



## **BUPATI MUSI RAWAS**

PROVINSI SUMATERA SELATAN

PERATURAN BUPATI MUSI RAWAS

NOMOR 49 TAHUN 2022

TENTANG

POLA TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH dr. SOBIRIN KABUPATEN MUSI RAWAS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MUSI RAWAS,

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna kepada masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
- b. bahwa untuk menunjang kelancaran pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit yang menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah, diperlukan acuan atau aturan dasar mengenai pola tata kelola Rumah Sakit;
- c. bahwa berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah ditetapkan dengan Peraturan Kepala Daerah.
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas perlu ditetapkan dengan Peraturan Bupati Musi Rawas.

- Mengingat : 1. Pasal 18 Ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II termasuk Kotapraja, dalam Lingkungan Daerah Tingkat I Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1821);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
9. Peraturan Daerah Kabupaten Musi Rawas Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Musi Rawas (Lembaran Daerah Kabupaten Musi Rawas Tahun 2016 Nomor 10), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Musi Rawas Nomor 1 Tahun 2021 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kabupaten Musi Rawas Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Musi Rawas (Lembaran Daerah Kabupaten Musi Rawas Tahun 2021 Nomor 1).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI MUSI RAWAS TENTANG POLA TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOBIRIN KABUPATEN MUSI RAWAS.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Musi Rawas.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Musi Rawas.
3. Bupati adalah Bupati Musi Rawas.
4. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
5. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas.
7. Tata Kelola Rumah Sakit/Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah peraturan organisasi rumah sakit (*Corporate By Laws*), peraturan internal staf medis (*Medical Staff By Laws*) dan peraturan internal staf keperawatan (*Nursing staff By Laws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola pemerintahan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
8. Tata Kelola Korporasi (*Corporate By Laws*) adalah peraturan yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, Staf Medis dan Staf Keperawatan rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing.
9. Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) adalah peraturan yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari Staf Medis di rumah sakit.



kualitas barang dan/atau jasa yang dihasilkan dan/atau digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.

18. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
19. Staf Medis Fungsional adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu yang mempunyai penugasan klinis di unit pelayanan rumah sakit.
20. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah kumpulan staf medik fungsional dengan keahlian sama atau serupa.
21. Instalasi pelayanan adalah unit kerja yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
22. Satuan Pemeriksa Internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pemeriksaan, pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
23. Dewan Pengawas Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah perangkat yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.
24. Unit kerja adalah tempat staf administrasi, staf medik, profesi kesehatan dan profesi lainnya yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, bangsal/ruang, unit dan lain-lain.
25. Komite Rumah Sakit adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan keputusan Direktur sesuai dengan

kebutuhan rumah sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.

26. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalis melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesimedik dan pemeliharaan etika dan disiplin profesimedik.
27. Sub Komite adalah Kelompok kerja dari Komite Rumah Sakit.
28. Komite Keperawatan adalah Kelompok Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi perawat.
29. Audit Keperawatan adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi perawat dan bidan.
30. Buku Putih adalah dokumen yang berisi syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh tenaga medis/keperawatan yang digunakan untuk menentukan Kewenangan Klinis.
31. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dan keanggotaannya dipilih serta diangkat oleh Direktur.
32. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah wadah non-struktural yang melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.
33. Komite Farmasi dan Terapi adalah wadah non-struktural yang melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan penggunaan obat di rumah sakit.

34. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
35. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
36. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*).
37. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis kembali.
38. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
39. Kompetensi adalah kemampuan profesional yang meliputi penguasaan ilmu pengetahuan, keterampilan dan nilai-nilai (*knowledge, skill dan attitude*) dalam melaksanakan tugas profesionalnya.
40. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis/keperawatan dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis /keperawatan.
41. Pelayanan Medis adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter, dokter spesialis dan dokter gigi atau dokter gigi spesialis sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, yang dapat berupa pelayanan promotif, preventif, diagnostik, konsultatif, kuratif atau rehabilitatif.

42. Tindakan Medis adalah suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilakukan terhadap pasien, baik untuk tujuan preventif, diagnostik, terapeutik ataupun rehabilitatif.
43. Telaah Keprofesian (*Clinical Appraisal*) adalah telaah yang ditinjau dari segi *knowledge* (pengetahuan), *skill* (keterampilan) dan kompetensi yang bersangkutan dibidang keahlian profesinya.
44. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) adalah dokter yang bertugas mengelola rangkaian tata kelola medis seorang pasien.
45. Peserta Pendidikan Dokter/Dokter Spesialis/Peserta Pendidikan Dokter Gigi Spesialis yang selanjutnya disebut (PPDS/PPDGS) adalah Dokter/Dokter Gigi yang secara sah diterima sebagai Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis, serta membantu memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan.
46. Dokter tetap (*organic*) adalah dokter yang diangkat dan ditetapkan oleh Direktur untuk Rumah Sakit sebagai pegawai tetap yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada Direktur.
47. Dokter konsultan adalah dokter yang karena keahliannya ditunjuk oleh Rumah Sakit untuk memberikan konsultasi (tidak bersifat mengikat) kepada Staf Medis Rumah Sakit yang memerlukan dan oleh karenanya tidak secara langsung menangani pasien.
48. Dokter tamu adalah dokter yang karena reputasinya atau keahliannya di undang secara khusus oleh Rumah Sakit untuk membantu atau menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani oleh staf medis Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu teknologi baru.



49. Dokter kontrak adalah dokter yang bekerja di Rumah Sakit berdasarkan Surat Perjanjian Kerja.
50. Dokter pengganti adalah dokter ahli sejenis yang menggantikan tugas dokter tetap Rumah Sakit yang berhalangan.
51. Dokter mitra/paruh waktu adalah dokter yang bekerja di Rumah Sakit dan berkedudukan sebagai mitra yaitu sejajar dengan dokter Rumah Sakit, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung jawab secara profesional sesuai kesepakatan atau ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit.
52. Kelompok Fungsional Keperawatan (KFK) adalah kelompok staf perawat dan bidan fungsional di Rumah Sakit.
53. Panitia *Ad Hoc* adalah panitia yang dibentuk oleh komite medik/komite keperawatan/komite lainnya untuk membantu melaksanakan tugas komite medik/komite keperawatan/komite lainnya.
54. Tokoh masyarakat adalah mereka yang karena prestasi dan perilakunya dapat dijadikan contoh/tauladan bagi masyarakat.
55. Rapat kerja, yaitu rapat yang dilaksanakan 1 (satu) kali dalam setahun untuk membahas rencana kerja.
56. Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) adalah Kepala Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD) yang mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan anggaran pendapatan dan belanja daerah dan bertindak sebagai Bendahara Umum Daerah.

## BAB II

### PRINSIP TATA KELOLA RUMAH SAKIT

#### Pasal 2

- (1) Tata Kelola merupakan peraturan internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) yang terdiri dari Tata Kelola Korporasi (*Corporate By Laws*), Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) dan Tata Kelola Staf Keperawatan (*Nursing staf By Laws*) terdiri dari:

- a. struktur organisasi;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi yang logis;
  - d. pengelolaan sumber daya manusia;
  - e. pengelolaan sumber daya lain;
  - f. pengelolaan lingkungan Rumah Sakit;
  - g. pembinaan dan pengawasan; dan
  - h. evaluasi dan penilaian kinerja.
- (2) Tata Kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
- a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. responsibilitas;
  - d. independensi; dan
  - e. produktivitas.

### 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 perundang-undangan 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 yang 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 tujuan 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 dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif dan produktif.

- (5) Pengelolaan sumber daya lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf e, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai asset berupa tanah dan bangunan.
- (6) Pengelolaan lingkungan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf f, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai pengelolaan lingkungan fisik, kimia, biologi yang mendukung keselamatan pasien.
- (7) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf g, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai pelaku, kriteria, tugas dan fungsi serta mekanisme pembinaan dan pengawasan.
- (8) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf h, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai evaluasi oleh pemilik untuk mengukur pencapaian kinerja aspek keuangan dan aspek non keuangan.

#### 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 sehingga 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 kepada semua pihak yang diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan

laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset dan manajemen pelayanan.

- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan didalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta peraturan 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.
- (5) Produktivitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf e, merupakan kemampuan menggunakan semua potensi yang dimiliki secara efektif dan efisien guna mendapatkan hasil yang optimal.

### BAB III

#### TATA KELOLA KORPORASI

##### Bagian Kesatu

##### Identitas Rumah Sakit

##### Pasal 5

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas.
- (2) Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum.
- (3) Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C.
- (4) Alamat Rumah Sakit adalah di Jalan Yos Sudarso Nomor 13 Lubuklinggau Barat, Kota Lubuklinggau, Sumatera Selatan 31611.



## Pasal 6

- (1) Rumah Sakit sebagai PPK-BLUD mempunyai tujuan:
  - a. mewujudkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan pelayanan kesehatan khusus, pelayanan tambahan yang didasarkan kepada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial yang aman, rasional, efisien dan nyaman (*comfortable*) bagi para pelanggannya untuk membantu pencapaian tujuan pemerintah daerah di bidang pelayanan Kesehatan berdasarkan kewenangan yang didelegasikan oleh Kepala Daerah; dan
  - b. menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian serta pengembangan sumber daya manusia kesehatan yang terintegrasi dengan aktifitas pelayanan.
- (2) Strategi Rumah Sakit adalah mengoptimalkan potensi Sumber Daya Manusia (SDM) yang didukung oleh *stake holder* serta status sebagai PPK-BLUD untuk memenuhi standar pelayanan yang ditentukan sehingga terwujud pelayanan yang bermutu, prima serta unggul guna mempertahankan dan meningkatkan kepercayaan pelanggan (pasien) yang semakin sadar dan mampu dalam memelihara kesehatan.
- (3) Program Indikatif Rumah Sakit adalah:
  - a. program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
  - b. program peningkatan cakupan dan jenis pelayanan;
  - c. program peningkatan sarana dan prasarana Rumah Sakit;

- d. program pemeliharaan sarana dan prasarana Rumah Sakit;
- e. program promosi kesehatan rumah sakit;
- f. program peningkatan kualitas dan kompetensi SDM Rumah Sakit; dan
- g. program pengendalian penyakit dan infeksi rumah sakit.

## Bagian Kedua

### Visi, Misi, Motto dan Nilai-Nilai Dasar

#### Pasal 7

- (1) Dalam rangka menjalankan pembangunan kesehatan, Rumah Sakit harus memiliki Visi dan Misi.
- (2) Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur dan disahkan oleh Bupati yang dimuat di dalam Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit.
- (3) Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan (*review*) setiap tahun guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.
- (4) Perubahan (*review*) visi dan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disusun/dilaksanakan oleh Tim dan ditetapkan oleh Direktur.
- (5) Visi dan Misi Rumah Sakit menjadi Pedoman dalam penyusunan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit.
- (6) Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit disusun oleh Tim Penyusun dan ditetapkan oleh Direktur.
- (7) Rumah Sakit wajib mensosialisasikan visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (7) kepada staf internal, pengunjung rumah sakit dan masyarakat luas.

#### Pasal 8

- (1) Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Rumah Sakit menerapkan motto "*Pelayanan Prima yang Ramah dan Bersahabat*".
- (2) Nilai-nilai dasar Rumah Sakit meliputi:
  - a. pegawai Rumah Sakit menyadari bahwa bekerja adalah ibadah;
  - b. pegawai Rumah Sakit menjunjung tinggi etika, moral, kedisiplinan, tanggung jawab, kepedulian, kejujuran, integritas, keadilan dan tulus ikhlas;
  - c. pegawai Rumah Sakit memberikan pelayanan dengan profesionalisme, kemandirian, inovatif dan saling mendukung secara proporsional;
  - d. pegawai Rumah Sakit menyadari bahwa pelayanan yang diberikan adalah hasil kerja sama tim dengan mengutamakan kepentingan pelanggan;
  - e. pegawai Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan tidak membedakan suku, agama, pangkat, jabatan dan status serta kepartaian politik tertentu dan selalu menjaga nama baik institusi; dan
  - f. pegawai Rumah Sakit menghormati atasan, mengayomi bawahan dan selaras serasa dengan teman sejawat.

#### Bagian Ketiga

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

#### Pasal 9

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus yang melaksanakan kegiatan teknis operasional di bidang kesehatan yang memberikan layanan secara profesional.
- (2) Sebagai Organisasi Bersifat Khusus, Unit Pelaksana Teknis Dinas Rumah Sakit dr. Sobirin memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.

- (3) Rumah Sakit berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan.
- (4) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Badan Layanan Umum Daerah, dipimpin oleh seorang Pemimpin BLUD yang disebut Direktur, yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (5) Direktur dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta kepegawaian bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan yang dilaksanakan melalui penyampaian laporan.
- (6) Dalam pelaksanaan otonomi pengelolaan keuangan dan barang milik daerah, Direktur ditetapkan selaku kuasa pengguna anggaran dan kuasa pengguna barang sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan.
- (7) Rumah Sakit mempunyai tugas pokok membantu Bupati dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, melalui pencapaian optimal angka keberhasilan pengobatan dengan indikator sebagaimana yang tercantum dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (8) Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (7), Rumah Sakit memiliki fungsi:
  - a. perumusan kebijakan teknis pelayanan kesehatan di Rumah Sakit;
  - b. penyusunan program dan pengendalian pelayanan kesehatan di Rumah Sakit;
  - c. penyelenggaraan pelayanan, pencegahan, pengobatan, penyembuhan dan pemulihan kesehatan perorangan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan di Rumah Sakit;
  - d. pelaksanaan pelayanan rujukan;



- e. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- f. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan;
- g. penyelenggaraan urusan hukum dan pemasaran rumah sakit;
- h. pembinaan dan pengendalian pelayanan di Rumah Sakit;
- i. pelaksanaan pengelolaan keuangan dan barang milik daerah di Rumah Sakit secara otonom;
- j. pelaksanaan pengelolaan dan pembinaan ASN dan Non ASN di Rumah Sakit secara otonom;
- k. penyelenggaraan kegiatan ketatausahaan Rumah Sakit;
- l. pemantauan, pengendalian dan penyusunan laporan pelaksanaan tugas Rumah Sakit;
- m. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

#### Bagian Keempat

#### Kedudukan dan Tanggung Jawab Pemerintah Kabupaten

##### Pasal 10

- (1) Pemerintah Kabupaten sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan Rumah Sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Daerah berwenang:
  - a. menetapkan peraturan tentang Tata Kelola Rumah Sakit/ Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit beserta perubahannya;

- b. menyetujui dan mengesahkan penetapan visi dan misi Rumah Sakit;
  - c. menyetujui dan mengesahkan penetapan Rencana Strategis Bisnis dan Rencana Kerja Tahunan Rumah Sakit;
  - d. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural, Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas;
  - e. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar dan memberikan penghargaan atas prestasi yang dicapai pegawai rumah sakit; dan
  - f. melakukan evaluasi dan/atau meminta laporan mengenai kinerja Rumah Sakit baik menyangkut kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan.
- (3) Pemerintah Daerah bertanggung jawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen.
- (4) Kerugian yang terjadi akibat kelalaian atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit/kerugian pihak lain (pasien) diselesaikan sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.

#### Bagian Kelima

#### Pengorganisasian dan Struktur Organisasi Rumah Sakit

#### Paragraf 1

#### Susunan Organisasi Rumah Sakit

#### Pasal 11

- (1) Susunan Organisasi Rumah Sakit, terdiri dari:
- a. Dewan Pengawas;
  - b. Direktur;
  - c. Bidang dan/atau Bagian;
  - d. Seksi dan/atau Sub Bagian;
  - e. Satuan Pemeriksa Internal (SPI);
  - f. Komite-Komite;

- g. Staf Medik Fungsional (SMF);
  - h. Kelompok Fungsional Keperawatan (KFK);
  - i. Instalasi-Instalasi;
  - j. Unit-unit; dan
  - k. Kelompok Jabatan Fungsional.
- (2) Struktur Organisasi Rumah Sakit ditetapkan dengan berpedoman pada Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.
- (3) Struktur Organisasi Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Peraturan Bupati ini.

#### Paragraf 2

#### Pengelola BLUD

#### Pasal 12

- (1) Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit terdiri dari Pimpinan, Pejabat Pengelola Keuangan dan Pejabat Pelaksana Teknis disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada Rumah Sakit.
- (2) Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

#### Paragraf 3

#### Dewan Pengawas

#### Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas Rumah Sakit dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (2) Jumlah Anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang yang terdiri dari 1 (satu) orang Ketua merangkap anggota dan 2 (dua) orang anggota.
- (3) Dalam hal Ketua berhalangan tetap maka Bupati mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi Ketua sampai masa jabatan Ketua yang digantikan berakhir.

- (4) Pengangkatan ketua pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sepanjang memenuhi persyaratan/kriteria.
- (5) Dewan Pengawas bertanggungjawab kepada Bupati.

#### Paragraf 4

#### Tugas, Fungsi, dan Wewenang Dewan Pengawas

#### Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas Rumah Sakit bertugas:
  - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
  - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis bisnis;
  - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana bisnis dan anggaran;
  - d. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien, kendali mutu dan kendali biaya;
  - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
  - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
  - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi dan Peraturan Perundang-Undangan;
  - h. mengawasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit PPK-BLUD sesuai ketentuan Peraturan Perundang-Undangan; dan
  - i. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada pemilik Rumah Sakit.
- (2) Fungsi Dewan Pengawas adalah melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas berwenang:



- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja, mutu dan keselamatan pasien serta keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
  - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
  - c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
  - d. 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 by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
  - e. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) untuk ditetapkan oleh pemilik;
  - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit; dan
  - g. melakukan verifikasi dan menyetujui RKA/RBA
- (4) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf i dilakukan secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester atau sewaktu-waktu atas permintaan pemilik Rumah Sakit apabila diperlukan.

Paragraf 5  
Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:
  - a. Pejabat Organisasi Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit;
  - b. Pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
  - c. Tenaga ahli yang menguasai perumahsakitian yang berasal dari asosiasi perumahsakitian, institusi pendidikan atau tokoh masyarakat.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola.
- (3) 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 menjadi anggota Direksi atau Komisaris, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah;
  - c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik; dan
  - d. sehat jasmani dan rohani untuk melaksanakan tugasnya.

Paragraf 6  
Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan apabila:
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; atau
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

Paragraf 7  
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas diangkat Sekretaris Dewan Pengawas dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.

#### Paragraf 8

#### Biaya Dewan Pengawas

#### Pasal 18

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

#### Paragraf 9

#### Rapat Dewan Pengawas

#### Pasal 19

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan Rumah Sakit sesuai tugas dan kewajibannya.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari rapat rutin, rapat tahunan dan rapat khusus.
- (3) Peserta rapat Dewan Pengawas selain anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direksi, dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas apabila diperlukan.
- (4) Pengambilan keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (5) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (6) Setiap rapat Dewan Pengawas dibuat risalah rapat.
- (7) Ketentuan mengenai rapat Dewan Pengawas ditetapkan oleh Ketua Dewan Pengawas.

#### Pasal 20

- (1) Rapat rutin Dewan Pengawas dilaksanakan paling sedikit 6 (enam) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Rapat rutin Dewan Pengawas merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.



#### Pasal 21

- (1) Rapat tahunan Dewan Pengawas dilaksanakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Rapat tahunan Dewan Pengawas bertujuan untuk memberikan arah kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit mencakup pengelolaan pelayanan medik, sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta pengelolaan keuangan.

#### Pasal 22

- (1) Rapat khusus Dewan Pengawas dilaksanakan di luar jadwal rapat rutin maupun rapat tahunan, untuk mengambil keputusan, menetapkan kebijakan terhadap hal-hal yang dianggap khusus.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal terdapat:
  - a. permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
  - b. permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 2 (dua) orang Anggota Dewan Pengawas.
- (3) Direktur dapat meminta penyelenggaraan rapat khusus Dewan Pengawas dengan persetujuan Ketua Dewan Pengawas atau persetujuan yang ditandatangani oleh paling sedikit 2 (dua) orang Anggota Dewan Pengawas.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

#### Paragraf 10

#### Pejabat Pengelola

#### Pasal 23

- (1) Susunan Pejabat Pengelola, terdiri atas :
  - a. Pemimpin BLUD, selanjutnya disebut Direktur;
  - b. Pejabat Pengelola Keuangan selanjutnya disebut Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset;

- c. Pejabat Pelaksana Teknis, selanjutnya disebut Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit, Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis, Kepala Bagian Umum dan Keuangan, Kepala Seksi Pelayanan Medis Umum, Kepala Seksi Pelayanan Medis Khusus, Kepala Seksi Penunjang Medis, Kepala Seksi Penunjang Non Medis, Kepala Seksi Keperawatan dan Kebidanan, Kepala Seksi Penjaminan Mutu Rumah Sakit, Kepala Subbagian Umum Dan Kepegawaian, dan Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Evaluasi.
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bertanggung jawab kepada Bupati melalui Kepala Dinas Kesehatan terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan.
- (3) Seluruh pejabat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dan huruf c bertanggung jawab kepada Direktur sesuai bidang tanggung jawab masing-masing.

#### Pasal 24

- (1) Susunan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan susunan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati.

#### Paragraf 11

#### Pengangkatan Pejabat Pengelola

#### Pasal 25

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat oleh pemilik.

- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas.
- (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 oleh Bupati.
- (5) Pejabat pengelola dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil dan/atau non ASN yang profesional sesuai dengan kebutuhan.
- (6) Dalam hal Direktur berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil (ASN) maka yang bersangkutan merupakan kuasa pengguna anggaran dan pengguna barang milik daerah.
- (7) Dalam hal Direktur berasal dari unsur non Pegawai Negeri Sipil maka yang bersangkutan bukan merupakan kuasa pengguna anggaran dan pengguna barang milik daerah.
- (8) Dalam hal Direktur berasal dari unsur non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud ayat (7) maka yang menjadi kuasa pengguna anggaran dan pengguna barang milik daerah adalah Pejabat Pengelola Keuangan yang berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil.

#### Paragraf 12

#### Persyaratan menjadi Pejabat Pengelola

#### Pasal 26

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:

- a. tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumhaskitan;

- 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 Pegawai Negeri Sipil atau non Pegawai Negeri Sipil; dan
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 27

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Pejabat Pengelola Keuangan adalah:

- a. berlatar belakang pendidikan minimal Sarjana 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 Pegawai Negeri Sipil;
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 28

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Pelayanan adalah:

- a. seorang tenaga medis atau tenaga kesehatan lain yang berlatar belakang pendidikan minimal Strata 2 kesehatan/Manajemen Rumah Sakit yang memenuhi



- kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang pengalaman di lingkup pelayanan medik;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
  - c. mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan medik;
  - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
  - e. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
  - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Paragraf 13

#### Tugas dan Kewenangan Direktur

#### Pasal 29

Direktur Rumah Sakit bertugas:

- a. merumuskan kebijakan teknis pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.
- b. menyusun program dan pengendalian di Rumah Sakit;
- c. menyelenggarakan pelayanan, pencegahan, pengobatan, penyembuhan dan pemulihan kesehatan perorangan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- d. melaksanakan pelayanan rujukan;
- e. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- f. menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan;
- g. menyelenggarakan urusan hukum dan pemasaran pada rumah sakit;
- h. membina dan mengendalikan pelayanan pada Rumah Sakit;
- i. melaksanakan pengelolaan keuangan dan barang milik daerah di rumah sakit secara otonom;
- j. melaksanakan pengelolaan dan pembinaan ASN dan non ASN di rumah sakit secara otonom;

- k. menyelenggarakan kegiatan ketatausahaan rumah sakit;
- l. memantau, mengendalikan dan menyusun laporan pelaksanaan tugas rumah sakit; dan
- m. melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

#### Pasal 30

Direktur Rumah Sakit mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
- b. menetapkan, bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap rumah sakit;
- c. mengangkat dan memberhentikan pegawai Rumah Sakit Non Pegawai Negeri Sipil sesuai Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku;
- d. memutuskan dan menetapkan peraturan Rumah Sakit guna melaksanakan ketentuan dalam peraturan internal dasar maupun peraturan perundang-undangan;
- e. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
- f. memberikan penghargaan kepada pegawai, karyawan dan profesional yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
- g. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- h. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola di bawah Direktur kepada Bupati;
- i. mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;
- j. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;

- k. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian teknis operasional pelayanan;
- l. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya; dan
- m. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat Rumah Sakit.

#### Pasal 31

Dalam pelaksanaan tugas dan kewenangannya sebagaimana dimaksud pada Pasal 29 dan Pasal 30, Direktur bertanggung jawab 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; dan
- d. meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.

#### Paragraf 14

#### Pemberhentian Direktur

#### Pasal 32

Direktur diberhentikan karena:

- a. meninggal dunia;
- b. memasuki usia pensiun;
- c. berhalangan tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- d. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
- e. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- f. mengundurkan diri karena alasan yang patut;
- g. promosi dan/atau mutasi jabatan; dan
- h. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum.

Paragraf 15  
Pejabat Pengelola Keuangan

Pasal 33  
Pejabat Pengelola Keuangan berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Bagian.

Paragraf 16  
Pejabat Pelaksana Teknis

- Pasal 34  
Pejabat Pelaksana Teknis meliputi:
- a. Bidang Pelayanan Medis terdiri dari:
    1. Kepala Bidang Pelayanan Medis;
    2. Kepala Seksi Pelayanan Medis Umum; dan
    3. Kepala Seksi Pelayanan Medis Khusus.
  - b. Bidang Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari:
    1. Kepala Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit;
    2. Kepala Seksi Keperawatan dan Kebidanan; dan
    3. Kepala Seksi Penjaminan Mutu Rumah Sakit.
  - c. Bagian Umum dan Keuangan terdiri dari:
    1. Kepala Bagian Umum dan Keuangan;
    2. Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
    3. Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset; dan
    4. Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Evaluasi.
  - d. Bagian Penunjang Medis dan Non Medis terdiri dari:
    1. Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis;
    2. Kepala Seksi Penunjang Medis; dan
    3. Kepala Seksi Penunjang Non Medis.

Bagian Kedelapan  
Organisasi Pelaksana

Paragraf 1  
Instalasi dan Unit

- Pasal 35
- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.



- (2) Pembentukan instalasi dan struktur organisasi instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Instalasi mempunyai tugas dan fungsi manajemen dalam membantu Direktur untuk penyelenggaraan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (5) Kepala Instalasi bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (6) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan Instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang/bagian atau seksi/sub bagian terkait.
- (7) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (8) Khusus Instalasi Rawat Inap karena memiliki rentang kendali tugas cukup luas dapat membentuk unit/ruangan/bangsal keperawatan yang dikepalai oleh seorang Kepala Ruangan/Kepala Bangsal.

#### Pasal 36

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Instalasi adalah:

- a. seseorang yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan berpendidikan sarjana dan pengalaman di lingkup instalasi;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi di lingkup instalasi;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- e. berstatus Pegawai Negeri Sipil tetap; dan
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 37

- (1) Jumlah dan jenis Instalasi disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.

#### Pasal 38

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban menyusun rencana program lima tahunan/rencana kerja tahunan/RBA unit, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya kepada Direktur.

#### Paragraf 2

#### Staf Fungsional

#### Pasal 39

- (1) Staf 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 melakukan kegiatan berdasarkan jabatan fungsional masing-masing sesuai dengan keahlian dan kebutuhan berdasarkan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Masing-masing tenaga fungsional berada di lingkungan Rumah Sakit sesuai dengan kompetensinya.

Paragraf 3  
Rapat Pengelola

Pasal 40

- (1) Rapat Pengelola adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pengelola untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan tugas dan kewajiban pengelola.
- (2) Rapat Pengelola terdiri dari rapat rutin, rapat tahunan dan rapat khusus.
- (3) Peserta Rapat Pengelola adalah Pejabat Pengelola, Pejabat dan/atau staf pengelola keuangan, pejabat dan/atau staf Pelaksana Teknis, dan apabila diperlukan dapat juga dihadiri oleh Dewan Pengawas.
- (4) Pengambilan keputusan rapat pengelola harus diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (5) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (6) Setiap rapat pengelola dibuat risalah rapat.
- (7) Pengaturan rapat pengelola ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 41

- (1) Rapat rutin pengelola dilaksanakan paling sedikit 1 (satu) bulan sekali.
- (2) Rapat rutin pengelola membahas hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan Rumah Sakit sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajiban masing-masing Pengelola.

Pasal 42

- (1) Rapat Tahunan Pengelola dilaksanakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Rapat Tahunan Pengelola bertujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit mencakup pengelolaan pelayanan medik, sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta pengelolaan keuangan.

#### Pasal 43

- (1) Rapat Khusus Pengelola dilaksanakan di luar jadwal rapat rutin maupun rapat tahunan, untuk mengambil keputusan, menetapkan kebijakan terhadap hal-hal yang dianggap khusus.
- (2) Dalam Rapat Khusus Pengelola hanya membahas masalah yang berkaitan dengan situasi dan kondisi tertentu yang memerlukan kebijakan khusus pengelola.
- (3) Apabila diperlukan Pengelola dapat mengundang Dewan Pengawas untuk hadir dalam rapat khusus pengelola.
- (4) Undangan rapat khusus Pengelola harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

#### BAB IV

#### PROSEDUR KERJA

#### Pasal 44

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap Pimpinan satuan organisasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi secara vertikal dan horisontal sesuai tugas masing-masing.
- (2) Dalam hal koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dilakukan dengan instansi diluar rumah sakit, wajib sepengetahuan dan/atau persetujuan pejabat pengelola.

#### Pasal 45

- (1) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahan masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggung jawab memimpin dan mengoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan serta wajib menyusun rencana kerja tahunan.



- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala pada waktunya.
- (4) Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan organisasi dari bawahan, wajib dianalisa untuk dipergunakan sebagai bahan penyusunan kebijakan lebih lanjut.
- (5) Dalam menyampaikan laporan kepada atasan, tembusan laporan disampaikan kepada pimpinan satuan kerja lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.
- (6) Semua kegiatan pelayanan dan pendukungnya diatur dengan prosedur kerja baku berupa Standar Operasional Prosedur menurut ketentuan Akreditasi Rumah Sakit.
- (7) Prinsip Prosedur Kerja adalah:
  - a. jelas kebijakannya;
  - b. mengutamakan kepentingan dan keselamatan pelanggan;
  - c. konsisten;
  - d. sesuai dengan falsafah, tujuannya;
  - e. jelas pelaksanaannya;
  - f. jelas tanggung jawabnya; dan
  - g. ada evaluasi mutu dan kinerjanya.

## BAB V

### ORGANISASI PENDUKUNG

#### Bagian Kesatu

#### Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)

#### Pasal 46

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

Pasal 47

- (1) Satuan Pengawas Internal adalah kelompok jabatan fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit.
- (2) Pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah untuk mengawasi apakah kebijakan Direktur telah dilaksanakan sebaik-baiknya oleh pelaksana sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku untuk mencapai tujuan organisasi.
- (3) Satuan Pengawas Internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Satuan Pengawas Internal dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (5) Satuan Pengawas Internal merupakan internal auditor di Rumah Sakit.
- (6) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pengawas Internal adalah:
  - a. melakukan kajian dan analisis terhadap kesesuaian rencana kerja dan investasi Rumah Sakit;
  - b. melakukan analisis dan evaluasi efektifitas sistem dan prosedur pada semua bagian, instalasi dan unit kegiatan Rumah Sakit;
  - c. melakukan analisis, evaluasi dan penilaian terhadap efektifitas dan efisiensi operasional/pengelolaan keuangan, pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan;
  - d. membantu direktur dalam mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
  - e. melakukan pemantauan dan penilaian terhadap pengelolaan informasi dan komunikasi meliputi:

1. pengamanan informasi dan dokumentasi penting Rumah Sakit;
  2. pelayanan informasi dan penanganan pengaduan, saran dan masukan; dan
  3. penyajian laporan-laporan Rumah Sakit sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan.
- f. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan oleh Direktur; dan
- g. melaporkan hasil pelaksanaan tugas dan tanggung jawab dengan memberikan rekomendasi kepada Direktur.
- (7) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Satuan Pengawas Internal berfungsi:
- a. membantu direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
  - b. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
  - c. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai dengan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan Rumah Sakit.
- (8) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (9) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (6), adalah berdasarkan penugasan dari direktur.

#### Pasal 48

Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Satuan Pengawas Internal (SPI) antara lain:

- a. memiliki dedikasi, komitmen, pemahaman yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit;
- b. mempunyai etika, integritas dan kapabilitas yang memadai;

- c. memiliki pendidikan, keahlian dan/atau pengalaman teknis tentang kegiatan Rumah Sakit;
- d. mempunyai sikap independen dan obyektif terhadap obyek yang akan diperiksa/diaudit.
- e. sehat jasmani dan rohani untuk melaksanakan tugasnya.

Bagian Kedua  
Komite Rumah Sakit

Pasal 49

- (1) Komite Rumah Sakit merupakan lembaga khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk tujuan dan tugas tertentu.
- (2) Komite Rumah Sakit sebagaimana dimaksud ayat (1) paling sedikit terdiri dari:
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Tenaga Kesehatan Lain;
  - d. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien; dan
  - e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
- (3) Setiap komite dipimpin oleh seorang ketua yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Setiap komite mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan, standar profesi, memantau pelaksanaan standar pelayanan dan profesi, melaksanakan pembinaan etika profesi dan memberikan saran pertimbangan dalam pengembangan pelayanan profesi.
- (5) Dalam melaksanakan tugas Komite dapat membentuk sub komite dan/atau Panitia yang merupakan kelompok kerja tertentu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (6) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.



BAB VI  
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Bagian Kesatu  
Pegawai Rumah Sakit

Pasal 50

- (1) Penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dilaksanakan oleh tenaga Rumah Sakit yang meliputi tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan lainnya, tenaga manajemen dan tenaga non kesehatan.
- (2) Tenaga Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas pegawai berstatus ASN dan pegawai berstatus Non ASN.

Bagian Kedua  
Pengangkatan Pegawai

Pasal 51

- (1) Pengangkatan pegawai berstatus ASN dilakukan dan dilaksanakan oleh Badan Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia Kabupaten Musi Rawas sesuai ketentuan Peraturan Perundangan-Undangan yang berlaku.
- (2) Pengangkatan pegawai berstatus Non ASN dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai berstatus Non ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui mekanisme rekrutmen, *outsourcing*, Kerja Sama Operasional (KSO), magang, atau cara-cara lain yang efektif dan efisien, sebagai berikut:
  - a. rekrutmen pegawai diatur lebih lanjut dengan Peraturan Bupati;
  - b. *outsourcing* pegawai:

1. pelaksanaan *outsourcing* pegawai dilaksanakan berdasar kebutuhan tenaga yang ditetapkan oleh Direktur; dan
  2. mekanisme *outsourcing* dilaksanakan oleh panitia pengadaan barang/jasa sesuai ketentuan yang berlaku.
- c. Kerja Sama Operasional (KSO)
1. pelaksanaan kerja sama operasional dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan; dan
  2. mekanisme kerja sama operasional dilaksanakan oleh Direktur dengan pihak ketiga.
- (4) Mekanisme pengangkatan pegawai berstatus Non ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (3) lebih lanjut ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

### Bagian Ketiga Penghargaan dan Sanksi

#### Pasal 52

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas, Rumah Sakit memberikan penghargaan bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi atau melanggar Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.

#### Pasal 53

- (1) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai berstatus ASN dapat berupa:
- a. kenaikan Pangkat dengan sistem regular dan kenaikan pangkat pilihan;
  - b. kenaikan gaji berkala;
  - c. remunerasi;
  - d. usulan mendapatkan penghargaan dari pemerintah; dan
  - e. bagi ASN dokter spesialis memasuki masa pensiunan bisa diterima sebagai tenaga Non ASN.

- (2) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai berstatus Non ASN dapat berupa:
  - a. kenaikan upah secara berkala;
  - b. remunerasi; dan
  - c. perpanjangan Surat Perjanjian Kerja (SPK).
- (3) Kenaikan Pangkat Reguler adalah penghargaan yang diberikan kepada Pegawai ASN yang tidak menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu, termasuk ASN yang:
  - a. melaksanakan tugas belajar dan sebelumnya tidak menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu; dan
  - b. dipekerjakan atau diperbantukan secara penuh diluar instansi induk dan tidak menduduki jabatan pimpinan yang telah ditetapkan persamaan eselonnya atau jabatan fungsional tertentu.
- (4) Kenaikan Pangkat Pilihan adalah penghargaan yang diberikan kepada Pegawai ASN yang menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu.

#### Pasal 54

Sanksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 diberikan sesuai ketentuan yang berlaku pada peraturan disiplin ASN dan bagi pegawai Non ASN diberikan sesuai ketentuan yang berlaku dalam Surat Perjanjian Kerja.

#### Bagian Keempat

#### Rotasi dan Mutasi Pegawai

#### Pasal 55

- (1) Rotasi ASN adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja pada lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai yang dilaksanakan dengan mekanisme Baperjakat.

- (2) Rotasi Non ASN adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai yang dilaksanakan atas pertimbangan Direktur.
- (3) Rotasi pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
- a. penempatan seseorang pada pekerjaan sesuai dengan basis pendidikan dan keterampilannya;
  - b. masa kerja pada suatu unit kerja tertentu;
  - c. pengalaman seseorang pada bidang tugas tertentu di masa lalu;
  - d. penempatan pegawai pada bidang tugas tertentu untuk menunjang karir pegawai yang bersangkutan;
  - e. kebutuhan Rumah Sakit; dan
  - f. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Bagian Kelima  
Disiplin Pegawai

Pasal 56

- (1) Disiplin pegawai ditunjukkan melalui nilai-nilai ketaatan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban yang dituangkan dalam:
- a. daftar hadir dengan manual/*finger print*/*face print* datang dan pulang;
  - b. rekam jejak (*track record*); dan
  - c. sasaran kerja pegawai (SKP).
- (2) Pelanggaran terhadap ketentuan disiplin Pegawai berstatus ASN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan hukuman sesuai dengan peraturan yang berlaku.



- (3) Pelanggaran terhadap ketentuan disiplin Pegawai berstatus Non ASN diberikan hukuman sesuai tingkat dan jenis pelanggaran, meliputi:
- a. hukuman disiplin ringan, berupa:
    1. teguran lisan; atau
    2. teguran tertulis.
  - b. hukuman disiplin sedang berupa pemotongan upah sebesar 50 persen dari besaran upah setiap bulan untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan
  - c. hukuman disiplin berat berupa pemutusan hubungan kerja.
- (4) Kriteria Pelanggaran disiplin pegawai kategori ringan, sedang dan berat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Keenam  
Pemberhentian Pegawai

Pasal 57

- (1) Pemberhentian ASN mengacu pada ketentuan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.
- (2) Pegawai yang berstatus Non ASN diberhentikan apabila:
  - a. meninggal dunia;
  - b. mengundurkan diri;
  - c. mencapai batas usia pensiun;
  - d. melanggar perjanjian kerja;
  - e. masa perjanjian kerja habis;
  - f. melakukan tindak pidana yang telah berkekuatan hukum tetap;
  - g. tidak masuk kerja selama 15 (lima belas) hari kerja secara akumulatif selama 1 tahun tanpa keterangan yang dapat dipertanggungjawabkan;
  - h. berhalangan tetap karena sakitnya sehingga tidak dapat melaksanakan tugas atas rekomendasi Tim Kesehatan Rumah Sakit; dan/atau
  - i. rasionalisasi kebutuhan organisasi.

- (3) Pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf c, dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit telah memasuki masa batas usia pensiun sebagai berikut:
  - a. batas usia pensiun tenaga medis 60 tahun; dan
  - b. batas usia pensiun tenaga perawat, tenaga kesehatan non medis lainnya dan tenaga non medis 56 tahun.
- (4) Pegawai yang berstatus Non ASN dengan keahlian tertentu setelah mencapai batas usia pensiun dapat diperpanjang bila dibutuhkan.

## BAB VII

### PENGELOLAAN SUMBER DAYA LAIN

#### Pasal 58

- (1) Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap pengelolaan sumber daya lain yaitu asset berupa tanah dan bangunan serta peralatan.
- (2) Tanah dan bangunan Rumah Sakit disertifikasi atas nama Pemerintah Daerah.
- (3) Tanah dan bangunan Rumah Sakit yang tidak digunakan untuk pelayanan dan fungsi Rumah Sakit dapat dialihgunakan oleh Direktur.
- (4) Aset tetap Rumah Sakit tidak boleh dialihkan dan atau dihapuskan kecuali atas persetujuan pejabat berwenang berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (5) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3), merupakan aset berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 bulan, untuk digunakan dalam pelayanan kepada masyarakat.
- (6) Hasil pengalihan aset sebagaimana pada ayat (2) dan ayat (3), merupakan pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.

- (7) Barang inventaris milik Rumah Sakit dapat dihapus dan atau dialihkan atas dasar pertimbangan ekonomis, dengan cara dijual, ditukar dan atau sesuai ketentuan perundang -undangan yang berlaku.
- (8) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (6), bilamana merupakan barang habis pakai, barang untuk diolah atau dijual dan barang lain yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.
- (9) Hasil penjualan barang dimaksud pada ayat (6), merupakan pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (10) Direktur beserta pejabat di bawahnya secara berjenjang harus memelihara seluruh aset Rumah Sakit dengan tertib, efektif dan efisien sehingga mempunyai masa manfaat yang sebanyak-banyaknya termasuk teknologinya dan akurasi dari sarana prasarana rumah Sakit.

## BAB VIII

### PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT

#### Pasal 59

- (1) Direktur menunjuk pejabat yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan lingkungan Rumah Sakit yang meliputi:
  - a. kebersihan lingkungan Rumah Sakit meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet/kamar mandi;
  - b. pengelolaan sampah medik dan domestik;
  - c. pengelolaan limbah cair;
  - d. pengamatan kepatuhan kawasan tanpa rokok; dan
  - e. memperluas area taman dan tanaman penghijauan untuk mengurangi pemanasan global.

- (2) Pengelolaan lingkungan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan selama 24 (dua puluh empat) jam sehari.
- (3) Direktur menyusun kebijakan pengelolaan lingkungan fisik, kimia, biologi yang memperhatikan keselamatan pasien dan karyawan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

## BAB IX REMUNERASI

### Pasal 60

- (1) Remunerasi Rumah Sakit dapat berupa gaji pokok, tunjangan tetap, honorarium, insentif/jasa layanan, bonus atas prestasi yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, Pejabat Pengelola Keuangan, Pejabat Pelaksana Teknis dan Pegawai Rumah Sakit.
- (2) Pejabat Pengelola BLUD, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Pegawai BLUD dapat diberikan remunerasi tertentu sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (3) Besaran remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

### Pasal 61

Prinsip dasar pemberian remunerasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60, meliputi:

- a. keadilan;
- b. profesionalisme; dan
- c. beban kerja.

### Pasal 62

- (1) Pembayaran gaji dan tunjangan kepada ASN dialokasikan melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Musi Rawas melalui Anggaran Rumah Sakit.



- (2) Pembayaran Honorarium kepada Non ASN dialokasikan melalui RBA BLUD dan/atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Musi Rawas melalui Anggaran Rumah Sakit.
- (3) Alokasi anggaran insentif/jasa layanan, bonus dan honorarium bagi Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, Pejabat Pengelola Keuangan, Pejabat Pelaksana Teknis, Pegawai Rumah Sakit dianggarkan melalui RBA BLUD.
- (4) Alokasi anggaran insentif/jasa layanan untuk Pejabat Pengelola paling banyak 10% (sepuluh persen) dari pendapatan jasa pelayanan.
- (5) Alokasi anggaran insentif, bonus dan honorarium bagi Pejabat Pengelola Keuangan, Pejabat Pelaksana Teknis, Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas paling banyak 5% (lima persen) dari realisasi pendapatan jasa pelayanan.
- (6) Seluruh biaya yang dikeluarkan untuk remunerasi dianggarkan dalam RBA BLUD paling banyak 40% (empat puluh persen) dari realisasi pendapatan rumah sakit.

#### Pasal 63

Perhitungan besaran remunerasi bagi pegawai Rumah Sakit didasarkan pada indikator penilaian yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

#### Pasal 64

- (1) Remunerasi Dewan Pengawas diberikan dalam bentuk honorarium.
- (2) Honorarium Dewan Pengawas, ditetapkan sebesar:
  - a. 40% (empat puluh persen) dari gaji dan tunjangan pokok Direktur (Pimpinan BLUD) untuk Ketua;
  - b. 35% (tiga puluh lima persen) dari gaji dan tunjangan pokok Direktur (Pimpinan BLUD) untuk masing-masing Anggota;

- c. 15% (lima belas persen) dari gaji dan tunjangan pokok Direktur (Pimpinan BLUD) untuk Sekretaris Dewan Pengawas.
- (3) Penetapan remunerasi Direktur, mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan:
- a. ukuran (*size*) dan jumlah aset yang dikelola, tingkat pelayanan serta produktivitas;
  - b. pertimbangan dan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
  - c. kemampuan pendapatan Rumah Sakit; dan
  - d. kinerja operasional Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Bupati dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.
- (4) Remunerasi bagi pejabat pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1), 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*).
- (5) Bagi pejabat pengelola dan pegawai yang berstatus ASN, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan ASN serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## BAB X

### STANDAR PELAYANAN

#### Pasal 65

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

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

#### Pasal 66

Standar Pelayanan harus memenuhi persyaratan:

- a. Komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses penyampaian pelayanan (*service delivery*) meliputi:
  1. persyaratan;
  2. sistem, mekanisme dan prosedur;
  3. jangka waktu pelayanan;
  4. biaya/tarif;
  5. produk pelayanan; dan
  6. penanganan pengaduan, saran dan masukan.
- b. Komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses pengelolaan pelayanan di internal organisasi (*manufacturing*) meliputi:
  1. dasar hukum;
  2. sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas;
  3. kompetensi pelaksana;
  4. pengawasan internal;
  5. jumlah pelaksana;
  6. jaminan pelayanan;
  7. jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan; dan
  8. evaluasi kinerja pelaksana.

#### Pasal 67

- (1) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 huruf a, Fokus mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.

- (2) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 huruf a, terukur pencapaiannya, dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 huruf a dan huruf b, dapat dicapai karena merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 huruf a dan huruf b, relevan dan dapat diandalkan karena merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 huruf a dan huruf b, Tepat waktu karena merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

## BAB XI

### PENGELOLAAN KEUANGAN

#### Pasal 68

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip transparansi, akuntabilitas, responsibilitas dan independensi.
- (2) Dalam rangka penerapan prinsip sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan Sistem Akuntansi berbasis Standar Akuntansi Keuangan (SAK) dan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

#### Bagian Kesatu

##### Fleksibilitas

#### Pasal 69

- (1) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 67 ayat (2) Rumah Sakit sebagai PPK-BLUD memperoleh fleksibilitas berupa:



- a. pengelolaan pendapatan dan biaya;
  - b. pengelolaan kas;
  - c. pengelolaan utang;
  - d. pengelolaan piutang;
  - e. pengelolaan investasi;
  - f. pengelolaan barang dan /atau jasa;
  - g. pengadaan barang;
  - h. penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban;
  - i. pengelolaan surplus dan defisit;
  - j. pengelolaan dana secara langsung; dan
  - k. perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur dengan Peraturan Bupati.

## Bagian Kedua

### Tarif Pelayanan

#### Pasal 70

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.
- (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 imbalan hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), berupa besaran tarif dan/atau tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.

#### Pasal 71

- (1) Tarif layanan rawat jalan, gawat darurat, rawat inap kelas III beserta pelayanan penunjangnya diusulkan oleh Direktur kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (3) Tarif layanan khusus dan rawat inap Kelas II, Kelas I, Kelas Utama, Paviliun beserta penunjangnya ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (5) Bupati dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat membentuk tim.
- (6) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (5), ditetapkan oleh Bupati yang keanggotaannya dapat berasal dari:
  - a. pembina teknis;
  - b. pembina keuangan;
  - c. unsur perguruan tinggi; dan
  - d. organisasi profesi.

#### Pasal 72

- (1) Peraturan Daerah tentang 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) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berpedoman pada ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70.

Bagian Ketiga  
Perencanaan dan Penganggaran

Pasal 73

- (1) Direktur wajib menetapkan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit setiap 5 (lima) tahun sekali.
- (2) Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten dan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas.
- (3) Sebelum ditetapkan, Rancangan Rencana Strategis Bisnis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten untuk memastikan kesesuaian dengan RPJMD Kabupaten dan Rencana Strategis Dinas Kesehatan.

Pasal 74

- (1) Rencana Strategis Bisnis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 73 ayat (1) dijabarkan dalam Rencana Kerja Anggaran (RKA) dan RBA Rumah Sakit.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasar prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, APBD, APBN dan sumber-sumber pendapatan BLUD lainnya.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) memuat:
  - a. kinerja tahun berjalan;
  - b. asumsi makro dan mikro;
  - c. target kinerja;
  - d. analisis dan perkiraan biaya satuan;
  - e. perkiraan harga;
  - f. rincian anggaran pendapatan belanja dan pembiayaan;

- g. besaran persentase ambang batas;
  - h. prognose laporan keuangan;
  - i. perkiraan maju (*forward estimate*);
  - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan RKA- SKPD/APBD.
- (4) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (3), disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Bagian Keempat  
Pendapatan dan Biaya

Paragraf 1  
Pendapatan

Pasal 75

Pendapatan Rumah Sakit dapat bersumber dari:

- a. jasa layanan;
- b. hibah;
- c. hasil kerja sama dengan pihak lain;
- d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD);
- e. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN); dan
- f. lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah.

Pasal 76

- (1) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari jasa layanan berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 huruf b berupa hibah terikat dan/atau hibah tidak terikat.
- (3) Hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 huruf c berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit.



- (4) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 huruf d merupakan pendapatan yang berasal dari otorisasi kredit anggaran Pemerintah Daerah dan bukan dari pendapatan pembiayaan APBD.
- (5) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 huruf e berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan dan lain-lain.
- (6) Lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 huruf f, antara lain:
  - a. hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;
  - b. hasil pemanfaatan kekayaan;
  - c. jasa giro;
  - d. pendapatan bunga;
  - e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
  - f. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh Rumah Sakit; dan
  - g. hasil investasi.

#### Pasal 77

- (1) Seluruh pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75, kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran Rumah Sakit berdasarkan RBA.
- (2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (3) Seluruh pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 huruf a, sampai dengan 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 Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.

#### Paragraf 2

#### Biaya

#### Pasal 78

- (1) Biaya Rumah Sakit merupakan biaya operasional dan biaya non operasional dan biaya investasi.
- (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 fungsinya.
- (4) Biaya investasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsinya terkait dengan peralatan modal.
- (5) Biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan termasuk kegiatan pendidikan dan penelitian.
- (6) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

#### Pasal 79

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 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 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.
- (4) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), terdiri dari:
  - a. biaya pegawai;
  - b. biaya administrasi kantor;
  - c. biaya pemeliharaan;
  - d. biaya barang dan jasa;
  - e. biaya promosi; dan
  - f. biaya umum dan administrasi lain-lain.

#### Pasal 80

- (1) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 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.
- (2) Biaya investasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 ayat (4) terdiri dari belanja modal berupa:
- a. pengeluaran untuk tanah;
  - b. pengeluaran untuk gedung dan bangunan;
  - c. pengeluaran untuk peralatan dan mesin;
  - d. pengeluaran untuk kendaraan;
  - e. pengeluaran untuk perlengkapan dan peralatan kantor;
  - f. pengeluaran untuk pembelian surat berharga jangka panjang; dan
  - g. pengeluaran untuk investasi lainnya.

#### Pasal 81

- (1) Seluruh pengeluaran biaya Rumah Sakit yang bersumber dari biaya operasional, Non operasional dan Investasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 79 dilaporkan oleh Direktur/Pimpinan BLUD kepada Bupati melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) setiap triwulan.
- (2) Seluruh pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan Surat Perintah Membayar (SPM) Pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggung Jawab (SPTJ).
- (3) Format laporan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan format Surat Pernyataan Tanggung Jawab SPTJ sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai ketentuan peraturan perundangan yang berlaku.

#### Pasal 82

- (1) Pengeluaran biaya Rumah Sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.



- (2) Fleksibilitas pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan pengeluaran biaya yang disesuaikan dan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas pengeluaran biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya berlaku untuk biaya Rumah Sakit yang berasal dari pendapatan selain dari APBN/APBD dan hibah terikat.
- (4) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah dan ditembuskan ke BPKAD.

#### Pasal 83

- (1) Ambang batas RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 ayat (2), ditetapkan dengan besaran prosentase.
- (2) Prosentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (3) Besaran prosentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional Rumah Sakit.
- (4) Besaran prosentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan dalam RBA dan DPA Rumah Sakit oleh Tim Anggaran Pendapatan Daerah (TAPD).
- (5) Besaran prosentase Ambang Batas dalam RBA dan DPA Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) sesuai ketentuan yang berlaku.

BAB XII  
EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pasal 84

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

Pasal 85

Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (1), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam:

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

Pasal 86

Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (1) dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran dan pertumbuhan.

BAB XIII

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

Bagian Kesatu

Nama dan Tujuan Organisasi

Pasal 87

- (1) Kelompok Staf Medik (KSM) Rumah Sakit adalah Nama kelompok Dokter dan Dokter Spesialis serta Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis yang berhak memberikan pelayanan medik di rumah sakit.

- (2) Pengelompokan anggota Staf Medis adalah berdasarkan keahlian dan/atau spesialisasi serta kewenangan klinis yang ada di Rumah sakit.
- (3) Untuk Kelompok Dokter Umum, masuk dalam Staf Medis Dokter Umum dan untuk Kelompok Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis masuk dalam Staf Medis Gigi dan Mulut.
- (4) Untuk Kelompok Dokter Spesialis, masuk dalam Staf Medis sesuai dengan bidang spesialisasi dan/atau kemiripan keahliannya.
- (5) Untuk Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) masuk dalam Staf Medis sesuai dengan spesialisasi yang sedang diikuti, sebagai anggota tidak tetap.

#### Pasal 88

Tujuan dan pengorganisasian Kelompok Staf Medis adalah agar Staf Medis di Rumah Sakit dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas, efisien dan bertanggung jawab.

#### Pasal 89

Secara administratif manajerial, Kelompok Staf Medis (KSM) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan.

### BAB XIV

#### PENGGORGANISASIAN STAF MEDIS FUNGSIONAL

##### Bagian Kesatu Struktur Organisasi

#### Pasal 90

- (1) Anggota Staf Medis Fungsional (SMF) dikelompokkan sesuai dengan profesi dan keahliannya antara lain berdasarkan pertimbangan khusus, paling sedikit dengan 2 (dua) orang anggota.

- (2) Dalam hal kelompok staf medis dengan keahlian yang sama kurang dari 2 (dua) orang atau belum ditetapkan sebagai SMF tertentu, maka kelompok staf medis yang bersangkutan masuk dalam SMF lain yang mempunyai kemiripan keahlian.
- (3) Seluruh kelompok staf medis baik bekerja penuh waktu atau paruh waktu wajib menjadi Anggota SMF kecuali Dokter PPDS, Dokter Konsultan dan Dokter Pengganti dari luar Rumah Sakit.
- (4) Susunan Kepengurusan SMF paling sedikit terdiri dari:
  - a. Ketua SMF merangkap anggota; dan
  - b. Sekretaris merangkap anggota.
- (5) Dalam kepengurusan SMF dapat dibentuk koordinator sesuai dengan fungsi Staf Medis Fungsional.
- (6) Masa bakti kepengurusan KSM adalah 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) masa bakti berikutnya.
- (7) Apabila Ketua KSM diangkat menjadi Ketua Komite Medik maka wajib mengundurkan diri dari jabatan Ketua KSM dan Direktur menetapkan Ketua KSM yang baru sebagai penggantinya.

#### Pasal 91

Fungsi Staf Medis Fungsional adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan bidang medis.

#### Bagian Kedua

#### Ketua Kelompok Staf Medis

#### Pasal 92

- (1) Pemilihan calon Ketua KSM dilakukan dalam rapat pleno KSM.
- (2) Persyaratan Ketua KSM adalah Dokter tetap pada Rumah Sakit, bila dalam 1 (satu) KSM belum ada



Dokter tetap, maka ketua KSM dapat diangkat dari dokter paruh waktu dengan kewajiban dan tanggung jawab yang sama dengan dokter tetap Rumah Sakit.

- (3) Kewajiban dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (4) Ketua KSM dipilih dan ditetapkan oleh Direktur dari calon yang diajukan oleh KSM.
- (5) Dalam menentukan pilihan dan penetapan Ketua KSM, Direktur dapat meminta pendapat dari Komite Medik.
- (6) Tugas Ketua KSM adalah mengoordinasikan semua kegiatan anggota KSM, menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja serta jasa pelayanan anggota KSM dengan rincian sebagai berikut:
  - a. menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medis bidang administrasi/manajerial, di bawah koordinasi Bidang Pelayanan;
  - b. menyusun Standar Prosedur Operasional bidang keilmuan dan *clinical pathway* di bawah koordinasi Komite Medik;
  - c. mengevaluasi hasil indikator mutu klinis;
  - d. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

#### Pasal 93

- (1) Sekretaris KSM dipilih oleh Ketua KSM dan anggota tetap KSM selanjutnya ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Sekretaris KSM bertugas membantu Ketua KSM dalam bidang administrasi dan manajerial.

#### Pasal 94

- (1) Koordinator Pelayanan dipilih oleh Ketua KSM dan anggota tetap KSM.
- (2) Koordinator Pelayanan KSM bertugas membantu Ketua KSM dalam mengoordinir kegiatan pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan lingkup KSM serta penelitian dan pengembangan KSM.

Pasal 95

- (1) Tim Klinis Rumah sakit dibentuk untuk menangani kasus-kasus pelayanan medik yang memerlukan koordinasi lintas profesi.
- (2) Jumlah Tim Klinis dapat ditambah atau dikurangi sesuai dengan kebutuhan dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

BAB XV

TUGAS, KEWAJIBAN DAN KEWENANGAN KELOMPOK  
STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Tugas Staf Medis Fungsional

Pasal 96

- (1) Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan.
- (2) Memberikan pelayanan medik yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di Rumah Sakit.
- (3) Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan berkelanjutan, pelatihan dan penelitian.
- (4) Memberikan masukan kepada Kepala Bidang Pelayanan serta Ketua Komite Medik dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta temuan terapi baru sesuai (*evidence base medicine*) yang berhubungan dengan praktik kedokteran.
- (5) Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang ditetapkan.

- (6) Memberikan pendidikan dan pelatihan kepada peserta didik yang ada dalam program Staf Medis dan Rumah Sakit.
- (7) Menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Bagian Kedua  
Kewajiban Staf Medis Fungsional

Pasal 97

- (1) Staf Medis wajib menyusun Standar Pelayanan Medis yang terdiri dari:
  - a. Standar Pelayanan Medis bidang keilmuan yang terdiri dari Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional;
  - b. Standar Prosedur Operasional bidang administrasi/manajerial yang meliputi pengaturan tugas tenaga medis/dokter dan PPDS di rawat jalan, rawat inap, pengaturan tugas jaga, rawat intensif, pengaturan tugas di kamar operasi, kamar bersalin, dan lain sebagainya, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinik, presentasi kasus (kasus kematian, kasus langka, kasus sulit, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi dan lain lain melalui koordinasi dengan Kepala Instalasi dan Kepala Bidang Pelayanan; dan
  - c. *Clinical pathway* sebagai panduan pelayanan penanganan suatu diagnosis yang terstandar sehingga tujuan kendali mutu dan kendali biaya terpenuhi.
- (2) Staf Medis wajib menyusun indikator kinerja mutu klinis/mutu pelayanan medis yang meliputi indikator *output* atau *outcome*.
- (3) Menjalankan uraian tugas dan kewenangannya sesuai dengan yang telah ditetapkan.

Bagian Ketiga  
Kewenangan Staf Medis Fungsional

Pasal 98

Staf Medis Rumah Sakit berwenang:

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

BAB XVI  
KEANGGOTAAN

Pasal 99

Syarat untuk dapat bergabung menjadi staf medis:

- a. mempunyai Ijazah dari Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi Pemerintah/Swasta yang diakui Pemerintah dan memiliki Surat Penugasan dan/atau Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku dari Pejabat Yang Berwenang;



- b. memiliki Surat Ijin Praktek (SIP);
- c. telah melalui proses penerimaan calon anggota staf medis rumah sakit yang dilaksanakan oleh Komite Medik dan Direksi Rumah sakit melalui kredensial/rekredensial;
- d. memiliki Surat Penugasan Klinis (*Clinical appointment*) sebagai anggota staf medis, berupa Kewenangan Klinik (*Clinical Privilege*) dari direktur rumah sakit;
- e. mengikuti program pengenalan tugas (orientasi) di lingkungan kerja rumah sakit; dan
- f. mengikuti ketentuan disiplin yang berlaku di rumah sakit.

#### Pasal 100

Kategori keanggotaan staf medis adalah:

- a. anggota tetap staf medis, yaitu dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang bekerja penuh waktu atau paruh waktu di Rumah Sakit;
- b. anggota tidak tetap staf medis, yaitu dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang berstatus sebagai dokter tamu dan dokter magang di Rumah Sakit;
- c. masa berlaku keanggotaan staf medis adalah selama 3 (tiga) tahun sejak Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) Direktur dikeluarkan dan dapat diperpanjang kembali dengan mengikuti rekredensial.

### BAB XVII

#### PENGANGKATAN DAN PEMBERHENTIAN ANGGOTA STAF MEDIS

#### Pasal 101

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian anggota staf medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.

- (2) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian anggota staf medis ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 102

- (1) Pemberhentian staf medis fungsional sebagai anggota staf medis berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian menetap.
- (2) Pemberhentian menetap apabila:
- a. kondisi fisik dan/atau mental staf medis yang bersangkutan tidak mampu lagi secara menetap melakukan tindakan medis, berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Kesehatan yang berwenang;
  - b. melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap;
  - c. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh MKEK/MKDKI dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi secara tetap/selamanya;
  - d. berakhir masa perjanjian kerja dan tidak diperpanjang; atau
  - e. tidak disetujui untuk diangkat kembali sebagai anggota KSM.
- (3) Pemberhentian sementara apabila:
- a. kondisi fisik staf medis fungsional yang bersangkutan tidak mampu melakukan tindakan medis lebih dari 6 (enam) bulan sampai dengan 1 (satu) tahun;
  - b. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh MKEK/MKDKI dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi sementara;
  - c. berulang-ulang melakukan pelanggaran disiplin profesi kedokteran atau peraturan lain yang terkait;
  - d. dicabut kewenangan klinisnya;

- e. ijin praktek di Rumah Sakit sudah tidak berlaku sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan yang ada;
- f. tidak memenuhi standar kompetensi sesuai dengan profesinya;
- g. staf medis purna waktu yang memasuki usia pensiun, yang dalam proses pengangkatan kembali sebagai Anggota Staf Medis;
- h. berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; atau
- i. cuti diluar tanggungan negara sebagai ASN.

#### Pasal 103

- (1) Pengangkatan kembali staf medis fungsional sebagai Anggota Staf Medis diberlakukan bagi staf medis fungsional yang selesai menjalani pemberhentian sementara.
- (2) Staf medis fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyampaikan:
  - a. surat permohonan dari yang bersangkutan atau rekomendasi tertulis dari Ketua Staf Medis terkait;
  - b. salinan Surat Tanda Registrasi dari Konsil Kedokteran Indonesia;
  - c. salinan Surat Ijin Praktek;
  - d. surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP;
  - e. surat pernyataan sanggup mematuhi dan melaksanakan etika profesi; dan
  - f. surat pernyataan sanggup mematuhi segala peraturan yang berlaku dilingkungan Rumah Sakit.
- (3) Calon staf medis yang akan diaktifkan kembali harus dilakukan kajian dan rekredensial serta rekomendasi dari Komite Medis untuk pengangkatan kembali anggota staf medis.

- (4) Direktur dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kerja harus mengeluarkan keputusan persetujuan atau penolakan.

## BAB XVIII

### KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGES*)

#### Pasal 104

- (1) Kewenangan klinis adalah kewenangan dari anggota staf medis untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Tanpa kewenangan klinis, maka seorang tenaga medis tidak dapat menjadi anggota staf medis dan bekerja di Rumah Sakit.
- (3) Jenis kewenangan klinis yang berlaku di Rumah Sakit, meliputi:
  - a. kewenangan klinis sementara (*temporary clinical privilege*);
  - b. kewenangan klinis dalam keadaan darurat (*emergency clinical privilege*); dan
  - c. kewenangan klinis bersyarat (*provisional clinical privilege*).
- (4) Lingkup kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk pelayanan medis tertentu diberikan dengan berpedoman pada buku putih (*white paper*) yang disusun oleh mitra bestari (*peer group*) profesi bersangkutan.
- (5) Kewenangan klinis diberikan oleh Direktur atas Rekomendasi Komite Medis, setelah melalui Proses Kredensial yang dilakukan oleh Sub Komite Kredensial.
- (6) Dalam kondisi tertentu kewenangan klinis dapat di delegasikan kepada dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dokter/dokter gigi, perawat atau bidan sesuai dengan kompetensinya.
- (7) Pendelegasian sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dilakukan melalui usulan Komite Medik.



#### Pasal 105

- (1) Setiap Dokter yang diterima sebagai staf medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinis oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medis.
- (2) Penentuan kewenangan klinis didasarkan atas ijazah/sertifikat yang dimiliki oleh staf medis.
- (3) Dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinis maka Komite Medis dapat meminta informasi atau pendapat dari kolegium terkait.

#### Pasal 106

- (1) Mitra Bestari (*peer group*) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Staf medis dalam mitra bestari pada ayat (1) tidak terbatas dari staf medis yang ada di Rumah Sakit, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit yaitu perhimpunan dokter spesialis (kolegium) atau fakultas kedokteran.
- (3) Direktur bersama Komite Medik dapat membentuk panitia *adhock* yang terdiri dari mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di Rumah Sakit.

#### Pasal 107

Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 105 akan dievaluasi terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

#### Pasal 108

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medis.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

#### Pasal 109

Kewenangan klinis sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti dengan memperhatikan pendapat Komite Medis.

#### Pasal 110

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit dapat diberikan kewenangan klinis untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang diberikan, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya

### BAB XIX

#### DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN (DPJP)

#### Pasal 111

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pasien merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggungjawab dalam pelayanan kepada pasien di Rumah Sakit.
- (2) Staf medis yang dapat menjadi DPJP adalah staf medis dengan kriteria yang ditetapkan oleh Kepala Bidang Pelayanan.

- (3) DPJP ditentukan berdasarkan diagnosa utama terhadap pasien paling lambat 12 (dua belas) jam sesudah pasien masuk rawat inap.
- (4) DPJP wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sesudah pasien masuk rawat inap, dengan memperhatikan kendali biaya dan kendali mutu.
- (5) DPJP melaksanakan tugas:
  - a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa penyakit dan pemberian terapi dan melakukan evaluasi keberhasilan terapi;
  - b. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada pasien, keluarga pasien dan tim pelayanan;
  - c. memberikan edukasi kepada pasien;
  - d. melakukan presentasi kasus medis dihadapan komite medik bila dianggap perlu; dan
  - e. membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran dalam pendidikan klinis di Rumah Sakit.
- (6) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensi DPJP, maka DPJP harus mengalihkan ke DPJP lain sesuai dengan kompetensi dan urgensi pasien dengan mengisi resume medis kondisi pasien terakhir pada lembar konsultasi.
- (7) Pada pelayanan di ICU/NICU/PICU, DPJP utama penanganannya dilakukan oleh dokter yang bertanggung jawab di Ruang Perawatan Intensif.
- (8) Pada kondisi tertentu bila diperlukan, Kepala Bidang Pelayanan dapat mengalihkan ke DPJP lain yang lebih kompeten.
- (9) Ketentuan mengenai teknis pelaksanaan DPJP ditetapkan oleh Direktur.

## BAB XX

### *PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)*

#### Pasal 111

- (1) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Komite Medik kepada masing-masing anggota Staf Medis dengan surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.
- (2) Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diperbaharui sesuai dengan kompetensi dari anggota Staf Medis setelah dilakukan rekredensial oleh Komite Medik.
- (3) Kewenangan Klinis anggota Staf Medis berstatus dokter tamu dan/atau dokter magang diberikan dengan surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yang berlaku untuk jangka waktu 1 (satu) tahun.
- (4) Pemberian Penugasan Klinis ulang (*Clinical Re-Appointment*) dapat diberikan setelah yang bersangkutan mengikuti prosedur Re-Kredensial dari Komite Medik.
- (5) Pencabutan/pembatasan Kewenangan klinis yang tertuang dalam Surat Penugasan Klinis dilakukan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi Komite Medik.

#### Bagian Keenam

##### Penilaian

#### Pasal 112

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administrasi dilakukan oleh Direktur Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan yang berlaku.



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

## BAB XXI KOMITE MEDIK

### Bagian Kesatu Nama dan Struktur Organisasi

#### Pasal 113

- (1) Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang merupakan wadah profesional di Rumah Sakit yang memiliki otoritas tertinggi dalam organisasi staf medis, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite medik melaksanakan tugas penapisan profesionalisme staf medis, mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis, serta menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (4) Pelaksanaan tugas-tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dilakukan oleh Sub Komite-Sub Komite.

#### Pasal 114

- (1) Susunan organisasi komite medik Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. Ketua, dijabat oleh Dokter yang dipilih oleh Staf Medis Fungsional;
  - b. Sekretaris, dipilih oleh Ketua Komite Medis; dan
  - c. Sub Komite.

- d. Sub Komite di dalam Komite Medik, terdiri atas:
  1. Sub Komite Kredensial;
  2. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Sub Komite bertanggung jawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.
- (3) Keanggotaan komite medik terdiri dari semua ketua Staf Medis Fungsional dan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan komite medik disesuaikan dengan jumlah staf medis.
- (5) Jangka waktu kepengurusan Komite Medik adalah 3 (tiga) tahun.

Bagian Kedua  
Ketua Komite Medik

Pasal 115

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur, dengan mempertimbangkan usulan hasil pleno anggota Komite medik.
- (2) Ketua Komite Medik dipilih oleh Direktur dari 3 (tiga) orang calon yang diajukan.
- (3) Dalam menentukan Ketua Komite Medik, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan pengawas.
- (4) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di Rumah Sakit.

Pasal 116

Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medis sebagai berikut:

- a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;

- b. menguasai ilmu profesinya dalam jangkauan, lingkup, sasaran dan dampak yang luas.
- c. peka terhadap perkembangan perumahsakitannya;
- d. memiliki sifat 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.

Bagian Ketiga  
Tugas, Fungsi dan Kewenangan

Pasal 117

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian;
  - c. kompetensi;
  - d. kesehatan fisik dan mental;
  - e. perilaku;
  - f. etika profesi.
  - g. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
  - h. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;

- i. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
  - j. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
  - k. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
  - l. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
  - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

#### Pasal 118

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik memiliki wewenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);



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

#### Bagian Keempat

#### Pola Hubungan dengan Direktur

#### Pasal 119

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

#### Bagian Kelima

#### Panitia *Adhoc*

#### Pasal 120

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi, Komite Medik dapat dibantu oleh paniti *adhoc* yang dibentuk untuk tugas tertentu dan jangka waktu tertentu.

- (2) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/ kedokteran gigi.
- (5) Panitia *ad hoc* bertanggungjawab kepada Direktur melalui Komite Medik.

## BAB XXII

### SUB KOMITE KREDENSIAL

#### Pasal 121

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

#### Pasal 122

Tugas dan wewenang subkomite kredensial adalah:

- a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis;
- b. melakukan pemeriksaan dan pengkajian terhadap kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku dan etika profesi staf medis;

- c. mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/P3KGB) tenaga medis;
- d. mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
- e. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik; dan
- f. melakukan proses re-kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

#### Pasal 123

- (1) Proses kredensial yang dilakukan oleh Sub Komite Kredensial meliputi elemen kompetensi.
- (2) Berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu yang meliputi:
  - a. kognitif;
  - b. afektif;
  - c. psikomotor.
  - d. kompetensi fisik;
  - e. kompetensi mental/perilaku; dan
  - f. perilaku etis (*ethical standing*).

#### Pasal 124

- (1) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (2) Proses kredensial yang dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan bentukan dari Sub Komite Kredensial harus mendapatkan persetujuan Direktur.
- (3) Setelah dilakukan proses kredensial maka komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.

- (4) Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

#### Pasal 125

- (1) Sub komite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
- a. masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis telah habis masa berlakunya;
  - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalain terkait tugas dan kewenangannya; dan
  - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Dalam proses rekredensial sub komite kredensial dapat memberikan rekomendasi:
- 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.
- (3) Sub komite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

#### BAB XXIII

##### SUBKOMITE MUTU PROFESI

#### Pasal 126

- (1) Sub komite mutu profesi di Rumah Sakit terdiri atas 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.



- (2) Pengorganisasian sub komite mutu profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua komite medik.

Pasal 127

Tugas dan wewenang sub komite mutu profesi adalah:

- a. menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*), yang dilakukan dengan mengusulkan penetapan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP);
- b. melakukan audit medis;
- c. mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis;
- d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis rumah sakit;
- e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan; dan
- f. memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.

Pasal 128

- (1) Sub komite mutu profesi dalam menjaga mutu profesi medis dilakukan dengan pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui:

- a. memantau kualitas, melalui *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading*; dan
  - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, melalui pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pemantauan dan pengendalian mutu profesi diatur dalam petunjuk teknis yang ditetapkan oleh Direktur.

## BAB XXIV

### SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

#### Pasal 129

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

#### Pasal 130

Tugas sub komite etika dan disiplin profesi :

- a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan
- c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.

#### Pasal 131

Kriteria yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis antara lain:

- a. pedoman pelayanan kedokteran di Rumah Sakit;
- b. prosedur kerja pelayanan di Rumah Sakit;
- c. daftar kewenangan klinis di Rumah Sakit;
- d. standar kompetensi kedokteran;
- e. kode etik kedokteran Indonesia;
- f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
- g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
- i. standar prosedur operasional pelayanan medis.

#### Pasal 132

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etik dan disiplin profesi.
- (2) Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
  - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
  - 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.
- (3) Panel dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit.
- (4) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi Komite Medik.

BAB XXV  
PEMBINAAN PROFESIONALISME DAN ETIKA

Pasal 133

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dan kegiatan lain yang dilakukan oleh unit kerja Rumah Sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, komite medik, dan sebagainya.

Pasal 134

- (1) Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di Rumah Sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.
- (2) Sub komite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

BAB XXVI  
TATA KELOLA STAF KEPERAWATAN/PERATURAN  
INTERNAL STAF KEPERAWATAN  
(*NURSING STAFF BYLAWS*)

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 135

- (1) Tujuan penyusunan peraturan internal staf keperawatan agar staf keperawatan Rumah Sakit terorganisir secara baik, dan memiliki peran, tugas serta kewenangan yang jelas.
- (2) Maksud penyusunan peraturan internal staf keperawatan ini agar Komite Keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.



- (3) Pembentukan Kelompok Keperawatan berdasarkan Spesialisasi, Unit Kerja atau Ruang Perawatan.

## BAB XXVII

### PENGORGANISASIAN STAF KEPERAWATAN

#### Bagian Kedua

#### Kelompok Fungsional Keperawatan

##### Pasal 136

- (1) Pengorganisasian staf keperawatan di Rumah Sakit dilakukan dengan pembentukan Kelompok Fungsional Keperawatan berdasarkan Spesialisasi, Unit Kerja atau Ruang Perawatan.
- (2) Kelompok Fungsional Keperawatan dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Kelompok Fungsional Keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Keperawatan.
- (4) Kelompok Fungsional Keperawatan merupakan kelompok yang mengoordinasikan pelayanan profesi keperawatan dan kebidanan.

##### Pasal 137

Kelompok Fungsional Keperawatan terdiri dari jenjang pendidikan vokasi, general dan spesialis.

##### Pasal 138

Tujuan pengorganisasian Staf Keperawatan adalah agar staf keperawatan Rumah Sakit dapat fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas, efisien dan bertanggungjawab.

##### Pasal 139

- (1) Kelompok Fungsional Keperawatan Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. Kelompok Fungsional Keperawatan Anak;

- b. Kelompok Fungsional Keperawatan Maternitas;
  - c. Kelompok Fungsional Keperawatan Medikal Bedah;
  - d. Kelompok Fungsional Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis;
  - e. Kelompok Fungsional Keperawatan Perioperatif; dan
  - f. Kelompok Fungsional Keperawatan Hemodialisa.
- (2) Kelompok Fungsional Keperawatan Anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan kelompok perawat spesialis di area keperawatan anak.
- (3) Kelompok Fungsional Keperawatan Maternitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan kelompok perawat di area keperawatan maternitas/kebidanan.
- (4) Kelompok Fungsional Keperawatan Medikal Bedah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan kelompok perawat di area keperawatan medical bedah.
- (5) Kelompok Staf Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan kelompok perawat di area keperawatan kegawatdaruratan dan kritis.
- (6) Kelompok Fungsional Keperawatan Perioperatif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e merupakan kelompok perawat di area keperawatan perioperatif.
- (7) Kelompok Fungsional Keperawatan Hemodialisa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e merupakan kelompok perawat di area keperawatan hemodialisa.
- (8) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan Kelompok Fungsional Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketiga  
Keanggotaan Kelompok Fungsional Keperawatan

Pasal 140

- (1) Seluruh staf keperawatan baik yang berstatus PNS atau Non PNS wajib menjadi Anggota Kelompok Fungsional Keperawatan.
- (2) Setiap Kelompok Fungsional Keperawatan beranggotakan paling sedikit 5 (lima) orang staf keperawatan.
- (3) Dalam hal staf keperawatan dengan spesialisasi yang sama kurang dari 5 (lima) orang atau belum ditetapkan sebagai Kelompok Staf Keperawatan tertentu, maka staf keperawatan yang bersangkutan masuk dalam Kelompok Fungsional Keperawatan yang ada di Rumah Sakit.
- (4) Penempatan staf keperawatan kedalam Kelompok Fungsional Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 141

- (1) Setiap Kelompok Fungsional Keperawatan dipimpin oleh seorang ketua yang ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (2) Persyaratan untuk dapat menjadi Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan adalah:
  - a. berpendidikan minimal S1 Keperawatan dan Ners;
  - b. memiliki sertifikat kursus/pelatihan manajemen keperawatan;
  - c. memiliki pengalaman kerja paling sedikit 12 (dua belas) tahun; dan
  - d. memiliki kemampuan kepemimpinan, berwibawa dan sehat.
- (3) Dalam menentukan Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit dan Komite Keperawatan.

- (4) Penetapan sebagai Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan dengan Keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun dapat diangkat kembali untuk periode berikutnya berdasarkan pertimbangan kinerja.
- (5) Apabila Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan diangkat menjadi Ketua Komite Keperawatan maka Direktur menetapkan Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan yang baru sebagai penggantinya.
- (6) Tata cara pengangkatan Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keempat  
Tugas dan Wewenang Ketua Kelompok  
Fungsional Keperawatan

Pasal 142

- (1) Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan mempunyai tugas pokok mengawasi dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat yang berada di wilayah tanggung jawabnya.
- (2) Rincian tugas Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan adalah sebagai berikut:
  - a. melaksanakan fungsi perencanaan;
  - b. melaksanakan fungsi pengorganisasian;
  - c. melaksanakan fungsi pengarahan; dan
  - d. melaksanakan fungsi pengawasan, pengendalian dan penilaian.
- (3) Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan berwenang:
  - a. memberikan masukan kepada Direktur melalui Kepala Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit serta Ketua Komite Keperawatan dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi dalam pelayanan keperawatan serta temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik keperawatan;



- b. mengoordinasikan anggota Kelompok Fungsional Keperawatan agar pelayanan keperawatan berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku; dan
  - c. memberikan masukan kepada Direktur melalui Kepala Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit serta Ketua Komite Keperawatan mengenai penerimaan calon staf keperawatan baru.
- (4) Untuk mendukung kelancaran tugas Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan, dapat ditunjuk sekretaris yang berasal dari anggota kelompok staf keperawatan dengan keputusan Direktur.

#### Bagian Keenam

#### Pengangkatan dan Pemberhentian Anggota Kelompok Fungsional Keperawatan

##### Pasal 143

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Anggota Kelompok Fungsional Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit dan Komite Keperawatan.
- (2) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian Anggota Kelompok Fungsional Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

##### Pasal 144

- (1) Pemberhentian staf keperawatan sebagai Anggota Kelompok Staf Keperawatan berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian tetap.
- (2) Pemberhentian tetap dilakukan dalam hal:
  - a. kondisi fisik dan atau mental Staf Keperawatan yang bersangkutan tidak mampu lagi secara menetap melakukan tindakan keperawatan, berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Kesehatan yang berwenang;

- b. melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap;
- c. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh organisasi profesi dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi secara tetap/selamanya;
- d. berakhir masa perjanjian kerja dan tidak diperpanjang; atau
- e. tidak disetujui untuk diangkat kembali sebagai anggota Kelompok Keperawatan.

(3) Pemberhentian sementara dilakukan dalam hal:

- a. kondisi fisik staf keperawatan yang bersangkutan tidak mampu melakukan tindakan keperawatan lebih dari 6 (enam) bulan sampai dengan 1 (satu) tahun;
- b. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh organisasi profesi dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi sementara;
- c. berulang-ulang melakukan pelanggaran disiplin profesi keperawatan atau peraturan lain yang terkait;
- d. dicabut kewenangan klinisnya;
- e. ijin praktek di Rumah Sakit sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada;
- f. tidak memenuhi standar kompetensi sesuai dengan profesinya;
- g. staf keperawatan yang memasuki usia pensiun namun berdasarkan pertimbangan Direktur yang bersangkutan masih dapat diangkat sebagai Anggota Kelompok Keperawatan/yang masih dalam proses pertimbangan untuk pengangkatan kembali sebagai Anggota Kelompok Keperawatan;
- h. berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; atau
- i. cuti di luar tanggungan negara sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS).

#### Pasal 145

- (1) Pengangkatan kembali staf keperawatan sebagai Anggota Kelompok Fungsional Keperawatan diberlakukan bagi staf keperawatan yang selesai menjalani pemberhentian sementara.
- (2) Staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyampaikan:
  - a. surat permohonan dari yang bersangkutan atau rekomendasi tertulis dari Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan terkait;
  - b. salinan Surat Tanda Registrasi dari Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI);
  - c. salinan surat ijin praktek;
  - d. surat keterangan sehat;
  - e. surat pernyataan sanggup mematuhi dan melaksanakan etika profesi; dan
  - f. surat pernyataan sanggup mematuhi segala peraturan yang berlaku di lingkungan Rumah Sakit.
- (3) Apabila diperlukan dapat meminta kajian dan rekomendasi dari Komite Keperawatan untuk pengangkatan kembali anggota Kelompok Fungsional Keperawatan.
- (4) Direktur dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kerja harus mengeluarkan keputusan persetujuan atau penolakan.

#### BAB XXVIII

#### STAF KEPERAWATAN

##### Bagian Kesatu

##### Hak dan Kewajiban Staf Keperawatan

#### Pasal 146

- (1) Staf keperawatan dalam menjalankan tugas profesi/praktik keperawatan di Rumah Sakit bertanggungjawab profesi dan hukum secara mandiri.

- (2) Staf keperawatan secara administratif manajerial bertanggung jawab kepada Direktur melalui Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit dan secara teknis profesi bertanggung jawab kepada Komite Keperawatan.
- (3) Hak dan kewajiban staf keperawatan sebagai pegawai dan sebagai tenaga profesi di Rumah Sakit sesuai ketentuan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.

#### Bagian Kedua

#### Tugas dan Fungsi Staf Keperawatan

##### Pasal 147

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

#### Bagian Ketiga

#### Pembinaan dan Pengawasan

##### Pasal 148

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf keperawatan yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit dan Komite Keperawatan.



- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf keperawatan meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi, disiplin pegawai dan motivasi kerja.
- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Keperawatan.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan, disiplin pegawai dan motivasi kerja dilakukan oleh Direktur melalui Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit.

Pasal 149

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

#### Pasal 150

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

#### Bagian Keempat

#### Mitra Bestari

#### Pasal 151

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

#### BAB XXIX

#### KEWENANGAN KLINIS

#### Pasal 152

- (1) Asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh Staf keperawatan yang telah diberi kewenangan klinis.

- (2) Kewenangan Klinis seorang staf keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Keperawatan.
- (3) Kewenangan klinis setiap staf keperawatan diajukan oleh perawat yang bersangkutan sesuai dengan jenjang pendidikan dan masa kerja.
- (4) Kewenangan klinis setiap staf keperawatan dapat saling berbeda walaupun memiliki spesialisasi/ jenjang karir perawat klinik/sertifikasi yang sama.
- (5) Tanpa kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf keperawatan tidak dapat menjadi anggota Kelompok Fungsional Keperawatan.
- (6) Kewenangan klinis diberikan kepada staf keperawatan berdasarkan pertimbangan:
  - a. hasil assesmen kompetensi oleh Asesor; dan
  - b. *clinical appraisal* (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi.
- (7) Jenjang karir klinis keperawatan terdiri dari:
  - a. Perawat Klinis I;
  - b. Perawat Klinis II;
  - c. Perawat Klinis III;
  - d. Perawat Klinis IV; dan
  - e. Perawat Klinis V.
- (8) Penetapan jenjang klinis keperawatan diatur didalam kewenangan klinis perawat dan ditetapkan oleh Keputusan Direktur.

#### Pasal 153

- (1) Rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi setiap jenis pelayanan keperawatan yang disebut Buku Putih (*White Paper*) ditetapkan oleh Komite Keperawatan dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.

- (2) Dalam hal dijumpai kesulitan menentukan kewenangan klinis dan atau apabila suatu pelayanan keperawatan dapat dilakukan oleh staf keperawatan dari jenis spesialisasi yang berbeda maka untuk pelayanan keperawatan tertentu Komite Keperawatan dapat meminta informasi atau pendapat dari Mitra Bestari.

#### Pasal 154

- (1) Kewenangan klinis staf keperawatan terdiri atas:
- a. kewenangan klinis umum;
  - b. kewenangan klinis khusus; dan
  - c. kewenangan klinis istimewa.
- (2) Kewenangan klinis umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi yang dimiliki dan sesuai jenjang keperawatan klinis yang dimiliki.
- (3) Kewenangan klinis khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b diberikan kepada setiap tenaga keperawatan berdasarkan area kerja/penugasan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (4) Kewenangan klinis istimewa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c diberikan kepada tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi tertentu yang dimiliki oleh tenaga keperawatan dengan mempertimbangkan resiko pelayanan dan teknologi yang digunakan.
- (5) Setiap tenaga keperawatan dapat memiliki lebih dari 1 (satu) jenis kewenangan klinis sesuai kompetensi dan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

#### Pasal 156

Kewenangan klinis seorang staf keperawatan dapat dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut oleh Direktur.



#### Pasal 157

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

#### BAB XXX

#### DELEGASI TINDAKAN MEDIK

#### Pasal 158

- (1) Kewenangan tenaga keperawatan untuk melakukan tindakan medik yang merupakan delegasi dari tenaga medis hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki kewenangan klinis tertentu berdasarkan hasil kredensial Sub Komite Kredensial.

- (2) Tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tetap menjadi tanggung jawab tenaga medis yang memberikan delegasi.
- (3) Secara teknis pendelegasian berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.

## BAB XXXI PENUGASAN KLINIS

### Pasal 159

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

### Pasal 160

- (1) Penugasan klinis seorang staf keperawatan hanya dapat ditetapkan apabila:
  - a. mempunyai Surat Ijin Praktik Perawat (SIPP) dan Surat Tanda Registrasi (STR) sesuai ketentuan perundang-undangan;
  - b. memenuhi syarat sebagai staf keperawatan berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
  - c. bersedia memenuhi segala permintaan Rumah Sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan keperawatan dengan mengacu pada Standar Prosedur Operasional (SPO), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK) dan standar administrasi yang berlaku di rumah sakit; dan

- d. bersedia mematuhi etika keperawatan yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri.
- (2) Penugasan klinis berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (3) Penugasan klinis dapat berakhir sebelum waktunya dalam hal:
- a. ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku;
  - b. kondisi fisik atau mental staf keperawatan yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan keperawatan;
  - c. staf keperawatan tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis yang dicantumkan dalam penugasan klinis;
  - d. staf keperawatan telah melakukan tindakan yang tidak profesional atau perilaku menyimpang lainnya;
  - e. staf keperawatan diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
  - f. staf keperawatan diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan memasuki usia pensiun dan/atau mengakhiri kontrak dengan rumah sakit dengan mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

## BAB XXXII

### KOMITE KEPERAWATAN

#### Bagian Kesatu

#### Kedudukan Komite Keperawatan

#### Pasal 161

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.

- (2) Komite Keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Keperawatan.
- (3) Kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas, fungsi dan wewenang Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

#### Bagian Kedua

#### Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan

##### Pasal 162

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sebagai berikut:
  - a. Ketua Komite Keperawatan;
  - b. Sekretaris Komite Keperawatan;
  - c. Anggota Komite Keperawatan, yang terdiri dari:
    1. Sub Komite Kredensial;
    2. Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan; dan
    3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan Rumah Sakit berjumlah 11 (sebelas) orang.

##### Pasal 163

- (1) Seseorang yang dapat diangkat menjadi anggota Komite Keperawatan adalah staf keperawatan yang sudah bekerja di Rumah Sakit minimal 5 (lima) tahun.
- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan:
  - a. sikap profesional;
  - b. reputasi;
  - c. perilaku; dan
  - d. memperhatikan usulan dari Kelompok Staf Keperawatan.
- (3) Ketua Komite Keperawatan ditunjuk oleh Direktur.



- (4) Sekretaris Komite Keperawatan, Anggota Komite Keperawatan, Ketua Sub Komite, Anggota Sub Komite, dan Sekretaris Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua komite keperawatan.
- (5) Pengangkatan dan pemberhentian anggota Komite Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

#### Pasal 164

- (1) Persyaratan Ketua Komite Keperawatan:
  - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
  - b. menguasai segi ilmu pofesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
  - c. tanggap terhadap perkembangan perumahsakitan;
  - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
  - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya;
  - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi; dan
  - g. berpengalaman minimal 10 (sepuluh) tahun dalam bidang keperawatan.
- (2) Dalam menentukan Ketua Komite Keperawatan, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan Pengawas.
- (3) Ketua Kelompok Staf Keperawatan yang diangkat menjadi Ketua Komite Keperawatan wajib mengundurkan diri dari jabatannya sebagai Ketua Kelompok Staf Keperawatan.

#### Bagian Ketiga

#### Tugas, Fungsi dan Wewenang Komite Keperawatan

#### Pasal 165

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:

- a. melakukan kredensial bagi seluruh staf 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.
- (2) Pedoman pelaksanaan tugas Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 166

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

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

Pasal 167

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

#### Pasal 168

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia *adhoc* dari Mitra Bestari yang ditetapkan oleh Direktur.

#### BAB XXXIII

#### RAPAT-RAPAT

#### Pasal 169

- (1) Rapat Komite Keperawatan diselenggarakan untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan keprofesian tenaga keperawatan sesuai tugas dan kewajibannya.
- (2) Rapat Komite Keperawatan terdiri dari rapat rutin, rapat koordinasi dengan Direktur dan/atau Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit serta rapat khusus.
- (3) Peserta rapat Komite Keperawatan terdiri dari Anggota Komite Keperawatan dan apabila diperlukan dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang terkait dengan agenda rapat, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit yang ditentukan oleh Komite Keperawatan.
- (4) Setiap rapat Komite Keperawatan dibuat risalah rapat.
- (5) Mekanisme pelaksanaan rapat Komite Keperawatan diatur dalam pedoman rapat Komite Keperawatan.

#### Pasal 170

- (1) Rapat rutin Komite Keperawatan dilaksanakan dengan ketentuan:
  - a. rapat rutin diselenggarakan terjadwal paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan;



- b. rapat rutin merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, melakukan klarifikasi, mencari alternatif solusi berbagai masalah pelayanan keperawatan dan membuat usulan tentang kebijakan pelayanan keperawatan; dan
  - c. risalah rapat rutin disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat rutin berikutnya.
- (2) Rapat koordinasi Komite Keperawatan dengan Direktur dan/atau Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit dilaksanakan dengan ketentuan:
- a. rapat dengan Direktur diselenggarakan terjadwal paling sedikit 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan dan Direktur;
  - b. rapat dengan Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit diselenggarakan terjadwal paling sedikit 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit.
  - c. rapat bertujuan untuk menginternalisasikan kebijakan dan peraturan-peraturan yang berhubungan dengan profesi dan pelayanan keperawatan, mendiskusikan berbagai masalah pelayanan keperawatan, sumber daya manusia, sarana dan prasarana, keuangan serta menampung usulan tentang kebijakan pelayanan keperawatan; dan
  - d. risalah rapat dengan Direktur dan/atau Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat dengan Direktur dan/atau Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit berikutnya.

- (3) Rapat khusus Komite Keperawatan dilaksanakan dengan ketentuan:
- a. rapat khusus diselenggarakan atas permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Komite Keperawatan;
  - b. rapat khusus bertujuan untuk membahas masalah mendesak/ penting yang segera memerlukan penetapan/Keputusan Direktur; dan
  - c. undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Komite Keperawatan kepada peserta rapat melalui telepon sebelum rapat diselenggarakan, dengan memberitahukan agenda rapat.
- (4) Pimpinan rapat Komite Keperawatan dilaksanakan dengan ketentuan:
- a. setiap rapat Komite Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan, apabila Ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat dapat didelegasikan kepada salah satu ketua subkomite keperawatan; dan
  - b. pimpinan rapat sebagaimana dimaksud pada huruf a, berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Komite Keperawatan.

#### BAB XXXIV

#### SUB KOMITE KREDENSIAL

##### Bagian Kesatu

##### Pengorganisasian Sub Komite Kredensial

##### Pasal 171

- (1) Sub komite kredensial berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.

- (2) Anggota/personalia Sub komite kredensial terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki penugasan klinis.
- (3) Pengorganisasian Sub komite kredensial terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota.

#### Bagian Kedua

#### Tugas dan wewenang SubKomite Kredensial

#### Pasal 172

Tugas Sub Komite Kredensial:

- a. menyusun daftar Rincian Kewenangan Klinis;
- b. menyusun buku putih (*white paper*) yang merupakan dokumen persyaratan terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar kompetensinya. Buku putih disusun oleh Komite Keperawatan dengan melibatkan Mitra Bestari (*peer group*) dari berbagai unsur organisasi profesi keperawatan dan kebidanan, kolegium keperawatan, unsur pendidikan tinggi keperawatan dan kebidanan;
- c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial dari bagian SDM;
- d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
- e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
- f. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke Bidang keperawatan dan disahkan oleh direktur Rumah Sakit.

#### Bagian Ketiga

#### Kredensial dan Rekredensial

#### Pasal 173

- (1) Proses kredensial pada perawat baru yang telah melalui proses *internship* dengan *preceptor* dan atau

perawat yang akan naik jenjang perawat klinis didahului dengan proses asesmen kompetensi yang dikelola oleh Bidang Keperawatan dan Penjaminan Mutu Rumah Sakit untuk memperoleh sertifikat kompetensi.

- (2) Perawat baru dan atau perawat yang akan naik jenjang perawat klinis mengajukan proses kredensial/rekredensial sesuai dengan sertifikat kompetensi yang dimiliki.
- (3) Perawat yang akan memperpanjang masa berlaku Surat Penugasan Klinis dan Rincian Kewenangan Klinis tanpa naik jenjang, mengajukan proses rekredensial tanpa melalui proses asesmen kompetensi.
- (4) Kredensial pemberian kewenangan klinik dilakukan oleh Komite Keperawatan.
- (5) Instrumen kredensial dan rekredensial antara lain adalah:
  - a. surat permohonan kredensial/rekredensial;
  - b. aplikasi kredensialing/rekredensialing;
  - c. daftar rincian kewenangan klinis setiap area keperawatan;
  - d. buku putih (*white paper*) untuk setiap pelayanan keperawatan; dan
  - e. daftar mitra bestari.
- (6) Proses kredensial dan rekredensial meliputi pemeriksaan dan pengkajian elemen:
  - a. kompetensi;
  - b. kognitif;
  - c. afektif;
  - d. psikomotor.
  - e. kompetensi fisik;
  - f. kompetensi mental/perilaku; dan
  - g. perilaku etis (*ethical standing*).
- (7) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur dan terdokumentasi.



- (8) Dalam melakukan pengkajian dapat membentuk panel atau panitia *ad hoc* atau melibatkan Mitra Bestari.
- (9) Hasil kredensial berupa rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

Pasal 174

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

BAB XXXV

SUB KOMITE MUTU PROFESI

Bagian Kesatu

Penggorganisasian Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 175

- (1) Sub komite mutu profesi berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.

- (2) Anggota sub komite mutu profesi terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki penugasan klinis.
- (3) Pengorganisasian sub komite mutu profesi terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota.

#### Bagian Kedua

#### Tugas dan Wewenang Sub Komite Mutu Profesi

##### Pasal 176

Sub komite mutu profesi mempunyai tugas sebagai berikut:

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

##### Pasal 177

Sub komite mutu profesi mempunyai wewenang memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan, pendidikan keperawatan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan terhadap staf keperawatan.

#### Bagian Ketiga

#### Audit Keperawatan

##### Pasal 178

- (1) Audit keperawatan dilakukan secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan audit keperawatan menggunakan catatan asuhan keperawatan dan/atau kebidanan yang dibuat oleh staf keperawatan.

- (3) Hasil dari Audit keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai:
- a. sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf keperawatan;
  - b. dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. dasar bagi Komite Keperawatan dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
  - d. dasar bagi Komite Keperawatan dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf keperawatan.

Bagian Keempat  
Pendidikan Berkelanjutan

Pasal 179

- (1) Memberikan rekomendasi atau persetujuan pendidikan berkelanjutan baik yang merupakan program Rumah Sakit maupun atas permintaan staf keperawatan sebagai usulan kepada Direktur.
- (2) Pendidikan berkelanjutan dilakukan dengan:
  - a. menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing Kelompok Fungsional Keperawatan;
  - b. mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus antara lain, kasus keselamatan pasien, kasus sulit, maupun kasus langka;
  - c. menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf keperawatan setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
  - d. bersama dengan Kelompok Fungsional Keperawatan menentukan kegiatan ilmiah yang melibatkan staf keperawatan sebagai narasumber dan peserta aktif; dan

- e. bersama dengan Unit Pendidikan dan Penelitian memfasilitasi kegiatan ilmiah dan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (3) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

Bagian Kelima  
Pendampingan (*Proctoring*)

Pasal 180

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

BAB XXXVI  
SUB KOMITE ETIK DAN DISIPLIN PROFESI

Bagian Kesatu  
Pengorganisasian Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

Pasal 181

- (1) Sub komite etik dan disiplin profesi berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Keperawatan.



- (2) Anggota/personalia sub komite etik dan disiplin profesi terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf keperawatan yang memiliki penugasan klinis.
- (3) Pengorganisasian sub komite etik dan disiplin profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota.

#### Bagian Kedua

#### Tugas dan Wewenang Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

##### Pasal 182

Tugas sub komite etik dan disiplin profesi adalah:

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

##### Pasal 183

Sub komite etik dan disiplin profesi berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
- c. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
- d. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
- e. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan

- f. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

### Bagian Ketiga

### Pendisiplinan Profesi

#### Pasal 184

- (1) Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf keperawatan, antara lain:
  - a. pedoman pelayanan keperawatan di rumah sakit;
  - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
  - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan keperawatan (*whitepaper*) di rumah sakit;
  - e. kode etik keperawatan Indonesia;
  - f. pedoman perilaku profesional;
  - g. pedoman pelanggaran disiplin keperawatan yang berlaku di Indonesia;
  - h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
  - i. standar prosedur operasional asuhan keperawatan.
- (2) Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf keperawatan berupa:
  - a. peringatan tertulis;
  - b. limitasi (*reduksi*) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
  - c. bekerja di bawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan keperawatan tersebut; dan
  - d. pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
- (3) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional ditetapkan oleh Komite Keperawatan.

#### Pasal 185

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

#### Bagian Keempat

#### Pembinaan Profesi

#### Pasal 186

- (1) Pembinaan profesionalisme staf keperawatan dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium atau loka karya.
- (2) Staf keperawatan dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di Rumah Sakit kepada Komite Keperawatan melalui Ketua Kelompok Staf Keperawatan.

- (3) Sub komite etik dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

## BAB XXXVII TATA KELOLA KLINIS

### Pasal 187

- (1) Semua pelayanan keperawatan dilakukan oleh setiap staf keperawatan di Rumah Sakit berdasarkan penugasan klinis dari Direktur.
- (2) Dalam keadaan kegawatdaruratan staf keperawatan dapat diberikan penugasan klinis untuk melakukan asuhan keperawatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.
- (3) Masing-masing Kelompok Keperawatan wajib membuat pedoman pelayanan keperawatan, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya.
- (4) Kebijakan teknis operasional pelayanan keperawatan tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) ini.
- (5) Dalam melaksanakan tugas kelompok keperawatan, wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik di lingkungannya maupun dengan Kelompok Keperawatan lain atau instansi lain yang terkait.
- (6) Untuk menangani pelayanan keperawatan tertentu, Direktur dapat membentuk panitia atau kelompok kerja.
- (7) Setiap Ketua Kelompok Keperawatan wajib membantu Bidang Keperawatan serta Komite Keperawatan melakukan bimbingan, pembinaan dan pengawasan terhadap anggotanya.



- (8) Peraturan pelaksanaan tata kelola klinis pelayanan keperawatan ditetapkan oleh Direktur.

#### BAB XXXVIII REVIEW DAN PERUBAHAN

##### Pasal 188

- (1) Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) secara berkala paling singkat setiap 3 (tiga) tahun dievaluasi, ditinjau kembali, atau disesuaikan/direview dengan perkembangan profesi keperawatan dan kondisi Rumah Sakit.
- (2) Tata cara evaluasi, ditinjau kembali, review dan perubahan Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Kebijakan teknis operasional, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya harus disesuaikan dengan Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) ini.

#### BAB XXXIL PERUBAHAN TATA KELOLA

##### Pasal 189

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Rumah Sakit dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Perubahan dapat dilakukan, apabila ada permohonan secara tertulis dari salah satu Pihak yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, yaitu Dewan Pengawas, Direksi, Komite Medis dan Komite Keperawatan.
- (3) Usulan untuk merubah sebagaimana dimaksud pada ayat(2), hanya dapat dilaksanakan apabila ada pemberitahuan tertulis dari salah satu pihak kepada pihak lainnya, yang disampaikan paling lama 3 (tiga) minggu sebelumnya.

- (4) Perubahan dilakukan dengan melakukan *addendum* Peraturan Internal Rumah Sakit ini.
- (5) *Addendum* sebagaimana dimaksud pada ayat (4), merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Rumah Sakit.

## BAB XL

### PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

#### Pasal 190

- (1) Pembinaan dan pengawasan PPK-BLUD Rumah Sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah Kabupaten dan secara teknis dilakukan oleh BPKAD.
- (2) Pembinaan teknis PPK-BLUD pada masing-masing Unit Kerja Rumah Sakit dilakukan oleh Direktur melalui Kepala Bidang atau Kepala Bagian terkait.

#### Pasal 191

- (1) Pengawasan operasional BLUD dilakukan oleh SPI selaku internal auditor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 ayat (3).
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah Pimpinan BLUD.
- (3) Selain oleh SPI, pengawasan operasional BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan oleh Dewan Pengawas.

## BAB XLI

### KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 192

Semua peraturan Rumah Sakit yang telah ditetapkan sebelum ditetapkannya Peraturan Bupati ini tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Bupati ini.

Pasal 193

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Muara Beliti  
Pada tanggal, 21 Desember 2022

BUPATI MUSI RAWAS,

**dto**

RATNA MACHMUD

Diundangkan di Muara Beliti  
pada tanggal, 21 Desember 2022

Pj. SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN MUSI RAWAS,

**dto**

AIDIL RUSMAN

BERITA DAERAH KABUPATEN MUSI RAWAS TAHUN 2022 NOMOR 49

SALINAN SESUAI DENGAN ASLINYA

KEPALA BAGIAN HUKUM,

The image shows a circular official stamp from the Kabupaten Musi Rawas. The text around the stamp reads 'KABUPATEN MUSI RAWAS' and 'PEMERINTAH KABUPATEN MUSI RAWAS'. In the center of the stamp, it says 'SETDA'. Overlaid on the stamp is a handwritten signature in black ink.

H. MUKHLISIN, S.H.,M.H

Pembina Utama Muda

NIP. 19700623 199201 1 003