### Pasal 123

Tatakelola Staf Medis bertujuan:

- a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (*patient safety*);
- b. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional;
- c. menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut staf medis; dan
- d. mengontrol dan menjamin agar berbagai peraturan mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan Pemilik serta peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua  
Organisasi Staf Medis dan Tanggungjawab

Pasal 124

- (1) Organisasi staf medis merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan rumah sakit.
- (2) Organisasi staf medis rumah sakit bertanggungjawab dan berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di rumah sakit dalam rangka membantu pencapaian tujuan pemerintah di bidang kesehatan.

Bagian Ketiga

Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

Pasal 125

- (1) Keanggotaan staf medis merupakan privilege yang dapat diberikan kepada dokter dan dokter gigi yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.

Pasal 126

Untuk dapat bergabung dengan rumah sakit sebagai staf medis maka dokter atau dokter gigi harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP), kesehatan jasmani dan rohani yang laik (*fit*) untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya serta memiliki prilaku dan moral yang baik.

Pasal 127

Tatalaksana pengangkatan dan pengangkatan kembali staf medis rumah sakit adalah dengan mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Komite Medik dapat mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan tersebut.

## Pasal 128

Masa kerja sebagai staf medis rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. untuk staf medis organik adalah sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan;
- b. untuk staf medis mitra adalah selama 2 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan; dan
- c. untuk staf medis relawan (voluntir) adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih menghendaki dan memenuhi semua persyaratan.
- d. untuk staf medis tamu, yaitu dokter yang tidak tercatat sebagai staf medis rumah sakit, tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis rumah sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

## Pasal 129

Bagi staf medis organik yang sudah pensiun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 128 huruf a dapat diangkat kembali sebagai staf medis mitra atau staf medis relawan sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan.

## Bagian Keempat

### Kategori Staf Medis

## Pasal 130

Staf medis yang telah bergabung dengan rumah sakit dikelompokkan ke dalam kategori:

- a. Staf medis organik, yaitu dokter yang bergabung dengan rumah sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama rumah sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;

- b. Staf medis mitra, yaitu dokter yang bergabung dengan rumah sakit sebagai mitra, berkedudukan setingkat dengan rumah sakit, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di rumah sakit;
- c. Staf medis relawan, yaitu dokter yang bergabung dengan rumah sakit atas dasar keinginan mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama rumah sakit, dan bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab sesuai ketentuan di rumah sakit; dan
- d. Staf medis tamu, yaitu dokter yang tidak tercatat sebagai staf medis rumah sakit, tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis rumah sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru;
- e. Staf medis pengganti yaitu dokter ahli yang didatangkan dari RS lain untuk membantu pelayanan spesialisasi sesuai dengan keahliannya oleh karena dokter ahli yang bersangkutan menjalankan tugas luar.

#### Pasal 131

Dokter spesialis konsultan adalah dokter yang karena keahliannya direkrut oleh rumah sakit untuk memberikan konsultasi kepada KSM yang memerlukan dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien.

#### Pasal 132

Dokter staf pengajar adalah dokter yang :

- a. mempunyai status tenaga pengajar baik dari status kepegawaian Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan Nasional atau Kementerian lain yang dipekerjakan;
- b. diperbantukan untuk menjadi pendidik dan atau pengajar bagi peserta didik di bidang kesehatan;

- c. mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya;
- d. mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 133

Dokter di Instalasi Gawat Darurat adalah :

- a. dokter umum dan dokter spesialis *emergency* yang memberikan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh rumah sakit;
- b. mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya;
- c. mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 134

Dokter peserta pendidikan dokter spesialis adalah :

- a. dokter yang secara sah diterima sebagai peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis;
- b. memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan;
- c. mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya;
- d. mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### Bagian Kelima

#### Kewenangan Klinik

#### Pasal 135

- (1) Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari staf medis yang bersangkutan.

- (3) Dalam hal terdapat kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik, melalui Direktur, dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari Kolegium terkait.

#### Pasal 136

Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 135 ayat (1) akan dievaluasi secara terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

#### Pasal 137

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/ atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

#### Pasal 138

Kewenangan klinik sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.

#### Pasal 139

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka setiap staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinik emergensi guna memungkinkan setiap staf medis dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinik reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan.

## Bagian Keenam

### Pembinaan

#### Pasal 140

Dalam hal staf medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan Standar Prosedur Operasional pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan, kematian, atau kerugian pada pasien maka Sub-Komite Etik dan Disiplin Profesi dapat melakukan penelitian.

#### Pasal 141

- (1) Bila hasil penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 140 membuktikan kebenaran, Sub-Komite Etik dan Disiplin Profesi melaporkan kepada Komite Medik dan selanjutnya Komite Medis dapat mengusulkan kepada Direktur untuk kepada yang bersangkutan dikenai sanksi administratif.
- (2) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada staf medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (3) Dalam hal staf medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Keputusan, untuk selanjutnya Direktur memiliki waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
- (4) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bersifat final dan mengikat.

Bagian Ketujuh  
Pengorganisasian KSM

Pasal 142

Semua dokter yang melaksanakan praktik kedokteran di unit-unit pelayanan rumah sakit, termasuk unit-unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan rumah sakit, wajib menjadi anggota staf medis.

Pasal 143

- (1) Dalam melaksanakan tugas maka staf medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap KSM paling sedikit terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian yang sama.
- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk KSM yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 144

Fungsi staf medis rumah sakit adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.

Pasal 145

Tugas staf medis rumah sakit adalah:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- b. membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan/ atau pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran;
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

#### Pasal 146

Tanggungjawab KSM rumah sakit adalah :

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di rumah sakit untuk mendapatkan surat keputusan;
- b. melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di rumah sakit untuk mendapatkan surat keputusan Direktur;
- d. memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
- f. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur dan/ atau Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
- g. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen terkait.

#### Pasal 147

Kewajiban KSM rumah sakit adalah :

- a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medis;
- b. menyusun indikator mutu klinis;
- c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggota.

#### Pasal 148

- (1) KSM dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota KSM.

- (2) Ketua KSM dapat dijabat oleh dokter organik atau dokter mitra.
- (3) Pemilihan Ketua KSM diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur.
- (4) Ketua KSM ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (5) Masa bakti Ketua KSM adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

#### Bagian Kedelapan

##### Penilaian

##### Pasal 149

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan perundang-undangan.

##### Pasal 150

Staf medis yang memberikan pelayanan medis dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

#### Bagian Kesepuluh

##### Tindakan Korektif

##### Pasal 151

Dalam hal Staf Medis diduga melakukan layanan klinik di bawah standar maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan oleh Komite Medik untuk dilakukan penelitian.

##### Pasal 152

Bilamana hasil penelitian menunjukkan kebenaran adanya layanan klinik di bawah standar, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberikan sanksi dan pembinaan sesuai ketentuan.

Bagian Kesebelas  
Pemberhentian Staf Medis

Pasal 153

Staf Medis Organik diberhentikan dengan hormat karena :

- a. telah memasuki masa pensiun;
- b. permintaan sendiri;
- c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai staf medis; dan
- d. berhalangan tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut.

Pasal 154

Staf medis organik dapat diberhentikan dengan tidak hormat apabila ia melakukan perbuatan melawan hukum sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 155

Staf medis mitra berhenti secara otomatis sebagai staf medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti dalam masa kontrak atas persetujuan bersama.

Pasal 156

Staf Medis Mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja kembali untuk masa kontrak berikutnya setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak rumah sakit.

Bagian Kedua belas

Sanksi

Pasal 157

Staf medis rumah sakit, baik yang berstatus sebagai organik maupun mitra, yang melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, peraturan rumah sakit, klausula-klausula dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.

Pasal 158

Pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat dari Komite Medik dengan mempertimbangkan kadar kesalahannya, yang bentuknya dapat berupa:

- a. teguran lisan atau tertulis;

- b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
- c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi staf medis organik; atau
- d. pemutusan perjanjian kerja bagi staf medis mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

Bagian Ketigabelas  
Kerahasiaan dan Informasi Medis

Paragraf 1

Kerahasiaan Pasien

Pasal 159

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan direktur/kepala bidang pelayanan medis.

Paragraf 2

Informasi Medis

Pasal 160

- (1) Hak-hak pasien yang dimaksud adalah hak-hak pasien sebagaimana yang terdapat didalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- (2) 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; dan
  - e. kemungkinan Komplikasi.

Paragraf 3

Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 161

- (1) Hak pasien meliputi :
  - a. memperoleh informasi mengenai 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 dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun diluar;
- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif 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 selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- o. mengajukan usul, saran, 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; dan
- r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Kewajiban pasien meliputi :

- a. mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- b. menggunakan fasilitas rumah sakit secara bertanggungjawab;
- c. menghormati hak-hak pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di rumah sakit ;
- d. memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya;
- e. memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
- f. mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan di rumah sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- g. menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
- h. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Paragraf 4  
Hak dan Kewajiban Rumah Sakit  
Pasal 162

- (1) Hak Rumah Sakit meliputi :
  - a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
  - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
  - d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
  - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
  - g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
  - h. mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit pendidikan.
  
- (2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi :
  - a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
  - b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
  - c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
  - d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
  - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;

- f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau baktisosial bagi misi kemanusiaan;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Bagian Keempat Belas  
Kebijakan, Pedoman dan Prosedur

Pasal 163

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan Rumah Sakit.
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Wakil Direktur Pelayanan Rumah Sakit.
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- (6) 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 Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali.
- (7) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarkhi struktural.

- (8) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (9) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan Dokumen melalui catatan formulir Master List Dokumen Eksternal.
- (10) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur tentang Retensi dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (11) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan master list yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha.

#### Pasal 164

- (1) Direktur menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat:
  - a. subjek kerja sama/kontrak;
  - b. objek kerja sama/kontrak;
  - c. ruang lingkup kerja sama/kontrak;
  - d. hak dan kewajiban para pihak;
  - e. jangka waktu kerja sama/kontrak;
  - f. pengakhiran kerja sama/kontrak;

- g. keadaan memaksa;
  - h. penyelesaian perselisihan.
- (4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat para pejabat yang berwenang yaitu :
- a. kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi pelayanan, Wakil Direktur Pelayanan Rumah Sakit berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis;
  - b. kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola secara berjejang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi, Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan Rumah Sakit berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen.
- (5) Setelah dibubuhi paraf/fiat pada kedua belah pihak dan lanjut diberi nomor oleh para pihak.
- (6) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (7) Hasil kerja sama/kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau nonmaterial berupa keuntungan.
- (8) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa uang menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (9) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa barang harus dicatat sebagai aset rumah sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (10) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerja sama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
- (11) Evaluasi kerja sama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarkhi pejabat yang berwenang.
- (12) Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

## BAB V

### PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

#### Bagian Kesatu

#### Perencanaan

#### Pasal 165

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Strategi Bisnis (RSB) rumah sakit.
- (2) Rencana Strategi Bisnis (RSB) 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 ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan.
- (4) Misi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan rumah sakit 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 sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 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 analisa dan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

## Bagian Kedua

### Penganggaran

#### Pasal 166

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) tahunan yang berpedoman kepada renstra bisnis rumah sakit.
- (2) Penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan sumber-sumber pendapatan rumah sakit lainnya.

#### Pasal 167

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 166, memuat:
  - a. kinerja tahunan berjalan;
  - b. asumsi makro dan mikro;
  - c. target kinerja;
  - d. analisis dan perkiraan biaya satuan
  - e. perkiraan harga;
  - f. anggaran pendapatan dan biaya;
  - g. besaran persentase ambang batas;
  - h. prognosa laporan keuangan;
  - i. perkiraan maju (*forward estimate*);
  - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

#### Pasal 168

- (1) Rencana Strategi Bisnis (RSB) rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 165 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 166 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan rumah sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

Bagian Ketiga  
Pembinaan , Pengawasan, Evaluasi Dan Penilaian Kinerja

Paragraf 1

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 169

- (1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (2) Pengawasan Operasional rumah sakit dilakukan oleh SPI sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh Bupati, PPKD, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

Bagian Keempat

Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 170

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi Rumah Sakit. Review/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Review/perubahan Visi dan Misi Rumah Sakit diajukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi Rumah Sakit.
- (3) Review/perubahan Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Bupati dan dipublikasikan kepada masyarakat.
- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur dilaksanakan melalui Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil (SKP).

- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.
- (7) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit dilaporkan dalam bentuk Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) setiap tahun disampaikan kepada Bupati.
- (8) Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Rumah Sakit berpedoman kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

## BAB VI

### KETENTUAN PERUBAHAN

#### Pasal 171

- (1) Peraturan Internal rumah sakit (*hospital bylaws*) dapat dilakukan perubahan.
- (2) Perubahan Peraturan Internal rumah sakit (*hospital bylaws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (3) Mekanisme perubahan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Bupati.

## BAB VII

### PENUTUP

#### Pasal 172

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Pati  
pada tanggal 12 April 2016

BUPATI PATI,  
ttd

HARYANTO

Diundangkan di Pati  
pada tanggal 12 April 2016

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PATI,  
ttd

DESMON HASTIONO

BERITA DAERAH KABUPATEN PATI TAHUN 2016 NOMOR 17

Salinan sesuai dengan aslinya  
KEPALA BAGIAN HUKUM



SITI SUBIATI, SH, MM

Pembina

NIP. 19720424 199703 2 010