



BUPATI BLORA
PROVINSI JAWA TENGAH
PERATURAN BUPATI BLORA
NOMOR 15 TAHUN 2023

TENTANG

TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. SOETIJONO BLORA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BLORA,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 36 huruf b Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetijono Blora;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Berita Negara tanggal 8 Agustus 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Batang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2757);

2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. SOETIJONO BLORA.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Blora.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Blora.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetijono Blora yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah sebagai unit organisasi bersifat khusus dalam penyelenggaraan layanan kesehatan secara profesional yang ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetijono Blora.
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
8. Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
9. Tata Kelola BLUD Rumah Sakit adalah tata kelola yang disusun dalam rangka penyelenggaraan tata kelola Rumah Sakit yang baik dan tata kelola klinis yang baik.
10. Peraturan Internal Korporasi adalah peraturan internal yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah dengan Dewan Pengawas, Pejabat pengelola, dan staf medis pada Rumah Sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan, dan haknya masing-masing.

11. Peraturan Internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme kelompok staf medis di Rumah Sakit.
12. Jabatan Fungsional adalah sekelompok jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan fungsional yang berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.
13. Pejabat Pengelola adalah Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit terdiri dari Direktur selaku pemimpin BLUD, pejabat keuangan BLUD dan pejabat teknis BLUD bertanggung jawab terhadap kinerja umum operasional, pelaksanaan kebijakan fleksibilitas dan keuangan BLUD Rumah Sakit dalam pemberian layanan.
14. Rencana Strategis Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat Renstra BLUD adalah dokumen perencanaan BLUD untuk periode 5 (lima) tahunan.
15. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran satuan kerja Perangkat Daerah.
16. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
17. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
18. Tenaga Medis adalah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi subspecialis dokter gigi spesialis dan dokter subspecialis yang merupakan Staf Medis fungsional.
19. Kelompok Staf Medis adalah dokter umum, dokter gigi, dokter subspecialis, dokter spesialis, dokter gigi subspecialis dan dokter gigi spesialis di Rumah Sakit yang dikelompokkan sesuai bidang spesialisasinya.
20. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

21. Manajer Pelayanan Pasien adalah profesional di Rumah Sakit yang bertugas melaksanakan manajemen pelayanan pasien yang bekerja secara kolaboratif untuk *assesment*, perencanaan, fasilitas, evaluasi dan advokasi untuk opsi pelayanan bagi pemenuhan kebutuhan komprehensif pasien dan keluarganya, melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia sehingga memberi asuhan pasien yang bermutu dengan biaya yang efektif.
22. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
23. Surat Izin Praktik yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah kepada Tenaga Kesehatan (Nakes) sebagai tanda telah diberi kewenangan untuk menjalankan praktik.
24. 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*).
25. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*).
26. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
27. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
28. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
29. Komite adalah organisasi pendukung Rumah Sakit yang dibentuk untuk suatu tujuan dan tugas tertentu dengan mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, pemeliharaan etika dan disiplin profesi.

30. Standar Pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggara pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.
31. Instalasi adalah organisasi pelaksana yang terdapat di Rumah Sakit yang merupakan penyelenggara pelayanan kesehatan tertentu di Rumah Sakit.

Pasal 2

- (1) Tata Kelola BLUD Rumah Sakit ditetapkan dengan maksud sebagai pedoman bagi Pemerintah Daerah selaku pemilik, Dewan Pengawas, pengelola, dan pegawai pada Rumah Sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit.
- (2) Tata Kelola BLUD Rumah Sakit ditetapkan dengan tujuan:
 - a. terciptanya hubungan kerja yang baik antara Pemilik, Pejabat Pengelola dan Staf Medis serta pegawai Rumah Sakit lainnya; dan
 - b. memacu profesionalisme dengan tanggung jawab terhadap mutu layanan Rumah Sakit.

BAB II

IDENTITAS RUMAH SAKIT

Pasal 3

Identitas Rumah Sakit meliputi:

- a. nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetijono Blora;
- b. kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C; dan
- c. alamat Rumah Sakit adalah jalan dr. Sutomo nomor 42 Blora.

BAB III
KEDUDUKAN, TUGAS POKOK
DAN FUNGSI RUMAH SAKIT

Pasal 4

- (1) Rumah Sakit merupakan unit organisasi bersifat khusus dalam penyelenggaraan layanan kesehatan secara profesional yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, pengelolaan barang milik Daerah dan pengelolaan kepegawaian.
- (2) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Direktur yang bertanggung jawab kepada Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat.
- (2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai fungsi:
 - a. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan;
 - b. pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah di bidang pelayanan kesehatan paripurna;
 - c. pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pelayanan kesehatan paripurna;
 - d. penyelenggaraan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan Nonmedis;
 - e. penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
 - f. penyelenggaraan pelayanan rujukan;
 - g. penyelenggaraan koordinasi dan fasilitasi di bidang pelayanan kesehatan paripurna;
 - h. pembinaan pengelolaan urusan umum Rumah Sakit;
 - i. pembinaan pengelolaan urusan keuangan Rumah Sakit; dan
 - j. pengendalian, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.

BAB IV

VISI, MISI, TUJUAN, SASARAN STRATEGIS, NILAI DASAR, MOTTO DAN LOGO RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Visi dan Misi

Pasal 6

- (1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional pada Rumah Sakit ditetapkan Visi “Sebagai Pusat Rujukan Dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Blora Dan Sekitarnya Yang Didukung Sumber Daya Manusia Profesional”
- (2) Sebagai upaya untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai misi untuk:
 - a. melaksanakan dan memberikan pelayanan kesehatan paripurna;
 - b. meningkatkan sumber daya manusia dan system manajemen;
 - c. meningkatkan sarana dan prasarana; dan
 - d. memperjuangkan hak karyawan dan meningkatkan kesejahteraan.

Bagian Kedua

Tujuan, Sasaran Strategis, Program

Pasal 7

- (1) Untuk mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, Rumah Sakit mempunyai tujuan sebagai salah satu perangkat daerah urusan bidang kesehatan yakni “Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat”.
- (2) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit memiliki Sasaran Strategis sebagai berikut:
 - a. sinkronisasi antara kebijakan nasional dan daerah;
 - b. meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialisik dan paramedis disertai dengan peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan;
 - c. mengembangkan, menambah dan memelihara sarana dan prasarana peralatan medis (*medical equipment*), utamanya yang berkaitan dengan teknologi tinggi;

- d. meningkatkan pelayanan dengan membuka spesialisasi/sub spesialis dan melengkapi sarana dan prasarana;
 - e. meningkatkan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efisiensi pelayanan serta melakukan kerjasama dengan pelayanan kesehatan lokal, nasional dan internasional;
 - f. melakukan efisiensi dan efektivitas pelayanan pada semua unit kerja dan unit kegiatan; dan
 - g. melaksanakan akuntabilitas pelayanan secara berkesinambungan, melakukan Audit Medis, audit keuangan dan kelompok budaya kerja.
- (3) Program Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Renstra BLUD meliputi:
- a. program penunjang urusan pemerintahan Daerah;
 - b. program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat; dan
 - c. program peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan.

Bagian Ketiga

Nilai-Nilai Dasar

Pasal 8

- (1) Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Kesehatan dengan berdasarkan nilai-nilai dasar sebagai berikut:
- a. keterbukaan;
 - b. kebersamaan;
 - c. kesabaran; dan
 - d. pembelajaran.
- (2) Keterbukaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan nilai dasar keterbukaan terhadap sesuatu hal yang perlu dijunjung tinggi oleh setiap pegawai, sehingga mampu menghadapi setiap perubahan baik internal organisasi maupun eksternal organisasi.
- (3) Kebersamaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan nilai dasar yang memuat bahwa Rumah Sakit menyadari semua pekerjaan tidak dapat diselesaikan sendiri namun perlu kerja sama tim serta kebersamaan dalam suka dan duka sehingga kesuksesan Rumah Sakit berkat kerja bersama seluruh pegawai dapat dicapai.

- (4) Kesabaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan tingkah laku pegawai Rumah Sakit yang penuh kesabaran dan perhatian dalam kegiatan pelayanan sehari-hari baik terhadap pelanggan maupun teman sekerja.
- (5) Pembelajaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan upaya untuk meningkatkan kompetensi sumber daya manusia diseluruh lini pelayanan yang sesuai dengan standar nasional dan berkembang secara dinamis dalam memberikan pelayanan paripurna kepada masyarakat.

Bagian Keempat

Motto

Pasal 9

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Rumah Sakit memiliki motto “Sahabat Karib Dikala Sakit, Sahabat Dekat Dikala Sehat”.

Bagian Kelima

Logo

Pasal 10

Logo Rumah Sakit tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB V

TANGGUNG JAWAB, WEWENANG DAN TUGAS PEMILIK

Pasal 11

- (1) Bupati bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati berwenang:

- a. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku representasi Pemilik;
 - b. mengesahkan Tata Kelola Rumah Sakit;
 - c. mengesahkan Renstra BLUD sebagai unit organisasi bersifat khusus yang berstatus BLUD penuh;
 - d. mengesahkan RBA melalui Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengelolaan keuangan daerah selaku pejabat pengelola keuangan Daerah dengan diketahui Dewan Pengawas;
 - e. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. mengevaluasi kinerja Pejabat Pengelola baik kinerja keuangan maupun non keuangan 1 (satu) kali dalam satu tahun melalui Perangkat Daerah yang ditunjuk;
 - g. menyetujui, menetapkan, dan mengesahkan visi, misi, tujuan, sasaran strategis, motto, nilai-nilai dasar dan janji layanan Rumah Sakit;
 - h. menyediakan anggaran operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis Rumah Sakit;
 - i. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumberdaya manusia Rumah Sakit;
 - j. memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit;
 - k. memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi Rumah Sakit, serta melakukan evaluasi secara berkala misi Rumah Sakit;
 - l. menetapkan formula remunerasi Rumah Sakit; dan
 - m. memberikan advokasi dan tanggung gugat kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Bupati dapat mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur dalam rangka melaksanakan fleksibilitas dalam rangka efisien dan efektivitas melaksanakan BLUD.
- (4) Pendelegasian sebagian kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi:
- a. pengelompokan jenis pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit;

- b. melaksanakan perjanjian kerjasama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan pada Rumah Sakit;
- c. dalam keadaan darurat, melakukan pemenuhan kebutuhan Pegawai BLUD;
- d. menyusun tata cara kerjasama dalam Peraturan Direktur;
- e. melakukan publikasi visi dan misi Rumah Sakit;
- f. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- g. dapat melakukan pengesahan evaluasi RBA.

BAB VI

DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu

Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas merupakan representasi dari Pemilik Rumah Sakit yang dibentuk dengan Keputusan Bupati.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (3) Jumlah anggota Dewan Pengawas sebanyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. jumlah anggota Dewan Pengawas sebanyak 3 (tiga) orang dalam hal Rumah Sakit memiliki:
 - 1. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, sebesar Rp30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
 - 2. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah);
 - b. jumlah anggota Dewan Pengawas sebanyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) apabila Rumah Sakit memiliki:

1. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
 2. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).
- (4) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri atas:
- a. untuk anggota Dewan Pengawas dengan jumlah sebanyak 3 (tiga) orang, terdiri dari unsur:
 1. 1 (satu) orang pejabat pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
 2. 1 (satu) orang pejabat pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengelolaan keuangan Daerah; dan
 3. 1 (satu) orang tenaga ahli, dapat berasal dari tenaga profesional, atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan kesehatan;
 - b. untuk anggota Dewan Pengawas dengan jumlah sebanyak 5 (lima) orang, terdiri dari unsur:
 1. 2 (dua) orang pejabat pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
 2. 2 (dua) orang pejabat pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengelolaan keuangan Daerah; dan
 3. 1 (satu) orang tenaga ahli, dapat berasal dari tenaga profesional, atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan kesehatan.

Bagian Kedua

Persyaratan Dewan Pengawas

Pasal 13

Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- a. sehat jasmani dan rohani;
- b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan Rumah Sakit;

- c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
- d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi Rumah Sakit;
- e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- f. berijazah paling rendah sarjana (S-1);
- g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
- h. tidak pernah menjadi anggota Direktur, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpinnya dinyatakan pailit;
- i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah/wakil kepala daerah, dan/atau calon anggota legislatif.

Bagian Ketiga

Tugas, Fungsi, Kewajiban dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas memiliki tugas:
 - a. memantau perkembangan kegiatan BLUD Rumah Sakit;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan BLUD Rumah Sakit dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit;
 - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - e. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai:
 - 1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
 - 3. kinerja BLUD Rumah Sakit.
- (2) Penilaian kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, diukur paling sedikit meliputi:
 - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);

- c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Penilaian kinerja nonkeuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
 - (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
 - (5) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan BLUD termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 15

Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14, Dewan Pengawas berfungsi sebagai pelaksana yang melaksanakan peran Bupati dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.

Pasal 16

Dewan Pengawas wajib:

- a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
- b. mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;
- c. melaporkan kepada Bupati tentang kinerja Rumah Sakit;
- d. memberikan nasehat kepada Direktur dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;
- e. melaksanakan evaluasi dan penilaian kinerja keuangan dan nonkeuangan, serta memberikan saran dan catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh Direktur; dan
- f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.

Pasal 17

Dewan Pengawas berwenang:

- a. memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direktur dan/atau pejabat lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit sesuai dengan Tata Kelola Rumah Sakit;
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Tata Kelola Rumah Sakit;
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Tata Kelola Rumah Sakit untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Pasal 18

- (1) Selain tugas dan wewenang sebagaimana tersebut dalam Pasal 14 dan Pasal 17, Dewan Pengawas memiliki tanggung jawab yang harus dilakukan agar Rumah Sakit mempunyai kepemimpinan yang jelas, dapat beroperasi secara efisien, dan menyediakan pelayanan kesehatan bermutu tinggi.
- (2) Tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain:
 - a. menyetujui dan mengkaji visi misi Rumah Sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi Rumah Sakit;
 - b. menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional Rumah Sakit yang diperlukan untuk berjalannya Rumah Sakit sehari-hari;
 - c. menyetujui partisipasi Rumah Sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program program tersebut;
 - d. menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dan mematuhi misi serta Renstra BLUD;
 - e. melakukan evaluasi tahunan kinerja direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;

- f. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- g. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis; dan
- h. melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

Bagian Keempat

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e. mengundurkan diri; dan

- f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau Daerah.

Bagian Kelima

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 20

- (1) Bupati dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas diangkat atas usulan Dewan Pengawas.
- (4) Pengangkatan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Bagian Keenam

Rapat Dewan Pengawas

Pasal 21

- (1) Rapat Dewan Pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pembinaan dan pengawasan serta memberikan nasehat kepada Direktur.
- (2) Peserta rapat Dewan Pengawas adalah:
 - a. anggota Dewan Pengawas;
 - b. sekretaris Dewan Pengawas;
 - c. Direktur; dan
 - d. pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas apabila diperlukan.
- (3) Pengambilan keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.

Pasal 22

Rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (1) terdiri dari:

- a. rapat rutin;
- b. rapat tahunan; dan
- c. rapat khusus.

Pasal 23

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf a diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, meminta klarifikasi atau alternatif solusi dari berbagai masalah yang dihadapi oleh Rumah Sakit.
- (3) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan paling sedikit 6 (enam) kali dalam setahun.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direktur, Komite dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya; dan/atau
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya.

Pasal 24

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf b diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sekali dalam 1 (satu) tahun.

Pasal 25

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf c diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.

- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. terdapat permintaan yang ditandatangani anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 26

Setiap rapat dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 27

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, dan telah memenuhi kuorum, maka anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.
- (3) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila telah memenuhi kuorum.
- (4) Kuorum terpenuhi apabila dihadiri oleh 2/3 (dua pertiga) anggota Dewan Pengawas.
- (5) Bila kuorum tidak terpenuhi dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan paling lama 1 (satu) minggu berikutnya.

- (6) Dalam hal setelah penangguhan dalam waktu paling lama 1 (satu) minggu sebagaimana dimaksud pada ayat (5) kuorum tidak tercapai, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 28

- (1) Setiap rapat Dewan Pengawas harus dituangkan dalam notula rapat.
- (2) Notula rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (3) Notula rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disahkan oleh Dewan Pengawas dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari kalender terhitung sejak tanggal penyelenggaraan rapat.
- (4) Putusan yang ditetapkan dalam notula rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dinyatakan sah dan dapat dilaksanakan setelah mendapat tanda tangan seluruh anggota Dewan Pengawas.

Pasal 29

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, apabila perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, usulan yang bersangkutan tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Bagian Ketujuh

Stempel Dewan Pengawas

Pasal 30

- (1) Dewan Pengawas dapat membuat dan menggunakan stempel Dewan Pengawas dalam rangka pelaksanaan pengadministrasian.

- (2) Setiap dokumen yang menggunakan stempel Dewan Pengawas harus ditandatangani paling sedikit 2 (dua) orang anggota Dewan Pengawas.

Bagian Kedelapan

Biaya Dewan Pengawas

Pasal 31

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

BAB VII

KELEMBAGAAN

Bagian Kesatu

Pengorganisasian Rumah Sakit

Pasal 32

Organisasi Rumah Sakit terdiri atas:

- a. organisasi struktural, terdiri atas:
 1. Pejabat Pengelola; dan
 2. Kelompok Jabatan Fungsional;
- b. organisasi nonstruktural, terdiri atas:
 1. organisasi pelaksana; dan
 2. organisasi pendukung.

Pasal 33

Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 huruf a angka 1 terdiri atas:

- a. Direktur;
- b. Kepala Bagian Umum, membawahkan:
 1. Kepala Subbagian Tata Usaha dan Rumah Tangga;
 2. Kepala Subbagian Perencanaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia; dan
 3. Kepala Subbagian Hukum, Hubungan Masyarakat dan Sistem Informasi Manajemen;
- c. Kepala Bidang Pelayanan, membawahkan:
 1. Kepala Seksi Pelayanan Dan Penunjang Medis; dan

2. Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan;
- d. Kepala Bidang Penunjang Pelayanan, membawahkan:
 1. Kepala Seksi Pemeliharaan Sarana Prasarana; dan
 2. Kepala Seksi Logistik Medis dan Nonmedis;
- e. Kepala Bidang Keuangan, membawahkan:
 1. Kepala Seksi Program, Perencana, Pendapatan dan Anggaran; dan
 2. Kepala Seksi Pembukuan dan Perbendaharaan.

Pasal 34

Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud Pasal 32 huruf a angka 2 terdiri atas sejumlah Jabatan Fungsional yang terbagi dalam berbagai kelompok Jabatan Fungsional sesuai dengan bidang keahliannya.

Pasal 35

Organisasi pelaksana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 huruf b angka 1 terdiri atas:

- a. Instalasi; dan/atau
- b. Unit Pelayanan.

Pasal 36

Organisasi pendukung sebagaimana dimaksud Pasal 32 huruf b angka 2 terdiri atas:

- a. Satuan Pengawas Internal;
- b. Manajer Pelayanan Pasien;
- c. Komite Medik;
- d. Komite Keperawatan;
- e. Komite Etik dan Hukum;
- f. Komite Farmasi dan Terapi;
- g. Komite Rekam Medis;
- h. Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI);
- i. Komite Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien (PMKP);
- j. Komite Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3); dan
- k. Komite Tenaga Kesehatan lainnya.

Pasal 37

Bagan organisasi Rumah Sakit tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Bagian Kedua
Pejabat Pengelola
Paragraf 1
Umum

Pasal 38

- (1) Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Pengelompokan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Direktur yang berkedudukan sebagai pemimpin BLUD;
 - b. Bidang Keuangan selaku pejabat keuangan BLUD; dan
 - c. Bagian Umum, Bidang Pelayanan dan Bidang Penunjang Pelayanan yang berkedudukan sebagai pejabat teknis BLUD.
- (3) Direktur sebagai pemimpin BLUD bertanggung jawab kepada Bupati melalui Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
- (4) Bagian Umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dipimpin oleh Kepala Bagian Umum yang bertanggung jawab kepada Direktur sesuai ketentuan perundangan-undangan.
- (5) Bidang Keuangan, Bidang Pelayanan, dan Bidang Penunjang Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c masing-masing dipimpin oleh seorang kepala bidang yang bertanggung jawab kepada Direktur sesuai ketentuan perundangan-undangan.
- (6) Pejabat Pengelola dilarang memangku jabatan rangkap sebagai:
 - a. direksi badan usaha milik negara/daerah;
 - b. direksi pada rumah sakit swasta; dan
 - c. jabatan lain yang berhubungan dengan pengurusan perusahaan.
- (7) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.

Paragraf 2

Direktur

Pasal 39

Untuk dapat diangkat menjadi Direktur harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. berstatus PNS;
- b. memiliki pangkat minimal Pembina golongan ruang IV/a atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
- c. berprofesi dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- e. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit; dan
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit.

Pasal 40

(1) Direktur mempunyai tugas:

- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit agar lebih efisien dan produktif;
- b. merumuskan penetapan kebijakan teknis Rumah Sakit serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Bupati;
- c. menyusun Rencana Strategi Bisnis;
- d. menyiapkan RBA;
- e. mengusulkan calon pejabat keuangan kepada Bupati sesuai dengan ketentuan;
- f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundangan-undangan;
- g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggung jawabkan kinerja operasional dan keuangan, Barang Milik Daerah serta bidang kepegawaian Rumah Sakit kepada Bupati; dan

- h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Bupati sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Direktur dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan.

Pasal 41

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40, Direktur memiliki fungsi:

- a. perumusan kebijakan dibidang pelayanan kesehatan dan prosedur yang dibutuhkan untuk menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dijalankan;
- b. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan kesehatan;
- c. pemberian arahan dan petunjuk teknis serta pengelolaan dibidang pelayanan kesehatan;
- d. pemberian arahan dan petunjuk teknis pemasaran dan informasi pelayanan kesehatan;
- e. penandatanganan naskah dinas keluar;
- f. penyelenggaraan kerjasama dengan pihak lain;
- g. peninjauan falsafah, visi, misi, tujuan, sasaran strategis, motto, nilai-nilai dasar dan janji layanan Rumah Sakit secara berkala minimal sekali dalam 5 (lima) tahun;
- h. pengumuman visi Rumah Sakit kepada publik;
- i. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas; dan
- j. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati.

Pasal 42

Uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang Direktur:

- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD agar lebih efisien dan produktif;
- b. merumuskan penetapan kebijakan teknis BLUD serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Bupati;
- c. menyusun Rencana Strategi Bisnis;
- d. menyiapkan Rencana Bisnis Anggaran;
- e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Bupati sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan perundang-undangan;
- g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan BLUD yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggung jawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada Bupati;
- h. mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait dengan Rumah Sakit;
- i. menjalankan operasional Rumah Sakit dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan;
- j. menjamin kepatuhan Rumah Sakit terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
- k. menjamin kepatuhan pegawai Rumah Sakit dalam implementasi semua regulasi Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
- l. menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
- m. menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- n. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada semua pegawai pada Rumah Sakit;
- o. menetapkan kebijakan Rumah Sakit meliputi peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit;
- p. mengusulkan formasi pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- q. melakukan pengangkatan dan pemberhentian pegawai BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- r. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- s. memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi dan sanksi kepada pegawai yang melakukan pelanggaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- t. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian Pejabat Pengelola di bawah Direktur kepada Bupati;
- u. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;

- v. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- w. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- x. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua Pejabat Pengelola di bawah Direktur; dan
- y. mengusulkan RBA Rumah Sakit dan Rencana Mutu serta Keselamatan pasien kepada Bupati.

Pasal 43

- (1) Dalam rangka melaksanakan otonomi dalam pengelolaan keuangan sebagai unit organisasi bersifat khusus, Direktur ditetapkan sebagai Kuasa Pengguna Anggaran.
- (2) Direktur sebagai Kuasa Pengguna Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas dan wewenang:
 - a. menyusun Rencana Kerja dan Anggaran;
 - b. menyusun DPA;
 - c. melakukan tindakan yang mengakibatkan pengeluaran atas beban anggaran belanja dan/atau pengeluaran pembiayaan;
 - d. melaksanakan anggaran pada unit organisasi bersifat khusus yang dipimpinnya;
 - e. mengadakan ikatan/perjanjian kerja sama dengan pihak lain dalam batas anggaran yang telah ditetapkan;
 - f. menandatangani SPM;
 - g. melakukan pengujian atas tagihan dan memerintahkan pembayaran;
 - h. mengelola Utang Daerah dan Piutang Daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - i. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan Unit kerja yang dipimpinnya;
 - j. mengawasi pelaksanaan anggaran pada unit organisasi bersifat khusus yang dipimpinnya;
 - k. menetapkan Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan dan Pejabat Penatausahaan Keuangan unit kerja;
 - l. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah; dan
 - m. melaksanakan tugas lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (3) RKA dan DPA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b disampaikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah melalui Pejabat Penatausahaan Keuangan Daerah untuk diverifikasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 44

Direktur dapat diberhentikan karena:

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

Pasal 45

Evaluasi Kinerja Direktur terdiri dari pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu nonkeuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).

Paragraf 3

Kepala Bagian/Kepala Bidang

Pasal 46

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Bagian/Bidang pada Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. Kepala Bagian Umum:
 1. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 2. pangkat Penata Tingkat I golongan ruang III/d atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;

3. berpendidikan minimal sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang umum dan keadministrasian;
 4. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan administrasi yang profesional;
 5. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup umum dan administrasi Rumah Sakit; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- b. Kepala Bidang Pelayanan:
1. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 2. pangkat minimal Penata Tingkat I golongan ruang III/d atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. seorang dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian integritas kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
 4. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 5. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- c. Kepala Bidang Penunjang Pelayanan:
1. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 2. pangkat Penata Tingkat I golongan ruang III/d atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. minimal berpendidikan S1-Kesehatan yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang penunjang Medis dan Nonmedis;
 4. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan kebijakan teknis yang profesional;
 5. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup penunjang Rumah Sakit; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- d. Kepala Bidang Keuangan:
1. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 2. pangkat Penata Tingkat I golongan ruang III/d atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. berpendidikan sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang keuangan;
 4. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pengembangan dan informasi;

5. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Uraian tugas dan fungsi kepala bagian/bidang pada Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Bupati yang mengatur mengenai tugas dan fungsi pada Rumah Sakit.

Pasal 47

- (1) Evaluasi terhadap kinerja kepala bagian/bidang pada Rumah Sakit dinilai oleh Direktur.
- (2) Evaluasi terhadap kinerja kepala bagian/bidang pada Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan pencapaian kinerja masing-masing pejabat.
- (3) Evaluasi terhadap kinerja kepala bagian/bidang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).

Paragraf 4

Kepala Subbagian/Seksi

Pasal 48

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai kepala subbagian/seksi pada Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. Kepala Subbagian Tata Usaha dan Rumah Tangga:
 1. berstatus pegawai negeri sipil;
 2. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. berpendidikan minimal sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
 4. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan administrasi yang profesional;
 5. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup umum dan administrasi Rumah Sakit; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
 - b. Kepala Subbagian Perencanaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia:
 1. berstatus pegawai negeri sipil;

2. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. berpendidikan minimal sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
 4. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan administrasi yang profesional;
 5. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup umum dan administrasi Rumah Sakit; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- c. Kepala Subbagian Hukum, Hubungan Masyarakat dan Sistem Informasi Manajemen:
1. berstatus pegawai negeri sipil;
 2. pangkat minimal Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. berpendidikan minimal sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
 4. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan administrasi yang profesional;
 5. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup umum dan administrasi Rumah Sakit; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- d. Kepala Seksi Pelayanan dan Penunjang Medis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
1. berstatus pegawai negeri sipil;
 2. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. seorang dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian integritas kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
 4. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 5. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- e. Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
1. berstatus pegawai negeri sipil;
 2. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;

3. seorang sarjana (Strata 1) Keperawatan yang memenuhi kriteria, keahlian integritas kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
 4. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 5. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- f. Kepala Seksi Pemeliharaan Sarana Prasarana:
1. berstatus pegawai negeri sipil;
 2. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. berpendidikan sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
 4. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan kebijakan teknis yang profesional;
 5. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup penunjang Rumah Sakit; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- g. Kepala Seksi Logistik Medis Dan Nonmedis:
1. berstatus pegawai negeri sipil;
 2. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. berpendidikan sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
 4. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan kebijakan teknis yang profesional;
 5. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan penunjang Rumah Sakit; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- h. Kepala Seksi Program, Perencanaan Pendapatan dan Anggaran:
1. berstatus pegawai negeri sipil;
 2. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. berpendidikan paling rendah sarjana (Strata-1);
 4. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
 5. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- i. Kepala Seksi Pembukuan dan Pembendaharaan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. berstatus pegawai negeri sipil;
 2. pangkat Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. berpendidikan paling rendah sarjana (Strata-1);
 4. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
 5. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Uraian tugas kepala subbagian/seksi pada Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Bupati yang mengatur mengenai tugas dan fungsi pada Rumah Sakit.

Pasal 49

- (1) Evaluasi terhadap kinerja kepala subbagian/seksi pada Rumah Sakit dinilai oleh Direktur melalui kepala bagian/kepala bidang masing-masing.
- (2) Evaluasi terhadap kinerja kepala subbagian/seksi pada Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan pencapaian kinerja masing-masing pejabat.
- (3) Evaluasi terhadap kinerja kepala subbagian/seksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).

Bagian Ketiga

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 50

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 mempunyai tugas melakukan kegiatan sesuai dengan bidang jabatan fungsional masing-masing berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Masing-masing kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikoordinasikan oleh seorang koordinator yang ditunjuk oleh Direktur.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang pejabat fungsional senior sebagai ketua kelompok dan bertanggung jawab kepada Direktur.

- (4) Jumlah, jenis dan jenjang Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.

Bagian Keempat

Organisasi Pelaksana

Paragraf 1

Instalasi

Pasal 51

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 huruf a merupakan unsur organisasi pelaksana pada Rumah Sakit yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan, dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan.
- (2) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
- a. Instalasi Rawat Jalan;
 - b. Instalasi Rawat Inap;
 - c. Instalasi Gawat Darurat;
 - d. Instalasi Rawat Intensif;
 - e. Instalasi Bedah Sentral;
 - f. Instalasi Farmasi;
 - g. Instalasi Laboratorium;
 - h. Instalasi Radiologi;
 - i. Instalasi Gizi;
 - j. Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - k. Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 - l. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - m. Instalasi Binatu;
 - n. Instalasi Rekam Medis;
 - o. Instalasi Kesehatan Lingkungan;
 - p. Instalasi Sterilisasi Alat Medis; dan
 - q. Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis
- (3) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur berdasarkan analisis organisasi dan kebutuhan.
- (4) Masing-masing instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang kepala instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Kepala instalasi mempunyai tugas dan kewajiban sebagai berikut:

- a. merencanakan program kerja di instalasinya;
 - b. penyusunan rancangan kebijakan dan prosedur pelayanan di instalasinya;
 - c. penyusunan rencana kerja instalasinya;
 - d. penyusunan usulan kebutuhan fasilitas, tenaga, pemeliharaan sarana dan prasarana serta pendidikan dan pelatihan pegawai sebagai bahan penyusunan rencana kegiatan di bidangnya;
 - e. penyusunan jadwal kegiatan instalasinya;
 - f. pelaksanaan koordinasi kegiatan pelayanan pasien dengan instalasi terkait;
 - g. monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan di instalasinya;
 - h. laporan pelaksanaan kegiatan di instalasinya; dan
 - i. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi terkait dalam rangka kelancaran pelaksanaan tugas.
- (6) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
- (7) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh pejabat fungsional dan/atau pelaksana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 52

- (1) Instalasi Rawat Jalan sebagaimana dimaksud Pasal 51 ayat (2) huruf a merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di Rumah Sakit.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Rawat Jalan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memenuhi kualifikasi pendidikan profesi dokter umum;
 - c. memiliki STR dan SIP di Rumah Sakit;
 - d. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi Rawat Jalan; dan
 - e. memiliki pengalaman bekerja di Rumah Sakit minimal selama 2 (dua) tahun atau pengalaman bekerja di instalasi rawat jalan minimal selama 1 (satu) tahun.
- (3) Kepala Instalasi Rawat Jalan mempunyai tugas pokok:
- a. memimpin pelayanan di Instalasi Rawat Jalan;

- b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Rawat Jalan;
 - c. melaksanakan pengawasan, evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Rawat Jalan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Rawat Jalan mempunyai tugas:
- a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Rawat Jalan sesuai bidang keprofesian, meliputi:
 - 1. menjamin alur pelayanan pasien di Instalasi Rawat Jalan dapat berjalan dengan baik;
 - 2. melakukan monitoring terhadap pelaksanaan kegiatan di Instalasi Rawat Jalan;
 - 3. mengurangi kemungkinan terjadinya komplain akibat hal-hal yang berkaitan dengan kegagalan komunikasi, profesionalisme dan hal lain yang tidak sesuai dengan regulasi yang ditetapkan di Rumah Sakit;
 - b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 - 1. merencanakan sistem pelayanan Rawat Jalan yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Rawat Jalan maupun pelayanan pemeriksaan Rawat Jalan bagi pasien;
 - 2. menyusun rencana kebutuhan tenaga di Instalasi Rawat Jalan meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 - 3. menyusun program pengembangan Pegawai di lingkungan instalasi rawat Jalan sesuai kebutuhan;
 - 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;
 - 5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 - 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Rawat Jalan;
 - 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit; dan
 - 8. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan Tahunan sesuai regulasi internal;
 - c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
 - 1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Rawat Jalan terhadap ketentuan peraturan perundang-

- undangan;
 - 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di instalasi rawat jalan dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu tersebut;
 - 3. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan instalasi rawat jalan secara efektif dan efisien;
 - 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur; dan
 - 5. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai kepala Instalasi Rawat Jalan;
 - d. melaksanakan fungsi pengawasan, meliputi:
 - 1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Rawat Jalan dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 - 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Rawat Jalan;
 - 3. memberikan arahan kepada kepala unit pelayanan pada Instalasi Rawat Jalan dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 - 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Rawat Jalan;
 - 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Rawat Jalan; dan
 - 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Rawat Jalan, diantaranya mencegah kesalahan prosedur dan memastikan kesesuaian pemberian tindakan sesuai dengan indikasi pasien;
 - e. evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
 - 1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 - 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan di Instalasi Rawat Jalan; dan
 - 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Rawat Jalan.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Rawat Jalan bertanggung jawab kepada Direktur.

- (6) Kepala Instalasi Rawat Jalan berwenang:
- a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di lingkungan Instalasi Rawat Jalan tentang pelaksanaan kebijakan pengelolaan bagian rawat jalan sesuai kebijakan yang telah ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi atas kesesuaian prosedur yang dilakukan di Instalasi Rawat Jalan.
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di lingkungan Instalasi Rawat Jalan;
 - d. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Rawat Jalan;
 - e. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Rawat Jalan;
 - f. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan tenaga di Instalasi Rawat Jalan sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagaan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - g. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai pelayanan Rawat Jalan yang bersifat internal; dan
 - h. mengusulkan kebutuhan sarana dan prasarana di Instalasi Rawat Jalan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 53

- (1) Instalasi Rawat Inap sebagaimana dimaksud Pasal 51 ayat (2) huruf b merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis dan/atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di Rumah Sakit.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Rawat Inap harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani
 - b. memenuhi kualifikasi pendidikan, minimal pendidikan profesi dokter umum;
 - c. memiliki STR dan SIP di Rumah Sakit;
 - d. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi rawat Inap; dan
 - e. pengalaman bekerja di Rumah Sakit paling singkat selama 2 (dua) tahun.
- (3) Kepala Instalasi Rawat Inap mempunyai tugas pokok:

- a. memimpin pelayanan di Instalasi Rawat Inap;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Rawat Inap; dan
 - c. melakukan pengawasan, serta melaksanakan evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Rawat Inap.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Rawat Inap mempunyai tugas:
- a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Rawat Inap meliputi: menyelenggarakan kegiatan pelayanan medik, keperawatan dan pelayanan penunjang medik, sesuai dengan standart yang sudah ditetapkan melalui pengelolaan sumber daya yang tersedia secara efektif, efisien dan produktif;
 - b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 1. merencanakan sistem pelayanan rawat inap yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Rawat Inap;
 2. menyusun usulan kebutuhan pegawai di lingkungan instalasi rawat Inap meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 3. menyusun program pengembangan pegawai di lingkungan instalasi rawat Inap sesuai dengan kebutuhan;
 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;
 5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Rawat Inap;
 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 8. menyusun program pengendalian mutu;
 9. menyusun Standar Prosedur Operasional;
 10. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan dan Tahunan sesuai regulasi internal;
 - c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
 1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Rawat Inap terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;

2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Rawat Inap dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 3. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan rawat inap secara efektif dan efisien;
 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan;
 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;
 6. memotivasi pegawai di instalasi rawat inap untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;
 7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi Rawat Inap sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang atau seksi terkait; dan
 9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai Kepala Instalasi Rawat Inap;
- d. melakukan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Rawat Inap dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Rawat Inap;
 3. memberikan arahan kepada pegawai di lingkungan Instalasi Rawat Inap dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Rawat Inap;
 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Rawat Inap;
 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Rawat Inap antara lain:

- a) memastikan obat-obatan yang diberikan kepada pasien adalah obat – obatan yang tidak kedaluwarsa;
 - b) mencegah kesalahan prosedur; dan
 - c) memastikan kesesuaian pemberian tindakan sesuai indikasi pasien;
- e. melaksanakan evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
- a. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 - b. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan Instalasi Rawat Inap; dan
 - c. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Rawat Inap.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Rawat Inap bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Kepala Instalasi Rawat Inap berwenang:
- a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Rawat Inap tentang pelaksanaan kebijakan pengelolaan bagian rawat inap sesuai kebijakan yang telah ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi atas kesesuaian prosedur yang dilakukan di Instalasi Rawat Inap;
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di lingkungan Instalasi Rawat Inap;
 - d. memberikan teguran lisan kepada pegawai di lingkungan Instalasi Rawat Inap;
 - e. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Rawat Inap;
 - f. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Rawat Inap;
 - g. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan tenaga di Instalasi Rawat Inap sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagaan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai pelayanan rawat inap yang bersifat internal; dan
 - i. menyusun kebutuhan sarana dan prasarana di Instalasi Rawat Inap dan diusulkan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 54

- (1) Instalasi Gawat Darurat sebagaimana dimaksud Pasal 51 ayat (2) huruf c merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan kedaruratan medik yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah/menanggulangi risiko kematian atau cacat.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Gawat Darurat harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memenuhi kualifikasi pendidikan minimal pendidikan profesi dokter umum;
 - c. memiliki STR dan SIP di Rumah Sakit;
 - d. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi Gawat Darurat; dan
 - e. mempunyai pengalaman kerja sebagai dokter Instalasi Gawat Darurat paling singkat selama 2 (dua) tahun.
- (3) Kepala Instalasi Gawat Darurat mempunyai tugas pokok:
 - a. memimpin pelayanan kesehatan pasien di Instalasi Instalasi Gawat Darurat;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Instalasi Gawat Darurat; dan
 - c. melakukan pengawasan, serta melaksanakan evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Instalasi Gawat Darurat.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Gawat Darurat mempunyai tugas:
 - a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Gawat Darurat meliputi:
 1. menjamin mengelola pelayanan gawat darurat;
 2. melakukan pelayanan siaga bencana;
 3. mengelola fasilitas, peralatan, dan obat – obatan *life saving*; dan
 4. pelaksanaan kordinasi dengan bagian Rawat Inap dan Rawat Jalan jika pasien yang bersangkutan membutuhkan penanganan/tindakan lebih lanjut setelah penanganan gawat darurat;
 - b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 1. merencanakan sistem pelayanan Gawat Darurat yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Gawat Darurat;

2. menyusun usulan kebutuhan pegawai di lingkungan instalasi Gawat Darurat meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 3. menyusun program pengembangan pegawai di lingkungan instalasi Gawat Darurat sesuai dengan kebutuhan;
 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;
 5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Gawat Darurat;
 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 8. menyusun program pengendalian mutu;
 9. menyusun Standar Prosedur Operasional; dan
 10. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan dan Tahunan sesuai regulasi internal;
- c. melaksanakan fungsi pergerakan dan pelaksanaan, meliputi:
1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Gawat Darurat terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Gawat Darurat dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 3. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan Instalasi Gawat Darurat secara efektif dan efisien;
 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan;
 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;
 6. memotivasi pegawai di instalasi Gawat Darurat untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;
 7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi Gawat Darurat sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang atau seksi terkait; dan

9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai Kepala Instalasi Gawat Darurat;
- d. melakukan fungsi pengawasan, meliputi:
 1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Gawat Darurat dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Gawat Darurat;
 3. memberikan arahan kepada pegawai di lingkungan Instalasi Gawat Darurat dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Gawat Darurat;
 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Gawat Darurat; dan
 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Gawat Darurat;
 - e. melaksanakan evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
 1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan Instalasi Gawat Darurat; dan
 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Gawat Darurat.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Gawat Darurat bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Kepala Instalasi Gawat Darurat berwenang:
- a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Gawat Darurat tentang pelaksanaan kebijakan pengelolaan bagian Gawat Darurat sesuai kebijakan yang telah ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi atas kesesuaian prosedur yang dilakukan di Instalasi Gawat Darurat.
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Gawat Darurat;

- d. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat;
- e. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Gawat Darurat;
- f. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan tenaga di Instalasi Gawat Darurat sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagaan yang berlaku di Rumah Sakit;
- g. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai pelayanan Gawat Darurat yang bersifat internal; dan
- h. mengusulkan kebutuhan sarana dan prasarana di Instalasi Gawat Darurat kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 55

- (1) Instalasi Rawat Intensif sebagaimana dimaksud Pasal 51 ayat (2) huruf d merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan yang bersifat khusus mandiri dengan pegawai yang khusus dan perlengkapan yang khusus dengan tujuan untuk terapi pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Rawat Intensif harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memenuhi kualifikasi pendidikan profesi:
 - 1. dokter spesialis anesthesiologi; atau
 - 2. dokter spesialis lain yang telah mengikuti pelatihan perawatan intensif (*intensive care*);
 - c. memiliki STR dan SIP di Rumah Sakit;
 - d. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi rawat intensif; dan
 - e. mempunyai pengalaman kerja sebagai dokter Instalasi Rawat Intensif paling singkat selama 2 (dua) tahun.
- (3) Kepala Instalasi Rawat Intensif mempunyai tugas pokok memimpin pelayanan kesehatan di Instalasi Rawat Intensif, menyusun dan melaksanakan perencanaan, melakukan pengawasan, serta melaksanakan evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Instalasi Rawat Intensif.

- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Rawat Instensif mempunyai tugas:
- a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Rawat Intensif meliputi:
 1. menjamin mengelola pelayanan Rawat Intensif;
 2. mengelola fasilitas, peralatan, dan obat – obatan *life saving*;
 - b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 1. merencanakan sistem pelayanan Rawat Instensif yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Rawat Instensif;
 2. menyusun usulan kebutuhan pegawai di lingkungan instalasi Rawat Instensif meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 3. menyusun program pengembangan pegawai di lingkungan instalasi Rawat Instensif sesuai dengan kebutuhan;
 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;
 5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Rawat Instensif;
 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 8. menyusun program pengendalian mutu;
 9. menyusun Standar Prosedur Operasional; dan
 10. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan dan Tahunan sesuai regulasi;
 - c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
 1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Rawat Intensif terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Rawat Instensif dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 3. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan Rawat Instensif secara efektif dan efisien;
 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan;
 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;

6. memotivasi pegawai di instalasi rawat intensif untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;
 7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi Rawat Instensif sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang atau seksi terkait; dan
 9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai Kepala Instalasi Rawat Intensif;
- d. melakukan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Rawat Instensif dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Rawat Instensif;
 3. memberikan arahan kepada pegawai di lingkungan Instalasi Rawat Instensif dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Rawat Instensif;
 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Rawat Instensif; dan
 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Rawat Instensif;
- e. melaksanakan evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan Instalasi Rawat Instensif; dan
 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Rawat Instensif.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Rawat Intensif bertanggung jawab kepada Direktur.

- (6) Kepala Instalasi Rawat Intensif berwenang:
- a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di lingkungan Instalasi intensif tentang pelaksanaan kebijakan pengelolaan bagian intensif sesuai kebijakan yang telah ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi atas kesesuaian prosedur yang dilakukan di Instalasi Rawat Jalan.
 - c. Memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di lingkungan Instalasi Rawat Jalan;
 - d. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Rawat Jalan;
 - e. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Rawat Jalan;
 - f. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan tenaga di Instalasi Rawat Jalan sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagaan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - g. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai pelayanan Rawat Jalan yang bersifat internal; dan
 - h. mengusulkan kebutuhan sarana dan prasarana di Instalasi Rawat Jalan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 56

- (1) Instalasi Bedah Sentral sebagaimana dimaksud Pasal 51 ayat (2) huruf e merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan kepada pasien yang memerlukan tindakan pembedahan, baik untuk kasus bedah terencana (*elective*) maupun untuk kasus bedah darurat (*cito*).
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Bedah Sentral harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memenuhi kualifikasi pendidikan profesi dokter spesialis bedah;
 - c. memiliki STR dan SIP Rumah Sakit;
 - d. mampu menjalin hubungan interpesona yang baik;
 - e. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi Bedah Sentral; dan

- f. memiliki pengalaman bekerja di Rumah Sakit paling singkat selama 2 (dua) tahun atau pengalaman bekerja di Rumah Sakit dalam bidang Bedah sentral paling singkat selama 1 (satu) tahun.
- (3) Kepala Instalasi Bedah Sentral mempunyai tugas pokok:
- a. memimpin pelayanan di Instalasi Bedah Sentral;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Bedah Sentral; dan
 - c. melakukan pengawasan, serta melakukan evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Bedah Sentral.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Bedah Sentral mempunyai tugas:
- a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Bedah Sentral sesuai bidang keprofesian, meliputi:
 - 1. mengembangkan, menerapkan dan menjaga regulasi;
 - 2. melaksanakan pemeriksaan, pembedahan, anastesi dan pengelolaan pada pasien yang memerlukan pembedahan menurut standar pelayanan medis
 - 3. memberikan keterangan tentang tindakan pembedahan yang akan dilakukan dan risikonya kepada pasien dan keluarganya
 - 4. membuat laporan pembedahan yang lengkap pada status pasien sebelum pasien dibawa keluar kamar operasi
 - 5. bertanggung jawab instalasi bedah dan anastesi serta lingkungannya
 - 6. memonitor dan evaluasi pelayanan bedah;
 - b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 - 1. merencanakan sistem pelayanan bedah sentral yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Bedah Sentral maupun pelayanan pemeriksaan bedah sentral bagi pasien;
 - 2. menyusun rencana kebutuhan tenaga instalasi bedah sentral meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 - 3. menyusun program pengembangan pegawai instalasi Bedah Sentral sesuai dengan kebutuhan;
 - 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;

5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Bedah Sentral;
 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 8. menyusun program pengendalian mutu; dan
 9. menyusun standar prosedur operasional;
 10. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan dan Tahunan sesuai regulasi internal;
- c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Bedah Sentral terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Bedah Sentral dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 3. menjamin penyelenggaraan pelayanan di Instalasi Bedah Sentral secara efektif dan efisien;
 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan;
 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;
 6. memotivasi pegawai di instalasi bedah sentral untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;
 7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi Bedah Sentral sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait sumber daya manusia, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang terkait; dan
 9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi terkait dengan pekerjaannya sebagai Kepala Instalasi Bedah Sentral;
- d. melaksanakan fungsi pengawasan, meliputi:

1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Bedah Sentral dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan instalasi bedah sentral;
 3. memberikan arahan kepada pegawai di lingkungan Instalasi Bedah Sentral dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di Instalasi Bedah Sentral;
 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Bedah Sentral; dan
 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Bedah Sentral, diantaranya memastikan obat-obatan yang diberikan kepada pasien merupakan obat-obatan yang tidak kedaluwarsa (*expired*), mencegah kesalahan prosedur dan memastikan kesesuaian pemberian tindakan sesuai indikasi pasien;
- e. melaksanakan evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan Instalasi Bedah Sentral; dan
 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di Instalasi Bedah Sentral.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Bedah Sentral bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Kepala Instalasi Bedah Sentral berwenang:
- a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Bedah Sentral tentang pelaksanaan kebijakan pengelolaan bagian Bedah Sentral sesuai kebijakan yang telah ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi atas kesesuaian prosedur yang dilakukan di Instalasi Bedah Sentral.
 - c. Memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Bedah Sentral;

- d. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Bedah Sentral;
- e. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur atau bidang terkait, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Bedah Sentral;
- f. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan tenaga di Instalasi Bedah Sentral sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagaan yang berlaku di Rumah Sakit;
- g. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai pelayanan Bedah Sentral yang bersifat internal; dan
- h. mengusulkan kebutuhan sarana dan prasarana di Instalasi Bedah Sentral kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 57

- (1) Instalasi Farmasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf f merupakan unsur organisasi pelaksana yang menyelenggarakan fungsi kefarmasian di bawah pimpinan seorang Apoteker dan memenuhi persyaratan secara hukum untuk mengadakan, menyediakan, dan mengelola seluruh aspek penyediaan perbekalan kesehatan di Rumah Sakit.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Farmasi harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memenuhi kualifikasi pendidikan apoteker
 - c. memiliki STR dan SIP Apoteker di Rumah Sakit;
 - d. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi Farmasi; dan
 - e. memiliki pengalaman bekerja di Rumah Sakit 3 (tiga) tahun pada bidang Farmasi.
- (3) Kepala Instalasi Farmasi mempunyai tugas pokok:
 - a. memimpin pelayanan di Instalasi Farmasi;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Farmasi; dan
 - c. melaksanakan pengawasan, evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Farmasi.

- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (4) Kepala Instalasi Farmasi mempunyai tugas:
- a. melakukan kegiatan utama di Instalasi farmasi sesuai bidang keprofesian, meliputi:
 1. mengoordinir dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang ada di Instalasi Farmasi;
 2. bertanggung jawab terhadap laporan penggunaan obat narkotika dan psikotropika serta laporan penggunaan obat generik di Rumah Sakit;
 3. menyediakan informasi dan edukasi serta konseling bagi pasien dan masyarakat di Rumah Sakit; dan
 4. memonitor dan evaluasi pelayanan farmasi;
 - b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 1. merencanakan sistem pelayanan farmasi yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Farmasi maupun pelayanan pemeriksaan farmasi bagi pasien;
 2. menyusun rencana kebutuhan tenaga instalasi farmasi meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 3. menyusun program pengembangan pegawai instalasi farmasi sesuai dengan kebutuhan;
 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;
 5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi farmasi;
 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 8. menyusun program pengendalian mutu; dan
 9. menyusun standar prosedur operasional;
 10. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan dan Tahunan sesuai regulasi internal;
 - c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
 1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Farmasi terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi farmasi dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;

3. menjamin penyelenggaraan pelayanan di Instalasi Farmasi secara efektif dan efisien;
 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan;
 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;
 6. memotivasi pegawai di instalasi farmasi untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;
 7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi farmasi sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait sumber daya manusia, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang terkait; dan
 9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi terkait dengan pekerjaannya sebagai Kepala Instalasi farmasi;
- d. melaksanakan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi farmasi dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan instalasi farmasi;
 3. memberikan arahan kepada pegawai di lingkungan farmasi dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di Instalasi farmasi;
 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi farmasi; dan
 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Farmasi, diantaranya memastikan obat-obatan yang diberikan kepada pasien merupakan obat-obatan yang tidak kedaluwarsa (*expired*), mencegah kesalahan prosedur dan memastikan kesesuaian pemberian tindakan sesuai indikasi pasien;

- e. melaksanakan evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
 - 1. mendukung budaya keselamatan, budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 - 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan Instalasi farmasi; dan
 - 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di Instalasi farmasi.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Farmasi bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (6) Kepala Instalasi Farmasi berwenang:
 - a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Farmasi tentang pelaksanaan kebijakan pengelolaan bagian Farmasi sesuai kebijakan yang telah ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi atas kesesuaian prosedur yang dilakukan di Instalasi Farmasi;
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Farmasi;
 - d. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Farmasi;
 - e. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur atau bidang terkait, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Farmasi;
 - f. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan tenaga di Instalasi Farmasi sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagaan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - g. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai pelayanan Farmasi yang bersifat internal; dan
 - h. mengusulkan kebutuhan sarana dan prasarana di Instalasi Farmasi kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 58

- (1) Instalasi Laboratorium sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf g merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan penunjang yang bertujuan membantu diagnose suatu penyakit sehingga dokter dapat menangani suatu penyakit dengan tepat, cepat dan akurat.

- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Laboratorium harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memenuhi kualifikasi pendidikan profesi:
 1. dokter spesialis patologi klinik; atau
 2. dokter umum yang memiliki sertifikat khusus;
 - c. memiliki STR dan SIP di Rumah Sakit;
 - d. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi Laboratorium;
 - e. pengalaman bekerja di Rumah Sakit minimal selama 2 (dua) tahun atau pengalaman bekerja di rumah sakit pada bidang laboratorium selama 1 (satu) tahun.
- (3) Kepala Instalasi Laboratorium mempunyai tugas pokok:
- a. memimpin pelayanan di Instalasi Laboratorium;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Laboratorium; dan
 - c. melaksanakan pengawasan, evaluasi dan tindak lanjut segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Laboratorium.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Laboratorium mempunyai tugas:
- a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Laboratorium sesuai bidang keprofesian, meliputi:
 1. melaksanakan pelayanan laboratorium sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. memonitor dan mengevaluasi semua jenis pelayanan laboratorium; dan
 3. mereviu dan tindak lanjut hasil pemeriksaan laboratorium rujukan;
 - b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 1. merencanakan sistem pelayanan laboratorium yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Laboratorium maupun pelayanan pemeriksaan laboratorium bagi pasien;
 2. menyusun rencana kebutuhan pegawai Instalasi Laboratorium meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 3. menyusun program pengembangan pegawai Instalasi Laboratorium sesuai dengan kebutuhan;
 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;

5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Laboratorium;
 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 8. menyusun program pengendalian mutu;
 9. menyusun standar prosedur operasional;
 10. membantu proses penyusunan laporan bulanan dan tahunan sesuai regulasi internal.
- c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan meliputi:
1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Laboratorium terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Laboratorium dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 3. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan laboratorium secara efektif dan efisien;
 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan;
 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;
 6. memotivasi pegawai di Instalasi Laboratorium untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;
 7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di instalasi Laboratorium sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang atau seksi terkait; dan
 9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi terkait yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai kepala Instalasi Laboratorium;
- d. melaksanakan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Laboratorium dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Laboratorium;

3. memberikan arahan kepada pegawai di lingkungan laboratorium dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di Instalasi Laboratorium;
 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Laboratorium;
 6. mengawasi pelaksanaan pemeriksaan laboratorium di Rumah Sakit, diantaranya memastikan reagen yang diberikan kepada pasien adalah reagen yang tidak kedaluwarsa, mencegah kesalahan prosedur dan memastikan kesesuaian pemberian tindakan sesuai dengan regulasi yang berlaku;
 7. mengawasi pelaksanaan proses permintaan darah;
 8. mengawasi pelaksanaan proses penyimpanan darah;
 9. mengawasi pelaksanaan proses tes kecocokan; dan
 10. mengawasi pelaksanaan proses distribusi darah;
- e. evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan laboratorium; dan
 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di Instalasi Laboratorium.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Laboratorium bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Wewenang Kepala Instalasi Laboratorium adalah:
- a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Laboratorium tentang pelaksanaan kebijakan pengelolaan bagian laboratorium sesuai kebijakan yang telah ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi atas kesesuaian prosedur di Instalasi Laboratorium;
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Laboratorium;
 - d. memberikan teguran lisan kepada pegawai di Instalasi Laboratorium;
 - e. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Laboratorium;

- f. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur atau bidang terkait, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Laboratorium;
- g. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan tenaga di bagian laboratorium sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagakerjaan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai pelayanan kelaboratoriuman yang bersifat internal; dan
- i. penyusunan sarana dan prasarana di Instalasi Laboratorium dan diusulkan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 59

- (1) Instalasi Radiologi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf h merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan penunjang medis Rumah Sakit yang berperan penting dalam membantu menegakkan diagnosa melalui gambaran anatomi tubuh yang ditampilkan dalam film radiografi.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Radiologi harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memenuhi kualifikasi pendidikan profesi program dokter spesialis radiologi;
 - c. memiliki STR dan SIP di Rumah Sakit;
 - d. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi Radiologi; dan
 - e. pengalaman bekerja di Rumah Sakit 2 (dua) tahun atau pengalaman bekerja di Rumah Sakit dalam bidang radiologi selama 1 (satu) tahun
- (3) Kepala Instalasi Radiologi mempunyai tugas pokok:
 - a. memimpin pelayanan di Instalasi Radiologi;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Radiologi; dan
 - c. melakukan pengawasan, melaksanakan evaluasi dan tindak lanjut segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Radiologi.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Radiologi mempunyai tugas:

- a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Radiologi sesuai bidang keprofesian, meliputi:
 - 1. mengawasi terlaksanannya pelayanan radiologi;
 - 2. mengawasi pelaksanaan administrasi;
 - 3. melaksanakan program kendali mutu; dan
 - 4. memonitor dan evaluasi semua jenis pelayanan radiologi;
- b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 - 1. merencanakan sistem pelayanan radiologi yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Radiologi maupun pelayanan pemeriksaan radiologi bagi pasien;
 - 2. menyusun rencana kebutuhan pegawai Instalasi Radiologi meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 - 3. menyusun program pengembangan pegawai Instalasi Radiologi sesuai dengan kebutuhan;
 - 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;
 - 5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 - 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Radiologi;
 - 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 - 8. menyusun program pengendalian mutu;
 - 9. menyusun standar prosedur operasional;
 - 10. membantu proses penyusunan laporan bulanan dan tahunan sesuai regulasi internal;
- c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
 - 1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Radiologi terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Radiologi dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 - 3. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan Instalasi Radiologi secara efektif dan efisien;
 - 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan;
 - 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;

6. memotivasi pegawai di lingkungan Instalasi Radiologi untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;
 7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi Radiologi sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang atau seksi terkait; dan
 9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi terkait yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai kepala Instalasi Radiologi;
- d. melaksanakan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Radiologi dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Radiologi;
 3. memberikan arahan kepada pegawai Instalasi Radiologi dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di Instalasi Radiologi;
 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Radiologi; dan
 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Radiologi, diantaranya mencegah kesalahan prosedur dan memastikan kesesuaian pemberian tindakan sesuai dengan pengantar pemeriksaan atau indikasi pasien, jika diperlukan;
- e. melaksanakan fungsi evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
1. mendukung budaya keselamatan dengan membudayakan berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan.
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan di Instalasi Radiologi; dan
 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di Instalasi Radiologi.

- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Radiologi bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (6) Wewenang Kepala Instalasi Radiologi adalah:
 - a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Radiologi tentang pelaksanaan kebijakan pengelolaan radiologi sesuai kebijakan yang telah ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi atas kesesuaian prosedur yang dilakukan di Instalasi Radiologi
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Radiologi;
 - d. memberikan teguran lisan kepada pegawai di Instalasi Radiologi;
 - e. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Radiologi;
 - f. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Radiologi;
 - g. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan pegawai di bagian radiologi sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagakerjaan yang berlaku di Rumah Sakit
 - h. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai pelayanan keradiologian yang bersifat internal; dan
 - i. penyusunan sarana dan prasarana di Instalasi Radiologi dan diusulkan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 60

- (1) Instalasi Gizi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf i merupakan unsur organisasi pelaksana yang menyelenggarakan pelayanan gizi secara efektif dan efisien, meliputi: penyediaan, pengolahan dan penyaluran makanan.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Instalasi Gizi harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki ijazah sarjana (S-1) gizi diutamakan telah menempuh pendidikan profesi gizi (*registered dietisien*) atau nutrisisionis teregistrasi;
 - c. memiliki STR dan SIP di Rumah Sakit;
 - d. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan

- di Instalasi Gizi; dan
 - e. berpengalaman bekerja di Rumah Sakit paling singkat selama 2 (dua) tahun.
- (3) Kepala Instalasi Gizi mempunyai tugas pokok:
- a. memimpin pelayanan di Instalasi Gizi;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Gizi; dan
 - c. melakukan pengawasan, melaksanakan evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Gizi.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Gizi mempunyai tugas:
- a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Gizi sesuai bidang keprofesian, antara lain:
 - 1. melakukan kunjungan dan asuhan gizi kepada pasien rawat inap dan rawat jalan;
 - 2. melakukan pengawasan/supervisi kegiatan produksi dan distribusi makanan;
 - 3. melakukan kegiatan penelitian dan pengembangan gizi terapan; dan
 - 4. bertindak sebagai penanggung jawab data pada pengukuran indikator mutu instalasi;
 - b. melakukan fungsi perencanaan, meliputi:
 - 1. menyusun program kerja mengenai evaluasi, peningkatan, dan pengembangan pelayanan gizi secara berkala;
 - 2. menyusun pedoman pengorganisasian tahunan;
 - 3. merencanakan sistem pelayanan gizi yang optimal dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Gizi;
 - 4. menyusun rencana kebutuhan pegawai Instalasi Gizi meliputi kualifikasi, jumlah, dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 - 5. menyusun program pengembangan pegawai dan pelaksana di instalasi gizi sesuai kebutuhan;
 - 6. menyusun siklus menu secara berkala 6 (enam) bulan sekali;
 - 7. menyusun standar diet dan standar porsi;
 - 8. menyusun spesifikasi bahan makanan;
 - 9. menyusun kebutuhan belanja bahan makanan harian dan mingguan, dan bulanan;
 - 10. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;

11. menyusun rencana kebutuhan pengadaan peralatan sesuai kebutuhan;
 12. menyusun rencana anggaran pendapatan dan belanja;
 13. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 14. menyusun program pengendalian mutu;
 15. menyusun standar prosedur operasional; dan
 16. membantu proses penyusunan laporan bulanan dan tahunan sesuai regulasi internal;
- c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Gizi terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu pelayanan gizi dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu tersebut;
 3. melaksanakan edukasi gizi atau promosi gizi kepada masyarakat luas apabila diperlukan;
 4. memotivasi pegawai di instalasi gizi untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;
 5. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai arahan Direktur atau bidang atau seksi terkait; dan
 6. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi terkait yang berkaitan dengan pekerjaan sebagai Kepala Instalasi Gizi.
- d. melaksanakan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Gizi dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing pegawai;
 2. mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Gizi;
 3. memberikan arahan kepada pegawai pelaksana gizi dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaan masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja seluruh pegawai di Instalasi Gizi; dan
 5. mengawasi penggunaan peralatan, bahan habis pakai, dan bahan makanan di Instalasi Gizi;

- e. evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
 - 1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, serta budaya tidak saling menyalahkan
 - 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap pelayanan gizi; dan
 - 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di Instalasi Gizi.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Gizi bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Kepala Instalasi Gizi berwenang:
 - a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Gizi tentang pelaksanaan kebijakan pelayanan dan pengorganisasian yang ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi/pengawasan atas kesesuaian prosedur kerja yang dilakukan di Instalasi Gizi;
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Gizi;
 - d. memberikan teguran lisan kepada pegawai di Instalasi Gizi;
 - e. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Gizi;
 - f. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Gizi;
 - g. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan pegawai di Instalasi Gizi sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagakerjaan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai pelayanan gizi; dan
 - i. penyusunan sarana dan prasarana di Instalasi Gizi dan diusulkan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 61

- (1) Instalasi Rehabilitasi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf j merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan terapi untuk mengembalikan fungsi tubuh yang mengalami masalah setelah menjalani pengobatan atau operasi akibat cedera parah, infeksi, stroke, maupun tumor.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memenuhi kualifikasi pendidikan profesi:
 1. dokter spesialis rehabilitasi medis; atau
 2. dokter umum yang terlatih rehabilitasi medik;
 - b. memiliki STR dan SIR di Rumah Sakit;
 - c. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi Rehabilitasi Medis; dan
 - d. pengalaman bekerja di Rumah Sakit 2 (dua) tahun atau pengalaman bekerja di Rumah Sakit dalam bidang rehabilitasi medik selama 1 (satu) tahun.
- (3) Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis mempunyai tugas pokok:
 - a. memimpin pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medis;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Rehabilitasi Medis; dan
 - c. melaksanakan pengawasan, evaluasi dan tindak lanjut segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Rehabilitasi Medis.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis mempunyai tugas:
 - a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Rehabilitasi Medis sesuai bidang keprofesian, antara lain:
 1. menyelenggarakan kegiatan pelayanan Instalasi Rehabilitasi medis;
 2. melakukan pengawasan/supervisi tindakan dan penggunaan alat di Instalasi Rehabilitasi Medis; dan
 3. bertindak sebagai penanggung jawab data pada pengukuran indikator mutu di Instalasi Rehabilitasi Medis;
 - b. melakukan fungsi perencanaan, meliputi:

1. merencanakan sistem pelayanan Rehabilitasi Medis yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Rehabilitasi Medis maupun pelayanan pemeriksaan Rehabilitasi Medis bagi pasien;
 2. menyusun rencana kebutuhan pegawai Instalasi Rehabilitasi Medis meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 3. menyusun program pengembangan pegawai Instalasi Rehabilitasi Medis sesuai dengan kebutuhan;
 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;
 5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Rehabilitasi Medis;
 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 8. menyusun program pengendalian mutu; dan
 9. menyusun standar prosedur operasional;
 10. membantu proses penyusunan laporan bulanan dan tahunan sesuai regulasi internal;
- c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Rehabilitasi Medis terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Rehabilitasi Medis dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 3. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan Instalasi Rehabilitasi Medis secara efektif dan efisien;
 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien, jika diperlukan;
 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;
 6. memotivasi pegawai di instalasi Instalasi Rehabilitasi Medis untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;

7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi Rehabilitasi Medis sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang terkait; dan
 9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi terkait yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai kepala Instalasi Rehabilitasi Medis;
- d. melaksanakan fungsi pengawasan, meliputi:
1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Rehabilitasi Medis terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Rehabilitasi Medis dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 3. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Rehabilitasi Medis;
 4. memberikan arahan kepada pegawai Instalasi Rehabilitasi Medis dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 5. mengawasi disiplin kerja pegawai di Instalasi Rehabilitasi Medis;
 6. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Rehabilitasi Medis; dan
 7. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Rehabilitasi Medis, diantaranya mencegah kesalahan prosedur dan memastikan kesesuaian pemberian tindakan sesuai dengan pengantar pemeriksaan atau indikasi pasien, jika diperlukan;
- e. melaksanakan fungsi evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, serta budaya tidak saling menyalahkan
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap pelayanan Rehabilitasi Medis; dan
 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di Instalasi Rehabilitasi Medis.

- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis berwenang:
- a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Rehabilitasi Medis tentang pelaksanaan kebijakan pelayanan dan pengorganisasian yang ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi/pengawasan atas kesesuaian prosedur kerja yang dilakukan di Instalasi Rehabilitasi Medis;
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Rehabilitasi Medis;
 - d. memberikan teguran lisan kepada pegawai di Instalasi Rehabilitasi Medis;
 - e. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medis;
 - f. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Rehabilitasi Medis;
 - g. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan pegawai di Instalasi Rehabilitasi Medis sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagakerjaan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai Instalasi Rehabilitasi Medis; dan
 - i. menyusun sarana dan prasarana di Instalasi Rehabilitasi Medis dan diusulkan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 62

- (1) Instalasi Pemulasaraan Jenazah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf k merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan atau penanganan yang dilakukan pada jenazah pasien yang dirawat di Rumah Sakit baik bagi jenazahnya maupun keluarganya.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki kualifikasi pendidikan minimal:
 1. pendidikan profesi dokter spesialis forensik;

2. pendidikan sarjana (S-1) Kesehatan yang mempunyai sertifikat pelatihan khusus;
 - c. pernah mengikuti pelatihan rukti jenazah; dan
 - d. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi Pemulasaraan Jenazah; dan
 - e. pengalaman bekerja di Rumah Sakit paling singkat selama 2 (dua) tahun atau pengalaman bekerja di Rumah Sakit dalam bidang pemulasaraan jenazah selama 1 (satu) tahun.
- (3) Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah mempunyai tugas pokok:
- a. memimpin pelayanan di Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Pemulasaraan; dan
 - c. melakukan pengawasan, evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Pemulasaraan Jenazah.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah mempunyai tugas:
- a. melakukan kegiatan utama di Pemulasaraan Jenazah sesuai bidang keprofesian, meliputi:
 1. melaksanakan pelayanan Pemulasaraan Jenazah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. memonitor dan mengevaluasi semua jenis pelayanan Pemulasaraan Jenazah; dan
 3. mereviu dan menindaklanjuti hasil pemeriksaan Pemulasaraan Jenazah;
 - b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 1. merencanakan sistem pelayanan Pemulasaraan Jenazah yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 2. menyusun usulan kebutuhan pegawai di lingkungan instalasi Pemulasaraan Jenazah meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 3. menyusun program pengembangan pegawai di lingkungan instalasi Pemulasaraan Jenazah sesuai dengan kebutuhan;
 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;

5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 8. menyusun program pengendalian mutu;
 9. menyusun Standar Prosedur Operasional; dan
 10. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan dan Tahunan sesuai regulasi internal;
- c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Pemulasaraan Jenazah terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Pemulasaraan Jenazah dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 3. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan Pemulasaraan Jenazah secara efektif dan efisien;
 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan;
 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;
 6. memotivasi pegawai di instalasi Pemulasaraan Jenazah untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;
 7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi Pemulasaraan Jenazah sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang terkait;
 9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
- d. melakukan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Pemulasaraan Jenazah dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;

2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 3. memberikan arahan kepada pegawai di lingkungan Instalasi Pemulasaraan Jenazah dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Pemulasaraan Jenazah; dan
 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
- e. melaksanakan evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan Instalasi Pemulasaraan Jenazah; dan
 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Pemulasaraan Jenazah.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah berwenang:
- a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Pemulasaraan Jenazah tentang pelaksanaan kebijakan pelayanan dan pengorganisasian yang ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi/pengawasan atas kesesuaian prosedur kerja yang dilakukan di Instalasi Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 - d. memberikan teguran lisan kepada pegawai di Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 - e. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 - f. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Pemulasaraan Jenazah;

- g. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan pegawai di Instalasi Pemulasaraan Jenazah sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagakerjaan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai Instalasi Pemulasaraan Jenazah; dan
- i. menyusun sarana dan prasarana di Instalasi Pemulasaraan Jenazah dan diusulkan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 63

- (1) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf 1 merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan kegiatan teknis instalasi, pemeliharaan dan perbaikan, agar fasilitas yang menunjang pelayanan kesehatan di Rumah Sakit meliputi: sarana, prasarana dan peralatan alat kesehatan Rumah Sakit.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. memenuhi kualifikasi pendidikan minimal:
 - 1. Diploma III (D-III) kesehatan lingkungan; atau
 - 2. Diploma III (D-III) kesehatan lainnya yang memiliki sertifikat khusus;
 - b. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; dan
 - c. pengalaman bekerja di Rumah Sakit paling singkat selama 2 (dua) tahun atau pengalaman bekerja di Rumah Sakit dalam bidang Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit paling singkat selama 1 (satu) tahun.
- (3) Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit mempunyai tugas pokok:
 - a. memimpin di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; dan
 - c. melakukan pengawasan, evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.

- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit mempunyai tugas:
- a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Rawat Inap meliputi:
 1. melaksanakan pengamanan di lingkungan Rumah Sakit dari kejahatan perorangan, kehilangan, kerusakan atau perusakan barang milik Rumah Sakit/ pribadi;
 2. menyediakan fasilitas yang aman sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 3. menyelenggarakan kegiatan teknis pemeriksaan fasilitas, pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana dan peralatan di Rumah Sakit;
 4. menyiapkan dan mengolah data inventarisasi sarana, prasarana dan peralatan di Rumah Sakit; dan
 5. melakukan proses perizinan yang berhubungan dengan bidang umum;
 - b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 1. merencanakan sistem pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 2. menyusun usulan kebutuhan pegawai di lingkungan instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 3. menyusun program pengembangan pegawai di lingkungan instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan;
 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;
 5. menyusun rencana menyiapkan dan melaksanakan penyediaan prasarana kebutuhan Rumah Sakit;
 6. menyiapkan dan melaksanakan penelaahaan teknis dalam kegiatan pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana dan peralatan Rumah Sakit yang dilaksanakan oleh pihak lain;
 7. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 8. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 9. menyusun program pengendalian mutu;
 10. menyusun Standar Prosedur Operasional; dan

11. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan dan Tahunan sesuai regulasi internal;
- c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 3. melakukan penilaian risiko pra konstruksi (*pra construction risk assesment*) pada setiap kegiatan konstruksi, renovasi atau penghancuran bangunan/*demolish*;
 4. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit secara efektif dan efisien;
 5. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien, jika diperlukan;
 6. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;
 7. memotivasi pegawai di lingkungan di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;
 8. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 9. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang atau seksi terkait; dan
 10. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
- d. melakukan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;

2. melakukan monitoring atau pengawasan semua orang yang berada di Rumah Sakit menggunakan identitas antara lain:
 - a) pasien menggunakan gelang;
 - b) penunggu pasien menggunakan kartu tunggu pasien;
 - c) tamu menggunakan kartu visitor;
 - d) pekerja menggunakan rompi pekerja; dan
 - e) seluruh pegawai dan semua orang yang bekerja di Rumah Sakit menggunakan kartu identitas;
 3. melakukan monitoring secara langsung atau melalui televisi sirkuit tertutup (*closed circuit television*) pada area terbatas seperti:
 - a) ruang bayi;
 - b) kamar operasi; dan
 - c) area berisiko lainnya seperti: ruang anak, lanjut usia, dan keluarga pasien yang rentan yang tidak dapat melindungi diri sendiri;
 4. melaksanakan kegiatan pengawasan dalam pelaksanaan pengadaan, pemasangan, pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana dan peralatan di Rumah Sakit;
 5. melaksanakan pengawasan dan pengoperasian peralatan Rumah Sakit;
 6. mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 7. memberikan arahan kepada pegawai di lingkungan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 8. mengawasi disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 9. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; dan
 10. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
- e. melaksanakan evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; dan

3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit bertanggung jawab kepada Direktur.
 - (6) Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit berwenang:
 - a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit tentang pelaksanaan kebijakan pelayanan dan pengorganisasian yang ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi/pengawasan atas kesesuaian prosedur kerja yang dilakukan di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - d. memberikan teguran lisan kepada pegawai di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - e. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - f. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - g. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan pegawai di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagakerjaan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit yang bersifat internal; dan
 - i. penyusunan sarana dan prasarana di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit dan diusulkan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 64

- (1) Instalasi Binatu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf m merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan sterilisasi dan binatu pada instrumen dan linen yang digunakan oleh pasien maupun yang digunakan oleh tenaga kesehatan.

- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Binatu harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memenuhi kualifikasi pendidikan sarjana (S-1) kesehatan lingkungan atau kesehatan lainnya;
 - c. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi Binatu; dan
 - d. memiliki pengalaman bekerja di Rumah Sakit atau pengalaman dalam bidang Binatu.
- (3) Kepala Instalasi Binatu mempunyai tugas pokok:
- a. memimpin pelayanan di Instalasi Binatu;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Binatu; dan
 - c. melakukan pengawasan, serta melaksanakan evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Binatu.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Binatu mempunyai tugas:
- a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Binatu meliputi:
 1. mengarahkan semua aktivitas pegawai yang berkaitan dengan persediaan linen (*supply linen*) bagi perawatan pasien di Rumah Sakit;
 2. menentukan metoda yang efektif bagi penyiapan dan penanganan linen Rumah Sakit;
 3. bertanggung jawab agar pegawai mengerti akan prosedur dan penggunaan mesin binatu secara benar; dan
 4. memastikan bahwa teknik *First In First Out* (FIFO) diterapkan pada saat penyiapan dan penanganan linen;
 - b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 1. merencanakan sistem pelayanan Binatu yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Binatu;
 2. menyusun usulan kebutuhan pegawai di lingkungan instalasi Binatu meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 3. menyusun program pengembangan pegawai di lingkungan instalasi Binatu sesuai dengan kebutuhan;
 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;

5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Binatu;
 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 8. menyusun program pengendalian mutu;
 9. menyusun Standar Prosedur Operasional; dan
 10. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan dan Tahunan sesuai regulasi internal;
- c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Binatu terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Binatu dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 3. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan Binatu secara efektif dan efisien;
 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan;
 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;
 6. memotivasi pegawai di instalasi Binatu untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;
 7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi Binatu sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang atau seksi terkait; dan
 9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai Kepala Binatu;
- d. melakukan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Binatu dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Binatu;

3. memberikan arahan kepada pegawai di lingkungan Instalasi Binatu dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Binatu;
 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Binatu; dan
 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Binatu;
- e. melaksanakan evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan Instalasi Binatu; dan
 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Binatu.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Binatu bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (6) Kepala Instalasi Binatu berwenang:
- a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Binatu tentang pelaksanaan kebijakan pelayanan dan pengorganisasian yang ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi/pengawasan atas kesesuaian prosedur kerja yang dilakukan di Instalasi Binatu;
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Binatu;
 - d. memberikan teguran lisan kepada pegawai di Instalasi Binatu;
 - e. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Binatu;
 - f. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Binatu;
 - g. menentukan dan mengusulkan posisi jabatan dan penambahan pegawai di Instalasi Binatu sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagakerjaan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai Instalasi Binatu yang bersifat internal; dan

- i. penyusunan sarana dan prasarana di Instalasi Binatu dan diusulkan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 65

- (1) Instalasi Rekam Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf n merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan layanan pengelolaan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien yang dikelola oleh Instalasi Rekam Medis.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Rekam Medis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki kualifikasi pendidikan minimal Diploma III (D-III) rekam medis;
 - c. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi Rekam Medis; dan
 - d. memiliki pengalaman bekerja di Rumah Sakit paling singkat selama 2 (dua) tahun atau pengalaman bekerja di Rumah Sakit dalam bidang rekam medis paling singkat selama 1 (satu) tahun.
- (3) Kepala Instalasi Rekam Medis mempunyai tugas pokok:
 - a. memimpin pelayanan di Instalasi Rekam Medis;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Rekam Medis; dan
 - c. melaksanakan pengawasan, evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Rekam Medis.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Rekam Medis mempunyai tugas:
 - a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Rawat Inap meliputi:
 1. menyusun Standar Pelayanan Operasional yang berkaitan tentang pelayanan rekam medis;
 2. merencanakan dan membuat kriteria dalam rangka retensi berkas rekam medis;
 3. memeriksa kebenaran kode penyakit dan kode tindakan medis;

4. membuat dan menyajikan laporan kegiatan medis Rumah Sakit untuk kepentingan Rumah Sakit maupun pihak lain yang berkepentingan; dan
 5. melaksanakan penilaian terhadap rekam medis in aktif untuk menilai berkas rekam medis bernilai guna atau tidak;
- b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
1. merencanakan sistem pelayanan Rekam Medis yang optimal terhadap pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Rekam Medis;
 2. menyusun usulan kebutuhan pegawai di lingkungan instalasi Rekam Medis meliputi kualifikasi, jumlah dan formasi sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 3. menyusun program pengembangan pegawai di lingkungan instalasi Rekam Medis sesuai dengan kebutuhan;
 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;
 5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Rekam Medis;
 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 8. menyusun program pengendalian mutu;
 9. menyusun Standar Prosedur Operasional; dan
 10. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan dan Tahunan sesuai regulasi internal;
- c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Rekam Medis terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Rekam Medis dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 3. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan Rekam Medis secara efektif dan efisien;
 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan;
 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;
 6. memotivasi pegawai di Instalasi Rekam Medis untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;

7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi Rekam Medis sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang atau seksi terkait;
 9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai Kepala Instalasi Rekam Medis;
- d. melakukan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Rekam Medis dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Rekam Medis;
 3. memberikan arahan kepada pegawai di lingkungan Instalasi Rekam Medis dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Rekam Medis;
 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Rekam Medis; dan
 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Rekam Medis;
- e. melaksanakan evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan Instalasi Rekam Medis; dan
 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Rekam Medis.
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Rekam Medis bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Kepala Instalasi Rekam Medis berwenang:

- a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Rekam Medis tentang pelaksanaan kebijakan pelayanan dan pengorganisasian yang ditetapkan Direktur;
- b. melakukan supervisi/pengawasan atas kesesuaian prosedur kerja yang dilakukan di Instalasi Rekam Medis;
- c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Rekam Medis;
- d. memberikan teguran lisan kepada pegawai di Instalasi Rekam Medis;
- e. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Rekam Medis;
- f. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Rekam Medis;
- g. menentukan dan mengusulkan posisi jabatan dan penambahan pegawai di Instalasi Rekam Medis sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagakerjaan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai Instalasi Rekam Medis yang bersifat internal; dan
- i. penyusunan sarana dan prasarana di Instalasi Rekam Medis dan diusulkan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 66

- (1) Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf o merupakan instalasi Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap terwujudnya lingkungan yang sehat di Rumah Sakit meliputi lingkungan luar, lingkungan dalam, termasuk fasilitas dan peralatannya.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memenuhi kualifikasi pendidikan minimal:
 1. Diploma III (D-III) Kesehatan Lingkungan; atau
 2. Diploma III (D-III) kesehatan lainnya yang memiliki sertifikat khusus;

- c. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi Kesehatan Lingkungan; dan
 - d. memiliki pengalaman dan kompetensi pada bidang kesehatan lingkungan Rumah Sakit.
- (3) Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan mempunyai tugas pokok:
- a. memimpin pelayanan di Instalasi Kesehatan Lingkungan;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Kesehatan Lingkungan; dan
 - c. melaksanakan pengawasan, evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Kesehatan Lingkungan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan mempunyai tugas:
- a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Kesehatan Lingkungan meliputi:
 1. penyehatan air bersih;
 2. pengelolaan limbah cair dan limbah padat;
 3. pengelolaan sampah umum;
 4. penyehatan fisik dan udara ruang;
 5. pengendalian serangga dan binatang pengganggu; dan
 6. pencegahan infeksi *nosocomial*;
 - b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 1. merencanakan sistem pelayanan Kesehatan Lingkungan yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Kesehatan Lingkungan;
 2. menyusun usulan kebutuhan pegawai di lingkungan instalasi Kesehatan Lingkungan meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 3. menyusun program pengembangan pegawai di lingkungan instalasi Kesehatan Lingkungan sesuai dengan kebutuhan;
 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;
 5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Kesehatan Lingkungan;

7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 8. menyusun program pengendalian mutu;
 9. menyusun Standar Prosedur Operasional; dan
 10. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan dan Tahunan sesuai regulasi internal;
- c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Kesehatan Lingkungan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Kesehatan Lingkungan dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 3. mengorganisasi penyelenggaraan di Instalasi Kesehatan Lingkungan secara efektif dan efisien;
 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan;
 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;
 6. memotivasi pegawai di Instalasi Kesehatan Lingkungan untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;
 7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi Kesehatan Lingkungan sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang atau seksi terkait; dan
 9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan;
- d. melakukan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Kesehatan Lingkungan dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Kesehatan Lingkungan;

3. memberikan arahan kepada pegawai di lingkungan Instalasi Kesehatan Lingkungan dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Kesehatan Lingkungan;
 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Kesehatan Lingkungan; dan
 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Kesehatan Lingkungan;
- e. melaksanakan evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan Instalasi Kesehatan Lingkungan; dan
 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Kesehatan Lingkungan.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan berwenang:
- a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Kesehatan Lingkungan tentang pelaksanaan kebijakan pelayanan dan pengorganisasian yang ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi/pengawasan atas kesesuaian prosedur kerja yang dilakukan di Instalasi Kesehatan Lingkungan;
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Kesehatan Lingkungan;
 - d. memberikan teguran lisan kepada pegawai di Instalasi Kesehatan Lingkungan;
 - e. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Kesehatan Lingkungan;
 - f. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Kesehatan Lingkungan;
 - g. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan pegawai di Instalasi Kesehatan Lingkungan sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagakerjaan yang berlaku di Rumah Sakit;

- h. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai Instalasi Kesehatan Lingkungan yang bersifat internal; dan
- i. penyusunan sarana dan prasarana di Instalasi Kesehatan Lingkungan dan diusulkan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 67

- (1) Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf p merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan sterilisasi dengan fasilitas untuk menerima, mendesinfeksi, membersihkan, mengemas, mensterilkan, menyimpan dan mendistribusikan alat yang dapat dipakai berulang kali dan alat sekali pakai sesuai dengan standar operasional prosedur.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memenuhi kualifikasi pendidikan minimal:
 - 1. Diploma III (D-III) Kesehatan Lingkungan; atau
 - 2. Diploma III (D-III) kesehatan lainnya yang memiliki sertifikat khusus;
 - c. pernah mengikuti pelatihan sterilisasi;
 - d. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis dan
 - e. pengalaman bekerja di Rumah Sakit paling singkat selama 2 (dua) tahun atau pengalaman bidang Sentral Sterilisasi Alat Medis paling singkat selama 1 (satu) tahun
- (3) Kepala Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis mempunyai tugas pokok:
 - a. memimpin pelayanan di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis; dan
 - c. melaksanakan pengawasan, evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis.

- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Kepala Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis mempunyai tugas:
- a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis meliputi:
 1. menjamin mengelola pelayanan sterilisasi alat medis;
 2. mengarahkan semua aktivitas pegawai yang berkaitan dengan ketersediaan alat medis steril bagi perawatan pasien di Rumah Sakit;
 3. mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan, ketrampilan dan pengembangan diri/personel lain;
 4. menentukan metode yang efektif bagi penyiapan dan penanganan alat/bahan steril;
 5. memastikan bahwa teknik sterilisasi diterapkan pada saat penyiapan dan penanganan alat steril baik yang sekali pakai atau pemakaian ulang; dan
 6. melaksanakan koordinasi dengan unit pelayanan lain di Rumah Sakit;
 - b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 1. merencanakan sistem pelayanan Sentral Sterilisasi Alat Medis yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis;
 2. menyusun usulan kebutuhan pegawai di lingkungan instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 3. menyusun program pengembangan pegawai di lingkungan instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis sesuai dengan kebutuhan;
 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;
 5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis;
 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 8. menyusun program pengendalian mutu;
 9. menyusun Standar Prosedur Operasional; dan
 10. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan dan Tahunan sesuai regulasi internal;
 - c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:

1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 3. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan Sentral Sterilisasi Alat Medis secara efektif dan efisien;
 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien, dalam hal dianggap perlu;
 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;
 6. memotivasi pegawai di lingkungan rawat inap untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;
 7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang terkait; dan
 9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai Kepala Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis;
- d. melakukan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis;
 3. memberikan arahan kepada pegawai di lingkungan Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis;

5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis; dan
 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis;
- e. melaksanakan evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis; dan
 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Kepala Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis berwenang:
- a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis tentang pelaksanaan kebijakan pelayanan dan pengorganisasian yang ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi/pengawasan atas kesesuaian prosedur kerja yang dilakukan di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis;
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis;
 - d. memberikan teguran lisan kepada pegawai di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis;
 - e. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis;
 - f. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis;
 - g. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan pegawai di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagakerjaan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis yang bersifat internal; dan

- i. penyusunan sarana dan prasarana di Instalasi Sentral Sterilisasi Alat Medis dan diusulkan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Pasal 68

- (1) Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (2) huruf q merupakan instalasi yang bertugas melakukan perencanaan, pengelolaan, pendistribusian dan perbaikan terhadap alat medis dan gas medis.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memenuhi kualifikasi pendidikan minimal:
 1. Diploma III (D-III) Kesehatan Lingkungan; atau
 2. Diploma III (D-III) kesehatan lainnya yang memiliki sertifikat khusus;
 - c. pernah mengikuti pelatihan pengelolaan alat medis dan/atau gas medis; dan
 - d. mempunyai karakter personal, kemampuan, keuletan, serta bertanggung jawab dan ketrampilan dalam bekerja.
- (3) Kepala Instalasi Peralatan Medis dan Gas Medis mempunyai tugas pokok:
 - a. memimpin pelayanan di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis; dan
 - c. melaksanakan pengawasan, evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat 3 Kepala Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis mempunyai tugas:
 - a. melakukan kegiatan utama di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis meliputi:
 1. menjamin mengelola pelayanan Peralatan Medis Dan Gas Medis; dan
 2. mengelola fasilitas, peralatan, di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis;

- b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 - 1. merencanakan sistem pelayanan Peralatan Medis Dan Gas Medis yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis;
 - 2. menyusun usulan kebutuhan pegawai di lingkungan Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 - 3. menyusun program pengembangan pegawai di lingkungan Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis sesuai dengan kebutuhan;
 - 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;
 - 5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;
 - 6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis;
 - 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit;
 - 8. menyusun program pengendalian mutu;
 - 9. menyusun Standar Prosedur Operasional; dan
 - 10. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan dan Tahunan sesuai regulasi internal;
- c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
 - 1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu;
 - 3. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan Peralatan Medis Dan Gas Medis secara efektif dan efisien;
 - 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan;
 - 5. menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur;
 - 6. memotivasi pegawai di lingkungan rawat inap untuk meningkatkan produktivitas kerja dan pengembangan diri;

7. bersama dengan Direktur atau bidang atau seksi terkait melakukan analisis perencanaan alat dan fasilitas di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis sesuai dengan perkembangan maupun pemenuhan Renstra BLUD;
 8. merespon dan/atau menindaklanjuti permasalahan terkait pegawai, fasilitas, dan pelayanan secara mandiri maupun sesuai dengan arahan dari Direktur atau bidang atau seksi terkait; dan
 9. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai Kepala Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis;
- d. melakukan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing-masing;
 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis;
 3. memberikan arahan kepada pegawai di lingkungan Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing-masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis;
 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis; dan
 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis;
- e. melaksanakan evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis; dan
 3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis.

- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Kepala Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis berwenang:
- a. memberikan pengarahan dan bimbingan kepada pegawai di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis tentang pelaksanaan kebijakan pelayanan dan pengorganisasian yang ditetapkan Direktur;
 - b. melakukan supervisi/pengawasan atas kesesuaian prosedur kerja yang dilakukan di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis;
 - c. memberikan rekomendasi penilaian kinerja pegawai di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis;
 - d. memberikan teguran lisan kepada pegawai di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis;
 - e. mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pelayanan di Instalasi Peralatan Medis dan Gas Medis;
 - f. memberi saran dan pertimbangan kepada Direktur, khususnya yang berkaitan dengan sistem kerja di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis;
 - g. mengusulkan posisi jabatan dan penambahan pegawai di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis sesuai dengan dasar perhitungan pola ketenagakerjaan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h. membuat kebijakan dan mengambil keputusan mengenai Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis yang bersifat internal; dan
 - i. penyusunan sarana dan prasarana di Instalasi Peralatan Medis Dan Gas Medis dan diusulkan kepada Direktur atau bidang atau seksi terkait.

Paragraf 2

Unit Pelayanan

Pasal 69

- (1) Unit pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 huruf b merupakan organisasi pelaksana pada Rumah Sakit yang merupakan bagian dari Instalasi tertentu untuk menunjang penyelenggaraan tugas dan fungsi Instalasi yang bersangkutan.

- (2) Instalasi tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Instalasi Rawat Jalan;
 - b. Instalasi Rawat Inap;
 - c. Instalasi Gawat Darurat;
 - d. Instalasi Rawat Intensif;
 - e. Instalasi Bedah Sentral;
 - f. Instalasi Farmasi;
 - g. Instalasi Laboratorium;
 - h. Instalasi Radiologi;
 - i. Instalasi Rehabilitasi Medik; dan
 - j. Instalasi Rekam Medis.
- (3) Pembentukan unit pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur berdasarkan analisis organisasi dan kebutuhan.
- (4) Masing-masing unit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang kepala unit pelayanan yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya, kepala unit pelayanan bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Instalasi.

Bagian Kelima
Organisasi Pendukung
Paragraf 1
Satuan Pengawas Internal

Pasal 70

- (1) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf a dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pengawas internal yang berkedudukan langsung di bawah Direktur.
- (3) Pembentukan Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan mempertimbangkan:
 - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - b. kompleksitas manajemen; dan
 - c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.

- (4) Pembentukan Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur selaku Pemimpin BLUD.

Pasal 71

- (1) Satuan Pengawas Internal bertugas membantu manajemen untuk:
 - a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
 - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai satuan pengawas internal yang bersangkutan harus memenuhi syarat:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
 - d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
 - e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
 - f. berijazah paling rendah D-III (Diploma 3);
 - g. pengalaman kerja paling singkat selama 3 (tiga) tahun;
 - h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;
 - i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
 - j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - k. mempunyai sikap independen dan objektif.

Paragraf 2

Manajer Pelayanan Pasien

Pasal 72

- (1) Manajer Pelayanan Pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf b merupakan unsur organisasi pendukung di Rumah Sakit yang menyelenggarakan manajemen pelayanan pasien yang bekerja secara kolaboratif dalam melaksanakan *assesment*, perencanaan, fasilitas, evaluasi dan advokasi sebagai pilihan pelayanan dalam rangka pemenuhan kebutuhan komprehensif pasien dan keluarganya melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia sehingga memberi asuhan pasien yang bermutu dengan biaya yang efektif.
- (2) Manajer Pelayanan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas memfasilitasi kesinambungan pelayanan berfokus pada pasien di masing masing area yang menjadi tanggung jawabnya, yang meliputi area rawat inap, area rawat intensif dan area gawat darurat
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Pelayanan Pasien bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan.
- (4) Manajer Pelayanan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur dari pegawai Aparatur Sipil Negara yang menguasai bidang perumahsakit.
- (5) Penunjukan Manajer Pelayanan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 5

Komite Medik

Pasal 73

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf c merupakan unsur organisasi pendukung yang mempunyai tanggung jawab untuk menerapkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Paragraf 6

Komite Keperawatan

Pasal 74

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf d merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme Kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Pembentukan Komite Keperawatan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Keperawatan terdiri dari seorang Ketua, seorang sekretaris dan 3 (tiga) subkomite.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Keperawatan diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 7

Komite Etik dan Hukum

Pasal 75

- (1) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf e merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan masalah etika Rumah Sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan Rumah Sakit, kebijakan yang terkait dengan Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr.R.Soetijono Blora, gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan Komite Etik dan Hukum ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Etik dan Hukum terdiri dari:
 - a. seorang ketua merangkap anggota; dan
 - b. 2 (dua) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Etik dan Hukum diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 8

Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 76

- (1) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf f merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan farmasi dan terapi serta memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan (*privilege*) tenaga farmasi.
- (2) Pembentukan Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi terdiri atas:
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. seorang wakil ketua merangkap anggota;
 - c. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
 - d. 2 (dua) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Farmasi dan Terapi diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 9

Komite Rekam Medis

Pasal 77

- (1) Komite Rekam Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf g merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang bertugas membantu Komite Medik dalam penyelenggaraan rekam medis yang bermutu.
- (2) Pembentukan Komite Rekam Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Rekam Medis terdiri dari:
 - a. seorang ketua;
 - b. seorang sekretaris; dan
 - c. 10 (sepuluh) orang anggota yang terdiri dari berbagai profesi petugas pemberi asuhan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Rekam Medis diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 10

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 78

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf h merupakan unsur organisasi pendukung yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan dan serta memantau pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari:
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. 3 (tiga) orang sekretaris merangkap anggota; dan
 - c. paling sedikit 14 (empat belas) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 11

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 79

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf i merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun Standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta memantau pelaksanaannya.
- (2) Pembentukan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari:
 - a. seorang ketua;
 - b. seorang sekretaris; dan
 - c. 5 (lima) orang anggota.

- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 12

Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Pasal 80

- (1) Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf j merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja serta memantau pelaksanaannya.
- (2) Pembentukan Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja terdiri dari:
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. seorang wakil ketua merangkap anggota;
 - c. seorang sekretaris merangkap anggota; dan
 - d. 5 (lima) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 13

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 81

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf k merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Pembentukan Komite Keperawatan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari:
 - a. seorang Ketua;

- b. seorang sekretaris; dan
 - c. 3 (tiga) subkomite.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Tenaga Kesehatan Lainnya diatur dengan peraturan Direktur.

BAB VIII

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Staf Medis

Paragraf 1

Keanggotaan Staf Medis

Pasal 82

- (1) Setiap dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi yang melaksanakan praktik kedokteran di unit pelayanan Rumah Sakit wajib menjadi Staf Medis.
- (2) Unit pelayanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk Unit Pelayanan yang melakukan kerja sama operasional dengan Rumah Sakit.

Pasal 83

- (1) Keanggotaan Staf Medis merupakan Kewenangan Klinis (*clinical previleges*) yang dapat diberikan kepada dokter yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politiknya.

Paragraf 2

Fungsi dan Tugas Staf Medis

Pasal 84

Staf Medis berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta pengembangan di bidang medis.

Pasal 85

Staf Medis mempunyai tugas:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif;
- b. membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran;
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik; dan
- f. memberikan penilaian kinerja terhadap anggota Staf Medis fungsional.

Paragraf 3

Kategori Staf Medis

Pasal 86

- (1) Staf Medis terdiri dari:
 - a. dokter tetap;
 - b. dokter mitra;
 - c. dokter peserta program pendidikan dokter spesialis; dan/atau
 - d. dokter peserta program *internship*.
- (2) Dokter tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis/dokter subspecialis yang direkrut oleh Pemerintah Daerah dan bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap.
- (3) Dokter mitra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis/dokter subspecialis yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan sederajat dengan Rumah Sakit, bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggung jawab sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit.

- (4) Dokter peserta program pendidikan dokter spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan dokter yang sah diterima sebagai peserta program pendidikan dokter spesialis, dan memberikan Pelayanan Kesehatan dalam rangka pendidikan serta kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (5) Dokter *internship* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit dalam rangka melaksanakan program *internship* yang diselenggarakan oleh pemerintah pusat.

Paragraf 4

Persyaratan Pengangkatan Staf Medis

Pasal 87

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Staf Medis, dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis/dokter subspesialis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. memiliki kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. memiliki STR dan SIP;
 - c. sehat jasmani dan rohani;
 - d. mampu melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya sesuai dengan kewenangan klinis (*clinical previleges*); dan
 - e. memiliki perilaku dan moral yang baik.
- (2) Dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengajukan permohonan pengangkatan kepada Direktur.
- (3) Direktur dalam melaksanakan pengangkatan Staf Medis berdasarkan pertimbangan dari Komite Medik.

Paragraf 5

Masa Kerja

Pasal 88

Masa kerja Staf Medis ditetapkan sebagai berikut:

- a. untuk dokter tetap adalah sampai yang bersangkutan memasuki usia pensiun sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. untuk dokter mitra adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;
- c. untuk dokter peserta program pendidikan dokter spesialis adalah selama perjanjian kerja sama antara Rumah Sakit dengan tempat asal pendidikan dokter spesialis masih berlaku;
- d. untuk dokter *internship* adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang bila sasaran akhir yang ditentukan belum tercapai.

Pasal 89

- (1) Dokter tetap yang telah memasuki pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 88.
- (2) Pengangkatan kembali Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai dokter mitra.

Paragraf 6

Kewenangan Klinik Staf Medis

Pasal 90

- (1) Staf Medis diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang dimiliki Staf Medis yang bersangkutan.
- (3) Dalam hal mengalami kesulitan menentukan kewenangan klinik, Komite Medik dapat meminta informasi atau pendapat dari kolegium terkait.

Pasal 91

- (1) Staf Medis dapat mengajukan permohonan perluasan kewenangan klinik yang telah diberikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83.

- (2) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Direktur secara tertulis dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang diajukan.
- (3) Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam keputusan Direktur.

Pasal 92

- (1) Direktur melaksanakan evaluasi terhadap pemberian kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90.
- (2) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dijadikan dasar pertimbangan dalam mempertahankan, menambah, mengurangi atau mencabut kewenangan klinik.

Pasal 93

- (1) Direktur dapat memberikan kewenangan klinik sementara kepada Dokter Pengganti dengan kompetensi yang sama.
- (2) Pemberian kewenangan klinik sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan memperhatikan pendapat Komite Medik.

Pasal 94

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

Paragraf 7

Pembinaan Staf Medis

Pasal 95

- (1) Komite Medik dapat melakukan pengkajian dan penelusuran terhadap Staf Medis yang:
 - a. dinilai kurang mampu; atau
 - b. diduga melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan/atau kematian.
- (2) Dalam hal berdasarkan hasil pengkajian dan penelusuran Staf Medis dinilai kurang mampu atau terbukti melakukan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Medik mengusulkan kepada Direktur untuk mengenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 8

Sanksi

Pasal 96

- (1) Staf Medis yang terbukti melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, peraturan Rumah Sakit, klausul dalam perjanjian kerja dan/atau etika dapat diberikan sanksi.
- (2) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Direktur setelah mendapat pertimbangan dari Komite Medik dan Komite Etik dan Hukum.
- (4) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. teguran lisan atau tertulis;
 - b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi dokter tetap; atau
 - d. pemutusan perjanjian kerja bagi dokter mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

Pasal 97

- (1) Pemberlakuan sanksi kepada Staf Medis harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (2) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
- (3) Penyelesaian sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) bersifat final.

Paragraf 9

Pemberhentian Staf Medis

Pasal 98

Pemberhentian dokter tetap dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 99

- (1) Dokter mitra berhenti sebagai Staf Medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas kesepakatan bersama antara Direktur dan dokter yang bersangkutan.
- (2) Dokter mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat bekerja kembali setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.

Paragraf 10

Penilaian dan Evaluasi terhadap Kinerja Staf Medis

Pasal 100

- (1) Penilaian kinerja Staf Medis yang bersifat administrasi, meliputi: disiplin kepegawaian, motivasi kerja dilakukan oleh Direktur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Evaluasi kinerja Staf Medis terkait keprofesian, meliputi: Audit Medis, pre revidu, disiplin profesi, etika profesi dan sejenisnya dilakukan oleh Komite Medik.
- (3) Penilaian kinerja dan evaluasi kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) terhadap Staf Medis yang memberikan pelayanan medis menetap di Unit Kerja tertentu dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. secara fungsional profesi menjadi tanggung jawab Komite Medik khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu; dan
 - b. secara administrasi menjadi tanggung jawab kepala instalasi.

Bagian Kedua

Kelompok Staf Medis

Paragraf 1

Pengorganisasian

Pasal 101

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

Paragraf 2

Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis

Pasal 102

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.

- (2) Ketua kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dijabat oleh dokter organik atau dokter mitra.
- (3) Pemilihan ketua kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik.
- (4) Dalam melaksanakan proses pemilihan ketua kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib melibatkan Komite Medik dan Direktur.
- (5) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling singkat selama 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Paragraf 3

Tanggung Jawab Dan Kewajiban Kelompok Staf Medis

Pasal 103

Tanggung jawab kelompok Staf Medis adalah:

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;
- b. melakukan evaluasi atas tampilan kinerja praktik dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;
- d. memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktek kedokteran;
- f. memberikan laporan secara teratur paling sedikit 1 (satu) kali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
- g. melakukan perbaikan standar operasional prosedur serta dokumen yang terkait.

Pasal 104

Kewajiban Kelompok Staf Medis adalah:

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

Bagian Ketiga

Komite Medik

Paragraf 1

Pembentukan Komite Medik

Pasal 105

- (1) Guna membantu Rumah Sakit dalam mengawal mutu layanan kesehatan berbasis keselamatan pasien perlu dibentuk Komite Medik.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan satu-satunya wadah profesional di Rumah Sakit yang memiliki otoritas tertinggi dalam organisasi Staf Medis.
- (3) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Pembentukan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Masa kerja Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 2

Susunan dan Persyaratan Komite Medik

Pasal 106

- (1) Susunan Komite Medik terdiri atas:
 - a. ketua merangkap anggota, dijabat oleh dokter yang dipilih secara demokratis oleh ketua kelompok Staf Medis;

- b. wakil ketua merangkap anggota, dijabat oleh dokter organik/tetap yang dipilih secara demokratis oleh ketua kelompok Staf Medis;
 - c. sekretaris merangkap anggota, yang dipilih oleh Ketua Komite Medik; dan
 - d. anggota yang terdiri dari semua ketua Kelompok Staf Medis atau yang mewakili.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Ketua Komite Medik harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan kerumahsakitannya;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
- (3) Untuk dapat diangkat sebagai Wakil Ketua Komite Medik harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan kerumahsakitannya;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
- (4) Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite Medik dibantu oleh tenaga administrasi.

Paragraf 3

Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, Kewenangan
dan Kewajiban Komite Medik

Pasal 107

Tugas Komite Medik adalah:

- a. membantu Direktur menyusun standar pelayanan medis dan membantu pelaksanaannya;
- b. membina etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;

- c. mengatur kewenangan klinik masing-masing Kelompok Staf Medis;
- d. membantu Direktur menyusun Peraturan Pola Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) serta membantu pelaksanaannya;
- e. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan hukum kedokteran (*medikolegal*);
- f. melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Pelayanan dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas Kelompok Staf Medis;
- g. meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis;
- h. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis; dan
- i. memberikan laporan kegiatan kepada Direktur.

Pasal 108

Fungsi Komite Medik adalah sebagai pengarah (*steering*) dalam pemberian pelayanan medis dengan rincian sebagai berikut:

- a. memberikan saran kepada Direktur atau Kepala Bidang Pelayanan;
- b. mengoordinasikan kegiatan pelayanan medis;
- c. menangani hal-hal berkaitan dengan perilaku etis (*ethical standing*); dan
- d. menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dipatuhi dan dilaksanakan oleh Staf Medis.

Pasal 109

Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur meliputi hal-hal yang berkaitan dengan:

- a. mutu pelayanan medis;
- b. pembinaan etik kedokteran; dan
- c. pengembangan profesi Medis.

Pasal 110

Guna melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya Komite Medik diberikan kewenangan:

- a. memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;

- b. memberikan pertimbangan rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan alat medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan;
- c. monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis;
- d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektivitas penggunaan alat kedokteran;
- e. membina etika dan membantu mengatur kewenangan klinik.
- f. membentuk tim klinis lintas profesi; dan
- g. memberikan rekomendasi kerja sama antar institusi.

Pasal 111

Kewajiban Komite Medik:

- a. menyusun rancangan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*);
- b. membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar operasional prosedur di bidang manajerial dan administrasi serta bidang keilmuan, profesi, standar profesi dan standar kompetensi;
- c. membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik; dan
- d. melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

Paragraf 4

Rapat Kerja Komite Medik

Pasal 112

- (1) Rapat kerja Komite Medik terdiri dari:
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat bersama Kelompok Medis;
 - c. rapat bersama Direktur; dan
 - d. rapat darurat.
- (2) Rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua pertiga) dari jumlah Komite Medik.
- (3) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan Ketua harus dilampiri dengan salah satu salinan risalah bulan lalu.

Pasal 113

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 ayat (1) huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (2) Rapat Bersama Komite Medik dengan Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 ayat (1) huruf b dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (3) Rapat Komite Medik dengan Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 ayat (1) huruf c dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (4) Rapat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 ayat (1) huruf d dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sangat mendesak (*urgent*).

Pasal 114

- (1) Rapat Kelompok Staf Medis dan/atau Komite Medik dapat dilaksanakan apabila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dianggap tercapai apabila dihadiri oleh $\frac{2}{3}$ (dua pertiga) dari jumlah anggota kelompok Staf Medis.
- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, waktu dan hari yang sama minggu berikutnya.
- (4) Dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu yang telah ditentukan pada minggu berikutnya maka rapat disahkan dalam rapat anggota kelompok Staf Medis dan/atau Komite Staf Medis berikutnya.

Pasal 115

- (1) Selain rapat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112, Komite Medik dapat mengadakan Rapat khusus.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diadakan dalam hal:
 - a. adanya permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota Staf Medis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya; dan/atau

- b. adanya keadaan/situasi tertentu yang mendesak untuk segera dilaksanakan rapat Komite Medik.
- (3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta untuk anggota Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 116

- (1) Rapat kerja dan rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 dan Pasal 115 dipimpin oleh Ketua Komite Medik.
- (2) Dalam hal Ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat dan kuorum telah tercapai maka anggota Staf Medis dan/atau Komite Medik dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.

Pasal 117

Setiap rapat khusus dan rapat kerja wajib dihadiri oleh Direktur dan pihak lain yang ditentukan oleh Komite Medik.

Pasal 118

- (1) Pengambilan keputusan dalam rapat dilaksanakan secara musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, pengambilan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pemungutan suara (*voting*) dalam rapat kelompok Staf Medis dan Komite Medik
- (3) Keputusan Staf Medis dan/atau Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada suara terbanyak.
- (4) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, ketua dan wakil ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara kedua kalinya.

- (5) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota kelompok Staf Medis dan/atau Komite Medik yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 119

- (1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana yang ditentukan dalam peraturan tersebut.
- (2) Dalam hal khusus perubahan atau pembatalan keputusan Direktur tidak diterima dalam rapat tersebut, usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Keempat

Sub Komite Medik

Paragraf 1

Pembentukan Sub Komite Medik

Pasal 120

- (1) Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh Sub Komite.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Sub Komite Mutu Profesi Medis;
 - b. Sub Komite Kredensial;
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi; dan
 - d. Sub Komite lainnya dibentuk sesuai kebutuhan pelayanan.
- (3) Pembentukan Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur atas usulan Ketua Komite Medik.
- (4) Usulan Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disampaikan setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medik.
- (5) Masa kerja Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 2

Susunan Organisasi Sub Komite

Pasal 121

Susunan organisasi Sub Komite terdiri dari:

- a. ketua;
- b. wakil ketua;
- c. sekretaris; dan
- d. anggota.

Paragraf 3

Kegiatan Sub Komite Medik

Pasal 122

Sub Komite mempunyai kegiatan sebagai berikut:

- a. menyusun kebijakan dan prosedur kerja; dan
- b. membuat laporan berkala dan laporan tahunan yang berisi evaluasi kerja selama tahun berkenaan disertai rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya.

Paragraf 4

Tugas dan Tanggung Jawab Sub Komite Medik

Pasal 123

(1) Tugas Sub Komite adalah sebagai berikut:

- a. Sub Komite Mutu Profesi Medis:
 1. membuat rencana atau program kerja;
 2. melaksanakan rencana atau jadwal kegiatan;
 3. membuat panduan Mutu Pelayanan Medis;
 4. melakukan pantauan dan pengawasan Mutu Pelayanan Medis;
 5. menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, proses, output dan *outcome*;
 6. melakukan koordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien; dan
 7. melakukan pencatatan dan pelaporan berkala;
- b. Sub Komite Kredensial:
 1. melakukan reviu permohonan untuk menjadi anggota Staf Medis;
 2. membuat rekomendasi hasil reviu;

3. membuat laporan kepada Ketua Komite Medik;
 4. melakukan revidu kompetensi Staf Medis serta memberikan laporan dan rekomendasi kepada Ketua Komite Medik dalam rangka memberikan Kewenangan Klinis (*clinical privileges*), dan penugasan Staf Medis pada unit kerja;
 5. membuat rencana kerja;
 6. melaksanakan rencana kerja;
 7. menyusun tata laksana dari instrumen Kredensial;
 8. melaksanakan Kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
 9. membuat laporan berkala kepada Ketua Komite Medik;
- c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi:
1. membuat rencana kerja;
 2. melaksanakan rencana kerja;
 3. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
 4. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
 5. melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit; dan
 6. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), masing-masing Sub Komite bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Pasal 124

Kewenangan Sub Komite adalah sebagai berikut:

- a. Sub Komite Mutu Profesi Medis berwenang melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi;
- b. Sub Komite Kredensial berwenang melaksanakan kegiatan Kredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi; dan
- c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi berwenang melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi.

Bagian Kelima

Sumber Daya

Pasal 125

- (1) Guna memperlancar tugas sehari-hari bagi kelompok Staf Medis, Komite Medik, dan Sub Komite, Direktur dapat menyediakan:
 - a. ruangan pertemuan;
 - b. Tenaga Administrasi; dan
 - c. sarana prasarana lain yang dibutuhkan.
- (2) Biaya operasional yang diperlukan dalam penyediaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibebankan pada anggaran Rumah Sakit.

Pasal 126

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *adhoc* 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, dan/atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

BAB IX

KERAHASIAAN DAN INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu

Kerahasiaan Pasien

Pasal 127

- (1) Setiap pegawai Rumah Sakit wajib menjaga kerahasiaan Informasi tentang pasien.

- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur atau Kepala Bidang Pelayanan Medis.
- (3) Teknis pelaksanaan pemberian informasi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Informasi Medis

Pasal 128

Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai:

- a. keadaan kesehatan pasien;
- b. rencana terapi dan alternatifnya;
- c. manfaat dan risiko masing-masing alternatif tindakan;
- d. prognosis; dan
- e. kemungkinan komplikasi.

BAB X

KEPEMIMPINAN RUMAH SAKIT UNTUK BUDAYA KESELAMATAN

Pasal 129

- (1) Direktur menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kepemimpinan dalam meningkatkan budaya Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud merupakan kegiatan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam:
 - a. mendorong dan menjamin implementasi Keselamatan Pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien;
 - b. menjamin berlangsungnya kegiatan identifikasi risiko Keselamatan Pasien dan menekan atau mengurangi insiden secara proaktif;

- c. menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang Keselamatan Pasien;
 - d. mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan Keselamatan Pasien; dan
 - e. mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusi setiap unsur dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan Keselamatan Pasien.
- (3) Kriteria standar peran kepemimpinan dalam meningkatkan budaya Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. terdapat tim antar disiplin untuk mengelola Keselamatan Pasien;
 - b. tersedia kegiatan atau program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan Insiden;
 - c. tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan berpartisipasi dalam Keselamatan Pasien;
 - d. tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap Insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko, dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis;
 - e. tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan Insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD), dan kejadian sentinel pada saat Keselamatan Pasien mulai dilaksanakan;
 - f. tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis Insiden, atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian sentinel;
 - g. terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam fasilitas pelayanan kesehatan dengan pendekatan antar disiplin;

- h. tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan perbaikan Keselamatan Pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut; dan
- i. tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan Keselamatan Pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

BAB XI

HUBUNGAN KEPEMIMPINAN DALAM TATA KELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas

Pasal 130

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (2) Dalam melaksanakan pengelolaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pejabat Pengelola:
 - a. bertanggung jawab secara substantif kepada Bupati melalui Dewan Pengawas; dan
 - b. bertanggung jawab secara administratif dalam bentuk menyampaikan laporan kinerja kepada Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 131

- (1) Keberhasilan Rumah Sakit tergantung dari:
 - a. pengelolaan Pejabat Pengelola; dan
 - b. pembinaan dan pengawasan dari Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (2) Pertanggung jawaban tugas dan kewajiban antara Pejabat Pengelola dan Bupati selaku Pemilik adalah bersifat tanggung renteng.

Bagian Kedua

Hubungan Dewan Pengawas dengan Komite Medik

Pasal 132

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

Bagian Ketiga

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Komite Medik

Pasal 133

- (1) Komite Medik berkedudukan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Medik menyampaikan secara tertulis hasil pelaksanaan tugasnya dalam bentuk bahan pertimbangan berupa rekomendasi kepada Direktur.
- (3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan hasil pelaksanaan tugas berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB XII

KERJA SAMA

Pasal 134

- (1) Rumah Sakit dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain, untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan.
- (2) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan prinsip:

- a. efisiensi;
 - b. ekonomis; dan
 - c. saling menguntungkan.
- (3) Prinsip saling menguntungkan sebagaimana pada ayat (2) huruf c dapat berbentuk finansial dan/atau non finansial.
 - (4) Rumah Sakit harus tetap mempertahankan mutu dan kelangsungan dari pelayanan pasien apabila kontrak dihentikan.

Pasal 135

- (1) Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 134 dalam bentuk:
 - a. kerja sama operasional;
 - b. kerjasama klinis; dan
 - c. kerjasama manajemen.
- (2) Penatalaksanaan kerjasama antara Rumah Sakit dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Pasal 136

Kerja sama operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 135 ayat (1) huruf a dilakukan melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan mitra kerja sama dengan menggunakan atau tidak menggunakan barang milik daerah.

Pasal 137

- (1) Kerjasama pemanfaatan barang milik daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 135 ayat (1) huruf b dilakukan melalui pendayagunaan barang milik daerah dan/atau optimalisasi barang milik daerah dengan tidak mengubah status kepemilikan untuk memperoleh pendapatan dan tidak mengurangi kualitas.
- (2) Pemanfaatan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 138

- (1) Kerjasama klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 135 ayat (1) huruf c dapat dilakukan dengan:

- a. tenaga staf medis spesialis;
 - b. tenaga staf medis spesialis konsultan; dan
 - c. tenaga staf medis subspesialis;
- berdasarkan analisis kebutuhan Rumah Sakit.
- (2) Analisis kebutuhan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan hasil kajian yang dilakukan oleh Kepala Bidang Pelayanan setelah mendapat persetujuan dari Direktur atas usulan dari Ketua Komite Medik.
 - (3) Kerjasama klinis dengan Tenaga Staf Medis dilengkapi pakta integritas staf klinis untuk mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan dan regulasi yang berlaku di Rumah Sakit.
 - (4) Regulasi yang berlaku di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi:
 - a. Kredensial;
 - b. Rekredensial;
 - c. penilaian kinerja;
 - d. standar prosedur operasional;
 - e. panduan praktik klinis;
 - f. kode etik; dan
 - g. peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Rumah Sakit.

Pasal 139

- (1) Kerjasama manajemen sebagaimana dimaksud dalam Pasal 135 ayat (1) huruf d dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan operasional Rumah Sakit dan kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan badan hukum/institusi meliputi:
 - a. kerjasama penunjang medis/non medis; dan
 - b. kerjasama pelaksanaan sebagai Rumah Sakit pendidikan dan pengembangan penelitian.
- (2) Kerjasama manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dapat meliputi:
 - a. kontrak untuk pengadaan:
 - 1. alat laboratorium;
 - 2. peralatan kedokteran;
 - 3. peralatan penunjang medis; dan
 - 4. obat-obatan;
 - b. kontrak pelayanan;
 - c. kontrak sumber daya manusia, pelayanan akuntansi keuangan, kebersihan, kerumahtanggaan seperti petugas keamanan, parkir, makanan, linen/*laundry*, pengolah limbah; dan

d. kontrak manajemen lainnya sesuai kebutuhan Rumah Sakit.

Pasal 140

- (1) Pendapatan yang berasal dari kerjasama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 134 yang sepenuhnya untuk menyelenggarakan tugas dan fungsi kegiatan Rumah Sakit merupakan pendapatan Rumah Sakit.
- (2) Pembiayaan yang timbul akibat dilakukannya kerjasama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 134 dibebankan pada anggaran BLUD Rumah Sakit berdasarkan kesepakatan kedua pihak.
- (3) Direktur bertanggung jawab terhadap kerjasama (kontrak) atau pengaturan lainnya.
- (4) Ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan kerjasama diatur dengan Peraturan Direktur.

Pasal 141

- (1) Direktur melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien berdasarkan atas kontrak atau perjanjian kerjasama lainnya.
- (2) Kontrak dan perjanjian kerjasama lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan berdasarkan kontrak tersebut.
- (3) Setiap kerjasama yang telah dilengkapi indikator mutu harus dilaporkan ke Direktur sesuai dengan mekanisme pelaporan mutu di Rumah Sakit.

BAB XIII

KEPEMIMPINAN RUMAH SAKIT TERKAIT KEPUTUSAN MENGENAI SUMBER DAYA

Pasal 142

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

Pasal 143

- (1) Pemenuhan sumber daya berupa sarana prasarana memerlukan ketersediaan data/informasi meliputi penggantian, penambahan, persyaratan pemeliharaan, sebagai komponen pengumpulan data untuk rekomendasi pada teknologi medik dan obat yang diperlukan untuk memberikan pelayanan.
- (2) Rumah Sakit tidak melakukan uji coba (*trial*) teknologi medik dan obat.
- (3) Dalam rangka pemilihan obat dan teknologi medik Direktur membentuk Tim Penapisan.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Tim Penapisan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), mendapatkan rekomendasi dari Staf Klinis dan/atau organisasi profesi dalam pemilihan teknologi medik dan obat di Rumah Sakit.

Pasal 144

- (1) Direktur menyusun analisa kebutuhan Sumber Daya yang merupakan Usulan dari seluruh komponen Rumah Sakit dan dituangkan dalam Rencana Kerja Unit (RKU).
- (2) Rencana Kerja Unit (RKU) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat masing-masing bidang/bagian/instalasi/unit pelayanan dalam format yang seragam dan ditetapkan Direktur.
- (3) Rencana Kerja Unit merupakan tahapan dalam proses perencanaan Rumah Sakit, berdasarkan:
 - a. rencana strategi bisnis Rumah Sakit;
 - b. target capaian terhadap status akreditasi dan program kerja Rumah Sakit;
 - c. laporan kinerja pada periode sebelumnya;
 - d. kemampuan sumber daya Rumah Sakit; dan
 - e. risiko yang dihadapi dalam proses pelaksanaan kegiatan dalam program kerja.

BAB XIV
KELOMPOK KERJA PENINGKATAN MUTU

Bagian Kesatu
Kualifikasi Dan Pendidikan Staf

Pasal 145

- (1) Staf pada Rumah Sakit harus memiliki keterampilan dan kualifikasi untuk mencapai misi dan memenuhi kebutuhan pasien.
- (2) Direktur melalui bidang terkait mengidentifikasi jumlah dan jenis staf yang dibutuhkan berdasarkan rekomendasi dari setiap instalasi.
- (3) Perekrutan, evaluasi, dan pengangkatan pegawai dilakukan melalui proses yang efisien, dan seragam dan melalui proses Kredensial bagi pegawai yang secara langsung terlibat dalam proses pelayanan klinis:
 - a. tenaga medis;
 - b. tenaga perawat; dan
 - c. tenaga kesehatan lainnya;
- (4) pegawai pada Rumah Sakit harus memiliki:
 - a. orientasi terhadap Rumah Sakit; dan
 - b. orientasi terhadap tugas pekerjaan.
- (5) Rumah Sakit menyelenggarakan program kesehatan dan keselamatan staf untuk memastikan kondisi kerja yang aman, kesehatan fisik dan mental, produktivitas, kepuasan kerja.
- (6) Penyelenggaraan program sebagaimana dimaksud pada ayat (5) bersifat dinamis, proaktif, dan mencakup hal-hal yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan pegawai ditetapkan oleh kepala Instalasi dan diketahui Direktur.
- (7) Program kerja setiap instalasi dapat meliputi pemeriksaan kesehatan kerja saat rekrutmen, pengendalian kerja yang berbahaya, vaksinasi/imunisasi, cara penanganan pasien yang aman, staf dan kondisi umum terkait kerja.
- (8) Kualifikasi dan pendidikan staf meliputi:
 - a. perencanaan dan pengelolaan staf;
 - b. pendidikan dan pelatihan;
 - c. kesehatan dan keselamatan kerja staf;

- d. tenaga medis;
 - e. tenaga keperawatan; dan
 - f. tenaga kesehatan lain.
- (9) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman dan standar prosedur operasional kualifikasi pendidikan dan staf sebagaimana dimaksud pada ayat (8) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan

Pasal 146

- (1) Rumah Sakit harus menjamin bahwa Fasilitas dan lingkungan dalam Rumah Sakit harus aman, berfungsi baik, dan memberikan lingkungan perawatan yang aman bagi pasien, keluarga, pengunjung dan pegawai.
- (2) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka fasilitas fisik, bangunan, prasarana dan peralatan kesehatan serta sumber daya lainnya harus dikelola secara efektif untuk mengurangi dan mengendalikan bahaya, risiko, mencegah kecelakaan, cedera dan penyakit akibat kerja.
- (3) Dalam pengelolaan fasilitas dan lingkungan serta pemantauan keselamatan, Rumah Sakit menyusun program pengelolaan fasilitas dan lingkungan serta program pengelolaan risiko untuk pemantauan keselamatan di seluruh lingkungan Rumah Sakit.
- (4) Dalam mendukung proses pengelolaan efektif semua pegawai diedukasi mengenai fasilitas, cara mengurangi risiko, cara memantau dan melaporkan situasi yang berisiko termasuk melakukan penilaian risiko yang komprehensif di seluruh fasilitas yang dikembangkan dan dipantau berkala.
- (5) Dalam hal di Rumah Sakit memiliki entitas non-Rumah Sakit atau penyewa lahan (*tenant*) seperti restoran, kantin, kafe, dan toko souvenir, maka Rumah Sakit wajib memastikan bahwa penyewa lahan (*tenant*) mematuhi program pengelolaan fasilitas dan keselamatan, meliputi:
 - a. program keselamatan dan keamanan;
 - b. program pengelolaan bahan berbahaya dan beracun;
 - c. program penanganan bencana dan kedaruratan; dan
 - d. proteksi kebakaran.

- (6) Dalam rangka pengelolaan fasilitas dan lingkungan serta pemantauan keselamatan, Direktur membentuk Komite program Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit yang bertugas mengelola, memantau dan memastikan fasilitas dan pengaturan keselamatan yang ada sehingga tidak menimbulkan potensi bahaya dan risiko yang akan berdampak buruk bagi pasien, staf dan pengunjung.
- (7) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman dan standar prosedur operasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan dalam rangka penyelenggaraan pengelolaan fasilitas meliputi:
 - a. kepemimpinan dan perencanaan;
 - b. keselamatan;
 - c. keamanan;
 - d. pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (b3) dan limbah b3;
 - e. proteksi kebakaran;
 - f. peralatan medis;
 - g. sistim utilitas;
 - h. penanganan kedaruratan dan bencana;
 - i. konstruksi dan renovasi; dan
 - j. pelatihan.

Bagian Ketiga

Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien

Pasal 147

- (1) Rumah Sakit menyelenggarakan Peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan (*continuous improvement*) dilaksanakan dengan koordinasi dan integrasi antara Unit Pelayanan dan komite.
- (2) Direktur menetapkan Komite Penyelenggara Mutu yang bertugas membantu Direktur dalam mengelola kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Komite Penyelenggara Mutu memiliki fungsi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Dalam proses pengukuran data, Direktur menetapkan:

- a. Kepala instalasi sebagai penanggung jawab peningkatan mutu dan keselamatan pasien di tingkat instalasi;
 - b. pegawai pengumpul data, dan
 - c. pegawai yang akan melakukan validasi data (validator).
- (5) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman, standar prosedur operasional dalam rangka penyelenggaraan Penyelenggara Mutu sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB XV

MANAJEMEN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

Pasal 148

- (1) Rumah Sakit memiliki, mengelola, dan menggunakan informasi untuk meningkatkan luaran (*outcome*) bagi pasien, kinerja pegawai dan kinerja Rumah Sakit secara umum.
- (2) Rumah Sakit melakukan proses manajemen informasi, menggunakan metode pengembangan yang sesuai dengan sumber daya Rumah Sakit, dengan memperhatikan perkembangan teknologi informasi.
- (3) Proses manajemen informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) mencakup:
 - a. misi Rumah Sakit;
 - b. layanan yang diberikan;
 - c. sumber daya manusia;
 - d. akses ke teknologi informasi kesehatan; dan
 - e. dukungan untuk menciptakan komunikasi efektif antar pegawai yang secara langsung memberikan asuhan kepada pasien.
- (4) Untuk memberikan asuhan pasien yang terkoordinasi dan terintegrasi, Rumah Sakit bergantung pada informasi tentang perawatan pasien. Informasi merupakan salah satu sumber daya yang harus dikelola secara efektif.
- (5) Pelaksanaan asuhan pasien di Rumah Sakit adalah suatu proses yang kompleks yang sangat bergantung pada komunikasi dan informasi.

- (6) Komunikasi dilakukan antara Rumah Sakit dengan pasien dan keluarga, antar pegawai yang secara langsung memberikan asuhan kepada pasien, serta komunitas di wilayah Rumah Sakit.
- (7) Direktur melalui bidang terkait mengantisipasi dan mengatasi kegagalan dalam komunikasi akibat tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan, simbol dan kode yang tidak seragam di dalam Rumah Sakit.
 - a. Rumah Sakit mengelola informasi secara lebih efektif dalam hal:
 - b. mengidentifikasi kebutuhan informasi dan teknologi informasi;
 - c. mengembangkan sistem informasi manajemen;
 - d. menetapkan jenis informasi dan cara memperoleh data yang diperlukan;
 - e. menganalisis data dan mengubahnya menjadi informasi;
 - f. memaparkan dan melaporkan data serta informasi kepada publik;
 - g. melindungi kerahasiaan, keamanan, dan integritas data dan informasi; dan
 - h. mengintegrasikan dan menggunakan informasi untuk peningkatan kinerja.
- (8) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman, standar prosedur operasional dalam rangka pelaksanaan penyelenggaraan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf a sampai dengan huruf g.
- (9) Rumah Sakit menyelenggarakan teknologi lainnya untuk meningkatkan efisiensi, prinsip teknologi informasi yang baik untuk seluruh metode dokumentasi yaitu dengan berbasis kertas serta elektronik.
- (10) Informasi Rumah Sakit terkait asuhan pasien dalam komunikasi antar pegawai yang secara langsung memberikan asuhan kepada pasien, didokumentasikan dalam Rekam Medis.
- (11) Rumah Sakit menyelenggarakan penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya dalam rangka pemberian pelayanan kepada pasien, teknologi informasi kesehatan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan efektifitas, efisiensi dan keamanan dalam proses komunikasi dan informasi.
- (12) Standar Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan ini berfokus pada:

- a. manajemen informasi;
- b. pengelolaan dokumen;
- c. rekam medis pasien; dan
- d. teknologi informasi Kesehatan.

BAB XVI

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Pasal 149

- (1) Rumah Sakit melaksanakan program pencegahan dan pengendalian infeksi guna mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat dan ditularkan di antara pasien, pegawai Rumah Sakit, sukarelawan, mahasiswa dan pengunjung.
- (2) Rumah Sakit menentukan Prioritas program dan dilaksanakan guna mencerminkan risiko yang telah teridentifikasi, perkembangan global dan masyarakat setempat, serta kompleksitas dari pelayanan yang diberikan.
- (3) Penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian infeksi dikelola oleh Komite pencegahan dan pengendalian infeksi yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Direktur menetapkan Kebijakan, Pedoman, Standar Prosesur dalam rangka pelaksanaan program Pencegahan dan pengendalian Infeksi.
- (5) Dalam rangka efektivitas pelaksanaan program Pencegahan dan pengendalian Infeksi, Rumah Sakit memberikan pelatihan dan pendidikan kepada staf.
- (6) Pemberian pelatihan dan pendidikan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dengan menerapkan metode identifikasi risiko infeksi secara proaktif pada individu dan lingkungan serta koordinasi ke semua bagian di Rumah Sakit.
- (7) Fokus standar pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi:
 - a. penyelenggaraan pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit;
 - b. program pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - c. pengkajian risiko ;
 - d. peralatan medis dan/atau bahan medis habis pakai;
 - e. kebersihan lingkungan;

- f. manajemen linen;
 - g. limbah infeksius;
 - h. pelayanan makanan;
 - i. risiko infeksi pada konstruksi dan renovasi;
 - j. penularan infeksi;
 - k. kebersihan tangan;
 - l. peningkatan mutu dan program edukasi; dan
 - m. edukasi, pendidikan dan pelatihan.
- (8) Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi melibatkan:
- a. perawat yang bertugas melakukan pencegahan dan pengendalian Infeksi;
 - b. pegawai pada yang menyelenggarakan pemeliharaan fasilitas;
 - c. pegawai di Instalasi Gizi;
 - d. pegawai di Instalasi Laboratorium;
 - e. pegawai di Instalasi Farmasi;
 - f. ahli epidemiologi;
 - g. ahli statistik;
 - h. ahli mikrobiologi;
 - i. pegawai di Instalasi Sterilisasi Alat Medis; dan
 - j. pegawai pada bagian umum.
- (9) Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi menetapkan mekanisme dan koordinasi termasuk berkomunikasi dengan semua pihak di Rumah Sakit untuk memastikan program berjalan efektif dan berkesinambungan.
- (10) Mekanisme koordinasi ditetapkan secara periodik untuk melaksanakan program pencegahan dan pengendalian infeksi dengan melibatkan Direktur dan Komite Pencegahan dan pengendalian Infeksi.
- (11) Koordinasi tersebut meliputi:
- a. menetapkan kriteria untuk mendefinisikan infeksi terkait pelayanan kesehatan;
 - b. menetapkan metode pengumpulan data (surveilans);
 - c. membuat strategi untuk menangani risiko pencegahan dan pengendalian infeksi, dan pelaporannya; dan
 - d. berkomunikasi dengan semua unit untuk memastikan bahwa program berkelanjutan dan proaktif.

Pasal 150

- (1) Hasil koordinasi didokumentasikan untuk meninjau efektivitas koordinasi program dan untuk memantau adanya perbaikan progresif.
- (2) Rumah Sakit menetapkan perawat Pencegahan dan pengendalian Infeksi yaitu tenaga professional dan praktisi dalam pelaksanaan Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan fasilitas kesehatan lainnya.
- (3) Kualifikasi pendidikan perawat tersebut minimal Diploma keperawatan dan sudah mengikuti pelatihan perawat Pencegahan dan pengendalian Infeksi.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan program Pencegahan dan pengendalian Infeksi yang berkesinambungan secara efektif dan efisien diperlukan dukungan sumber daya meliputi tapi tidak terbatas pada:
 - a. ketersediaan anggaran;
 - b. sumber daya manusia yang terlatih;
 - c. sarana prasarana dan perbekalan untuk:
 1. mencuci tangan berbasis alkohol (*handrub*) dan mencuci tangan dengan air mengalir (*handwash*); dan
 2. kantong pembuangan sampah infeksius dan lainnya;
 - d. sistem manajemen informasi untuk mendukung penelusuran risiko, angka, dan tren infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan; dan
 - e. sarana penunjang lainnya untuk menunjang kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang dapat mempermudah kegiatan Pencegahan dan pengendalian Infeksi.
- (5) Informasi dan data kegiatan Pencegahan dan pengendalian Infeksi akan dintegrasikan ke Komite Penyelenggara Mutu untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit oleh Komite Pencegahan dan pengendalian Infeksi setiap bulan.

BAB XVII
PENDIDIKAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 151

- (1) Penyelenggaraan pendidikan klinis ke dalam operasional Rumah Sakit memerlukan komite koordinasi pendidikan guna melaksanakan koordinasi terhadap seluruh proses pembelajaran klinik di Rumah Sakit Pendidikan.
- (2) Direktur melaksanakan integrasi operasional Rumah Sakit dan pendidikan klinis bersama institusi pendidikan kedokteran, kedokteran gigi, dan profesi kesehatan lainnya yang didelegasikan kepada organisasi yang mengoordinasi pendidikan klinis.
- (3) Untuk penyelenggaraan pendidikan klinis di Rumah Sakit maka semua pihak harus mendapat informasi lengkap tentang hubungan dan tanggung jawab masing-masing.
- (4) Dalam pelaksanaan fungsi sebagai Rumah Sakit penyelenggara pendidikan klinis, Dewan Pengawas selaku representasi pemilik memberikan persetujuan terhadap keputusan tentang:
 - a. visi-misi;
 - b. rencana strategis;
 - c. alokasi sumber daya; dan
 - d. program mutu Rumah Sakit;
- (5) Dalam memberikan persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) Dewan Pengawas selaku representasi pemilik dapat ikut bertanggung jawab terhadap seluruh proses penyelenggaraan pendidikan klinis di Rumah Sakit yang harus konsisten dengan regulasi yang berlaku, visi-misi Rumah Sakit, komitmen pada mutu, keselamatan pasien, serta kebutuhan pasien.
- (6) Rumah Sakit mendapatkan informasi tentang *output* dengan kriteria yang diharapkan dari institusi pendidikan dari pendidikan klinis yang dilaksanakan di Rumah Sakit untuk mengetahui mutu pelayanan dalam penyelenggaraan pendidikan klinis di Rumah Sakit.
- (7) Rumah Sakit menyetujui *output* serta kriteria penilaian pendidikan dan harus dimasukkan dalam perjanjian kerja sama.

Pasal 152

- (1) Komite koordinasi pendidik melaksanakan tugas:
 - a. mengoordinasi pendidikan klinis bertanggung jawab untuk merencanakan, memonitor, dan mengevaluasi penyelenggaraan program pendidikan klinis di Rumah Sakit;
 - b. melakukan penilaian berdasar atas kriteria yang sudah disetujui oleh Rumah Sakit dan Institusi pendidikan;
 - c. mengoordinasi pendidikan klinis dan harus melaporkan hasil evaluasi penerimaan, pelaksanaan, dan penilaian *output* dari program pendidikan kepada pimpinan Rumah Sakit dan pimpinan institusi pendidikan; dan
 - d. mengoordinasi pendidikan di Rumah Sakit menetapkan kewenangan, perencanaan, pemantauan implementasi program pendidikan klinis, serta evaluasi dan analisisnya.
- (2) Kesepakatan antara Rumah Sakit dan institusi pendidikan kedokteran, kedokteran gigi, dan pendidikan tenaga kesehatan professional lainnya harus tercermin dalam Komite koordinasi pendidik dan kegiatan organisasi yang mengoordinasi pendidikan di Rumah Sakit.
- (3) Direktur menetapkan kebijakan yang mengatur:
 - a. kapasitas penerimaan peserta didik sesuai dengan kapasitas Rumah Sakit yang dicantumkan dalam perjanjian kerja sama;
 - b. persyaratan kualifikasi pendidik/dosen klinis; dan
 - c. peserta pendidikan klinis di Rumah Sakit yang dipertimbangkan berdasarkan masa pendidikan dan level kompetensi.
- (4) Untuk setiap peserta pendidikan klinis dilakukan pemberian kewenangan klinis untuk menentukan sejauh mana kewenangan yang diberikan secara mandiri atau di bawah supervisi.
- (5) Direktur mempunyai dokumentasi yang paling sedikit meliputi:
 - a. surat keterangan peserta didik dari institusi pendidikan;
 - b. ijazah, surat tanda registrasi, dan surat izin praktik yang menjadi persyaratan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - c. klasifikasi akademik;

- d. identifikasi kompetensi peserta pendidikan klinis; dan
 - e. laporan pencapaian kompeten.
- (6) Pendidikan klinis di Rumah Sakit harus mengutamakan keselamatan pasien serta memperhatikan kebutuhan pelayanan sehingga pelayanan Rumah Sakit tidak terganggu, akan tetapi justru menjadi lebih baik dengan terdapat program pendidikan klinis ini.
 - (8) Pendidikan harus dilaksanakan secara terintegrasi dengan pelayanan dalam rangka memperkaya pengalaman dan kompetensi peserta didik, termasuk juga pengalaman pendidik klinis untuk selalu memperhatikan prinsip pelayanan berfokus pada pasien.
 - (9) Variasi dan jumlah pasien harus selaras dengan kebutuhan untuk berjalannya program, demikian juga fasilitas pendukung pembelajaran harus disesuaikan dengan teknologi berbasis bukti yang harus tersedia.
 - (10) Jumlah peserta pendidikan klinis di Rumah Sakit harus memperhatikan jumlah pegawai pendidik klinis serta ketersediaan sarana dan prasarana.
 - (11) Seluruh pegawai yang memberikan pendidikan klinis telah mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis untuk dapat mendidik dan memberikan pembelajaran klinis kepada peserta pendidikan klinis di Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
 - (12) Seluruh pegawai yang memberikan pendidikan klinis harus memenuhi persyaratan kredensial dan memiliki kewenangan klinis untuk melaksanakan pendidikan klinis yang sesuai dengan tuntutan tanggung jawabnya.

Pasal 153

- (1) Supervisi dalam pendidikan menjadi tanggung jawab staf klinis yang memberikan pendidikan klinis untuk menjadi acuan pelayanan Rumah Sakit agar pasien, staf, dan peserta didik terlindungi secara hukum.
- (2) Supervisi diperlukan untuk memastikan asuhan pasien yang aman dan merupakan bagian proses belajar bagi peserta pendidikan klinis.
- (3) Tingkat supervise ditentukan oleh Rumah Sakit sesuai dengan jenjang pembelajaran dan level kompetensi peserta pendidikan klinis.

- (4) Setiap peserta pendidikan klinis di Rumah Sakit mengerti proses supervisi klinis, meliputi siapa saja yang melakukan supervisi dan frekuensi supervisi oleh staf klinis yang memberikan pendidikan klinis.
- (5) Pelaksanaan supervisi didokumentasikan dalam log book atau sistem dokumentasi lain untuk peserta didik dan staf klinis yang memberikan pendidikan klinis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (6) Dalam pelaksanaannya program pendidikan klinis tersebut senantiasa menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- (7) Rumah Sakit memiliki rencana dan melaksanakan program orientasi terkait penerapan konsep mutu dan keselamatan pasien yang harus diikuti oleh seluruh peserta pendidikan klinis serta mengikutsertakan peserta didik dalam semua pemantauan mutu dan keselamatan pasien.
- (8) Orientasi peserta pendidikan klinis minimal mencakup:
 - a. program Rumah Sakit tentang mutu dan keselamatan pasien;
 - b. program pengendalian infeksi;
 - c. program keselamatan penggunaan obat; dan
 - d. sasaran keselamatan pasien.

BAB XVIII

AKSES DAN KESINAMBUNGAN PELAYANAN

Pasal 154

- (1) Rumah Sakit mempertimbangkan bahwa asuhan di Rumah Sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para profesional pemberi asuhan (PPA) dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kesinambungan pelayanan.
- (2) Pelaksanaan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimulai dengan skrining, yang tidak lain adalah memeriksa pasien secara cepat, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien.
- (3) Pelaksanaan sistem pelayanan yang terintegrasi adalah untuk menyelaraskan kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang tersedia di Rumah Sakit, mengoordinasikan pelayanan, merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya.

- (4) Hasil yang diharapkan dari proses asuhan di Rumah Sakit adalah meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di Rumah Sakit mencakup:
 - a. skrining pasien di Rumah Sakit;
 - b. registrasi dan admisi di Rumah Sakit;
 - c. kesinambungan pelayanan;
 - d. transfer pasien internal di dalam Rumah Sakit;
 - e. pemulangan, rujukan dan tindak lanjut; dan
 - f. transportasi.
- (5) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman, standar prosedur operasional untuk melaksanakan seluruh program sebagaimana dimaksud pada ayat (4).
- (6) Pasien dengan kebutuhan khusus seperti gawat dan/atau darurat, bencana atau pasien yang membutuhkan pertolongan segera diidentifikasi menggunakan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan kebutuhan pasien, dengan mendahulukan dari pasien yang lain.

BAB XIX

HAK PASIEN DAN KETERLIBATAN KELUARGA

Pasal 155

- (1) Rumah Sakit memberikan dan menjamin hak pasien dalam pelayanan kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam memberikan hak pasien, Rumah Sakit harus memahami bahwa pasien dan keluarganya memiliki sikap, perilaku, kebutuhan pribadi, agama, keyakinan, budaya dan nilai-nilai yang dianut.
- (3) Pasien harus diberikan pendidikan pasien dan keluarga, agar lebih memahami dan berpartisipasi dalam perawatan mereka untuk membuat keputusan perawatan yang lebih baik.
- (4) Proses pemberian hak kepada Pasien meliputi:
 - a. mengidentifikasi, melindungi, dan mempromosikan hak-hak pasien;
 - b. menginformasikan pasien tentang hak-hak mereka;
 - c. melibatkan keluarga pasien dalam keputusan tentang perawatan pasien, bila dibutuhkan;
 - d. mendapatkan persetujuan (*informed consent*); dan

- e. mendidik staf tentang hak pasien.
- (5) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman dan standar Prosedur operasional terkait pelaksanaan Hak Pasien dan Keterlibatan Keluarga yang berfokus pada:
 - a. hak pasien dan keluarga; dan
 - b. permintaan persetujuan pasien.
 - (6) Direktur harus memberikan arahan untuk memastikan bahwa seluruh pegawai ikut berperan aktif dalam melindungi hak pasien.
 - (7) Direktur mengidentifikasi hambatan, menerapkan proses untuk menghilangkan atau mengurangi hambatan, dan mengambil tindakan untuk mengurangi dampak hambatan bagi pasien yang memerlukan pelayanan dan perawatan.
 - (8) Rumah Sakit bertanggung jawab:
 - a. melindungi terhadap harta benda pasien dari pencurian atau kehilangan;
 - b. melindungi pasien dari penganiayaan fisik dan verbal yang dilakukan pengunjung, pasien lain, dan petugas khususnya sangat penting terutama bagi bayi dan anak-anak, lansia, dan kelompok yang tidak mampu melindungi dirinya sendiri
 - (9) Rumah Sakit berupaya mencegah penganiayaan melalui berbagai proses seperti memeriksa orang-orang yang berada dilokasi tanpa identifikasi yang jelas, memantau wilayah yang terpencil atau terisolasi, dan cepat tanggap dalam membantu mereka yang berada dalam bahaya atau dianiaya.
 - (10) Pasien atau keluarga yang mengambil keputusan atas nama pasien, dapat memutuskan untuk tidak melanjutkan rencana perawatan atau terapi ataupun menghentikan perawatan atau terapi setelah proses tersebut dimulai.
 - (11) Untuk memastikan proses pengambilan keputusan yang terkait dengan keinginan pasien dilakukan secara konsisten, Rumah Sakit mengembangkan proses yang melibatkan berbagai profesional dan sudut pandang dalam proses pengembangannya.
 - (12) Pasien memiliki hak untuk menyampaikan keluhan tentang asuhan mereka dan keluhan tersebut harus ditanggapi dan diselesaikan.

BAB XX
PENGKAJIAN PASIEN

Pasal 156

- (1) Rumah Sakit melaksanakan pengkajian pasien yang merupakan proses yang berkelanjutan dan dinamis yang berlangsung di layanan rawat jalan serta rawat inap.
- (2) Pengkajian pasien terdiri atas tiga proses utama:
 - a. mengumpulkan informasi dan data terkait keadaan fisik, psikologis, status sosial, dan riwayat kesehatan pasien;
 - b. menganalisis data dan informasi, termasuk hasil pemeriksaan laboratorium, pencitraan diagnostik, dan pemantauan fisiologis, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien akan layanan kesehatan; dan
 - c. membuat rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi.
- (3) Asuhan pasien di Rumah Sakit diberikan dan dilaksanakan berdasarkan konsep pelayanan berfokus pada pasien (*patient/person centered care*) sesuai dengan konsep *World Health Organization (WHO)* dalam *conceptual framework integrated people-centred health services*.
- (4) Penerapan konsep pelayanan berfokus pada pasien adalah dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal dengan elemen:
 - a. dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai ketua tim asuhan (*clinical leader*);
 - b. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) bekerja sebagai tim intra dan interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional;
 - c. Manajer Pelayanan Pasien; dan
 - d. keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga.
- (5) Pengkajian ulang adalah penting untuk memahami respons pasien terhadap pemberian asuhan, pengobatan dan pelayanan, serta juga penting untuk menentukan apakah keputusan asuhan memadai dan efektif.
- (6) Standar Pengkajian Pasien ini berfokus kepada:
 - a. pengkajian awal pasien;
 - b. pengkajian ulang pasien;
 - c. pelayanan laboratorium dan pelayanan darah; dan
 - d. pelayanan radiologi klinik.

- (7) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman, standar prosedur operasional sesuai dengan kebijakan pemerintah dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB XXI

PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN

Pasal 157

- (1) Rumah Sakit memberikan asuhan dan pelayanan pasien yang efektif dan aman dengan komunikasi yang efektif, kolaborasi, dan standardisasi proses untuk memastikan bahwa rencana, koordinasi, dan implementasi asuhan mendukung serta merespons setiap kebutuhan unik pasien dan target.
- (2) Asuhan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa upaya pencegahan, paliatif, kuratif, atau rehabilitatif termasuk anestesia, tindakan bedah, pengobatan, terapi suportif, atau kombinasinya, yang berdasar atas pengkajian awal dan pengkajian ulang pasien.
- (3) Area asuhan risiko tinggi (termasuk resusitasi dan transfusi) serta asuhan untuk pasien risiko tinggi atau kebutuhan populasi khusus yang membutuhkan perhatian tambahan.
- (4) Asuhan pasien dilakukan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dengan banyak disiplin dan staf klinis.
- (5) pegawai yang terlibat dalam asuhan pasien harus memiliki peran yang jelas, ditentukan oleh kompetensi dan kewenangan, kredensial, sertifikasi, hukum dan regulasi, keterampilan individu, pengetahuan, pengalaman, dan kebijakan Rumah Sakit, atau uraian tugas wewenang.
- (6) Pelaksanaan asuhan dan pelayanan harus dikoordinasikan dan diintegrasikan oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dapat dibantu oleh staf klinis.
- (7) Asuhan pasien terintegrasi dilaksanakan dengan beberapa elemen:

- a. dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai ketua tim asuhan (*clinical leader*);
 - b. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) bekerja sebagai tim intra dan interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional;
 - c. Manajer Pelayanan Pasien; dan
 - d. keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga.
- (8) Pasien dengan masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan yang sama berhak mendapat mutu asuhan yang seragam di Rumah Sakit.
 - (9) Direktur merencanakan dan mengkoordinasi pelayanan pasien. Secara khusus, pelayanan yang diberikan kepada populasi pasien yang sama pada berbagai unit kerja sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Rumah Sakit.
 - (10) Direktur harus menjamin bahwa Rumah Sakit menyediakan tingkat mutu asuhan yang sama setiap hari dalam seminggu dan pada setiap *shift*.
 - (11) Direktur menetapkan Kebijakan, Pedoman dan Standar Prosedur Operasional terkait pemberian asuhan pasien sehingga proses pelayanan pasien dapat diberikan secara kolaboratif.

BAB XXII

PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH

Pasal 158

- (1) Tindakan anestesi, sedasi, dan intervensi bedah merupakan proses yang kompleks dan sering dilaksanakan di Rumah Sakit.
- (2) Dalam rangka melaksanakan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memerlukan:
 - a. pengkajian pasien yang lengkap dan menyeluruh;
 - b. perencanaan asuhan yang terintegrasi;
 - c. pemantauan yang terus menerus;
 - d. transfer ke ruang perawatan berdasar atas kriteria tertentu;
 - e. rehabilitasi; dan
 - f. transfer ke ruangan perawatan dan pemulihan.
- (3) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman, standar prosedur operasional, panduan praktek klinik dalam rangka pelaksanaan tindakan anestesi dan sedasi umumnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2).

BAB XXIII

PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT

Pasal 159

- (1) Rumah Sakit menyelenggarakan pelayanan kefarmasian yang mampu menjamin ketersediaan obat dan alat kesehatan yang bermutu, bermanfaat, aman, dan terjangkau untuk memenuhi kebutuhan pasien.
- (2) Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP), serta pelayanan farmasi klinik.
- (3) Pengaturan Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit bertujuan untuk:
 - a. meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian;
 - b. menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian; dan
 - c. melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*).
- (4) Rumah Sakit mengatur tentang penggunaan Obat yang merupakan komponen penting dalam pengobatan simptomatik, preventif, kuratif, paliatif dan rehabilitatif terhadap penyakit dan berbagai kondisi.
- (5) Proses penggunaan obat yang mencakup peresepan, penyiapan (*dispensing*), pemberian dan pemantauan dilakukan secara multidisipliner dan terkoordinasi sehingga dapat menjamin penggunaan obat yang aman dan efektif.
- (6) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman, standar prosedur operasional dalam rangka penyelenggaraan farmasi dan Pelayanan Kefarmasian Dan Penggunaan Obat (PKPO) sesuai peraturan perundang-undangan.

BAB XXIV
KOMUNIKASI DAN EDUKASI

Pasal 160

- (1) Rumah Sakit menyelenggarakan komunikasi yang efektif, baik antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA) maupun antara Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dengan pasien dan keluarga.
- (2) Rumah Sakit harus membangun kepercayaan dan komunikasi terbuka dengan pasien.
- (3) Keberhasilan pengobatan dapat ditingkatkan jika pasien dan keluarga diberi informasi yang dibutuhkan dan dilibatkan dalam pengambilan keputusan serta proses yang sesuai dengan harapan mereka.
- (4) Rumah Sakit menyediakan program edukasi yang didasarkan pada misi Rumah Sakit, layanan yang diberikan Rumah Sakit, serta populasi pasien.
- (5) Profesional Pemberi Asuhan (PPA) berkolaborasi untuk memberikan edukasi sesuai dengan pilihan pembelajaran yang tepat, mempertimbangkan keyakinan, nilai budaya, kemampuan membaca, serta bahasa.
- (6) Edukasi yang efektif diawali dengan pengkajian kebutuhan edukasi pasien dan keluarganya, untuk menentukan jenis dan proses edukasi yang dibutuhkan agar edukasi dapat menjadi efektif.
- (7) Edukasi akan berdampak positif bila diberikan sepanjang proses asuhan.
- (8) Edukasi yang diberikan meliputi pengetahuan dan informasi yang diperlukan selama proses asuhan maupun setelah pasien dipulangkan, serta bagaimana akses ke pelayanan gawat darurat bila dibutuhkan.
- (9) Edukasi yang efektif menggunakan berbagai format yang sesuai sehingga dapat dipahami dengan baik oleh pasien dan keluarga, misalnya informasi diberikan secara tertulis atau audiovisual, serta memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi.
- (10) Pemberian komunikasi dan edukasi mencakup:
 - a. pengelolaan kegiatan promosi kesehatan Rumah Sakit; dan
 - b. komunikasi dengan pasien dan keluarga.

- (11) Rumah Sakit mengintegrasikan edukasi pasien dan keluarga sebagai bagian dari proses perawatan, disesuaikan dengan misi, pelayanan yang disediakan, serta populasi pasiennya.
- (12) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman dan standar prosedur operasional dalam penyelenggaraan komunikasi dan edukasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB XXV

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Pasal 1613

- (1) Rumah Sakit menyelenggarakan program Sasaran Keselamatan Pasien untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan standar organisasi Kesehatan Dunia tentang Keselamatan pasien (*Patient Safety*).
- (2) Pelaksanaan Sasaran Kinerja Pegawai (SKP) bertujuan untuk mendorong Rumah Sakit melakukan perbaikan-perbaikan yang menunjang tercapainya keselamatan pasien.
- (3) Sasaran dalam Sasaran Kinerja Pegawai (SKP) menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar serta penelitian berbasis bukti. Di Indonesia secara nasional untuk seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan, diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri dari:
 - a. sasaran 1, mengidentifikasi pasien dengan benar;
 - b. sasaran 2, meningkatkan komunikasi yang efektif;
 - c. sasaran 3, meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;
 - d. sasaran 4, memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien yang benar pada pembedahan/tindakan invasif;
 - e. sasaran 5, mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan
 - f. sasaran 6, mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh.

- (4) Rumah Sakit mengatur dan mengatasi apabila terjadi kesalahan mengidentifikasi pasien di semua aspek pelayanan baik diagnosis, proses pengobatan serta tindakan.
- (5) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman, standar prosedur operasional dalam penyelenggaraan program sasaran keselamatan pasien.

BAB XXVI

PROGRAM NASIONAL

Pasal 162

- (1) Rumah Sakit melaksanakan fungsi bidang kesehatan, dan menentukan program prioritas sesuai Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD).
- (2) Program prioritas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) yaitu Program Nasional.
- (3) Program Nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
 - a. penurunan angka kematian ibu dan bayi (KIA);
 - b. penurunan angka kesakitan Tuberkulosis/TBC;
 - c. penurunan angka kesakitan HIV/AIDS;
 - d. penurunan prevalensi *stunting* dan *wasting*; dan
 - e. pelayanan Keluarga Berencana Rumah Sakit.
- (4) Pelaksanaan program nasional oleh Rumah Sakit diharapkan mampu meningkatkan akselerasi pencapaian target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang kesehatan sehingga upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meningkat segera terwujud.
- (5) Rumah Sakit melaksanakan program Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) sesuai dengan pedoman Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) yang berlaku dengan langkah langkah sebagai berikut:
 - a. melaksanakan dan menerapkan standar pelayanan perlindungan ibu dan bayi secara terpadu;
 - b. mengembangkan kebijakan dan standar pelayanan ibu dan bayi;

- c. meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi;
 - d. meningkatkan kesiapan Rumah Sakit dalam melaksanakan fungsi pelayanan *obstetric* dan *neonates* termasuk pelayanan kegawatdaruratan (PONEK 24 jam);
 - e. meningkatkan fungsi Rumah Sakit sebagai model dan Pembina teknis dalam pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI Eksklusif serta Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR);
 - f. meningkatkan fungsi Rumah Sakit sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan ibu dan bayi bagi sarana pelayanan kesehatan lainnya.
 - g. melaksanakan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB) 10 (sepuluh) langkah menyusui dan peningkatan kesehatan ibu.
 - h. melakukan pemantauan dan analisis yang meliputi:
 - 1. angka keterlambatan operasi *section caesaria*;
 - 2. angka kematian ibu dan anak;
 - 3. kejadian tidak dilakukannya Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada bayi baru lahir salah satu tugas dari Rumah Sakit dengan kemampuan PONEK adalah melakukan pembinaan kepada jejaring rujukan seperti Puskesmas, Klinik bersalin, praktek perseorangan dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- (6) Pembinaan jejaring rujukan dapat dilakukan dengan mengadakan pelatihan kepada fasilitas kesehatan jejaring, berbagi pengalaman dalam pelayanan ibu dan anak serta peningkatan kompetensi jejaring rujukan secara berkala.
- (7) Rumah Sakit memetakan jejaring rujukan yang ada dan membuat program pembinaan setiap tahun.
- (8) Pelaksanaan program nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a sampai dengan huruf d sesuai dengan Pedoman sesuai dengan kebijakan dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku yang ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

BAB XXVII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 163

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Blora Nomor 50 Tahun 2019 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetijono Blora (Berita Daerah Kabupaten Blora Tahun 2019 Nomor 59) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 164

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Blora
pada tanggal 30 Mei 2023

BUPATI BLORA,

Cap Ttd.

ARIEF ROHMAN

Diundangkan di Blora
pada tanggal 30 Mei 2023

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BLORA,

Cap Ttd.

KOMANG GEDE IRAWADI

BERITA DAERAH KABUPATEN BLORA TAHUN 2023 NOMOR 15

Sesuai dengan aslinya

Kepala Bagian Hukum Setda Kab. Blora,



Ditandatangani secara
elektronik oleh :

SLAMET SETIONO, SH, MM

NIP. 19770111 200501 1 006

UU ITE No 11 Tahun 2008 Pasal 5 ayat 1 "*Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah.*"

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan **sertifikat elektronik** yang di terbitkan **BSrE (Balai Sertifikasi Elektronik)**.

LAMPIRAN I

PERATURAN BUPATI BLORA
NOMOR 15 TAHUN 2023

TENTANG

TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM
DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.
R. SOETIJONO BLORA

LOGO RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. SOETIJONO BLORA



FILOSOFI GAMBAR

NO.	GAMBAR	KETERANGAN GAMBAR	ARTI/FILOSOFI
1.		Daun Jati Hijau Kekuning-Kuningan	melambangkan ciri khas wilayah Kabupaten Blora yang penuh kedamaian dan kaya hutan jati
2.		Tunas Jati	melambangkan siap tumbuh dan berkembang secara dinamis dalam memberikan pelayanan paripurna kepada masyarakat Blora dan sekitarnya.
3.		Palang Hijau	melambangkan Pelayanan Kesehatan yang sesuai dengan tujuan pembangunan kesehatan dan sistem kesehatan nasional
4.		Bunga Wijaya Kusuma Putih Dengan Lima Helai Kelopak	melambangkan kehidupan dan pengabdian luhur penuh ketulusan dalam pelayanan melambangkan Panca Karsa Husada dan Panca Karya Husada dalam Sistem Kesehatan Nasional

NO.	GAMBAR	KETERANGAN GAMBAR	ARTI/FILOSOFI
5.		Bulatan Merah	melambangkan kebulatan tekad serta keberanian untuk maju dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan

BUPATI BLORA,

Cap Ttd.

ARIEF ROHMAN

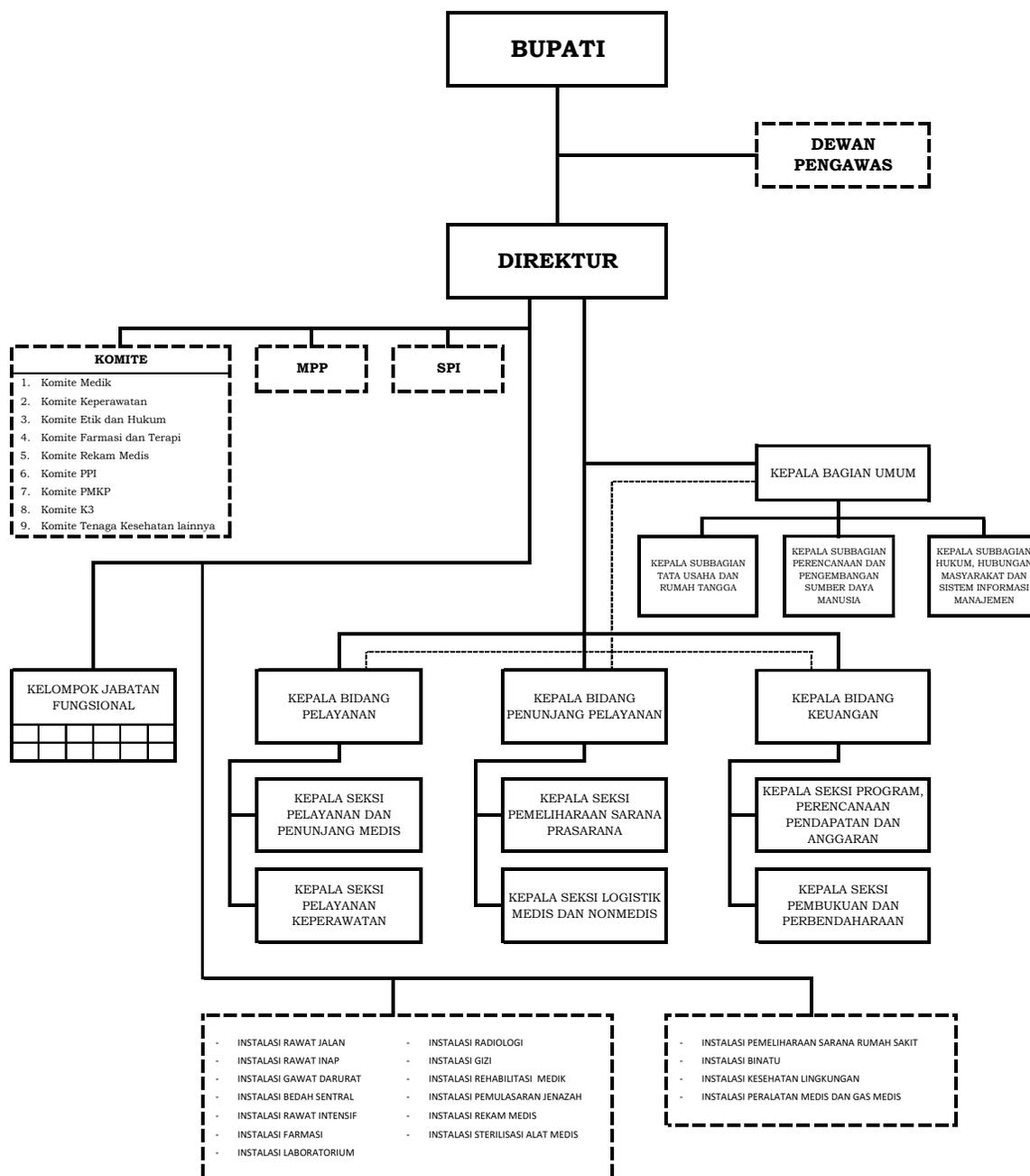
LAMPIRAN II

PERATURAN BUPATI BLORA
NOMOR 15 TAHUN 2023

TENTANG

TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM
DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.
R. SOETIJONO BLORA

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. R. SOETIJONO BLORA



BUPATI BLORA,

Cap Ttd.

ARIEF ROHMAN