



SALINAN

GUBERNUR SULAWESI TENGAH

PERATURAN GUBERNUR SULAWESI TENGAH

NOMOR 1 TAHUN 2023

TENTANG

TATA KELOLA UNIT PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MADANI PROVINSI SULAWESI TENGAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR SULAWESI TENGAH,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 38 ayat (2) Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Tata Kelola Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Daerah Madani Provinsi Sulawesi Tengah Daerah Madani Provinsi Sulawesi Tengah;

Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
3. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2022 tentang Provinsi Sulawesi Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6777);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 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);
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 90 tahun 2019 tentang Klasifikasi, Kodefikasi dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1447);
7. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1046);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG TATA KELOLA UNIT PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MADANI PROVINSI SULAWESI TENGAH.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. 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.
2. Fleksibilitas adalah keleluasan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
3. Praktek Bisnis Yang Sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu, berkesinambungan dan berdaya saing.
4. Rumah Sakit adalah Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Madani di Lingkungan Dinas atau nama lain sesuai ketentuan peraturan perundangan yang melaksanakan Badan Layanan Umum Daerah.
5. Direktur adalah Direktur Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Madani Provinsi Sulawesi Tengah.
6. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada Rumah Sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan Rumah Sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
7. 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 dalam menyelenggarakan Praktek bisnis yang sehat.

8. Pejabat Pengelola adalah Pejabat Pengelola pada Rumah Sakit yang terdiri dari dari Direktur, Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bidang Penunjang Pelayanan, Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum, Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset, Kepala Sub Bagian perencanaan program dan evaluasi, Kepala Seksi Keperawatan dan kebidanan, Kepala Seksi Pelayanan Medis, Kepala Seksi Penunjang Medis, Kepala Seksi Penunjang Non Medis.
9. Manajer Pelayanan Pasien adalah staf fungsional yang diberi tugas dan tanggung jawab oleh direktur untuk membantu direktur dalam mengkoordinasikan, mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan, mutu dan keselamatan pasien.
10. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
11. Komite Medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
12. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
13. Komite mutu adalah tim yang dibentuk oleh direktur yang merupakan non structural yang membantu direktur RS dalam mengelola dan membantu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan RS.
14. Komite Tenaga Kesehatan Lain adalah Komite Komite Tenaga Kesehatan lain adalah wadah non-struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
15. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter umum, dokter gigi, dokter subspecialis, dokter spesialis, dokter gigi subspecialis dan dokter gigi spesialis di Rumah Sakit yang dikelompokkan sesuai bidang spesialisasinya.
16. Mitra Bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis (kredensial).
17. Penugasan Klinis adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
18. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah Spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
19. Rencana Strategis Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat Renstra adalah dokumen perencanaan 5 (lima) tahun yang disusun untuk menjelaskan strategi pengelolaan BLUD dengan mempertimbangkan alokasi sumber daya dan kinerja dengan menggunakan teknik analisis bisnis.
20. 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 Perangkat Daerah.

21. Dokumen Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang dihasilkan dan digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran oleh BLUD.
22. Daerah adalah Daerah Provinsi Sulawesi Tengah.
23. Pemerintah Daerah adalah Gubernur sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonom.
24. Gubernur adalah Gubernur Sulawesi Tengah.
25. Dinas adalah Dinas Kesehatan Daerah.
26. Anggaran pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Sulawesi Tengah.
27. Unit Pelayanan Teknis Daerah adalah organisasi yang melaksanakan kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis penunjang tertentu pada Dinas.
28. Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disingkat ASN adalah pegawai Negeri Sipil dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kontrak.

Pasal 2

- (1) Pembentukan Peraturan Gubernur ini dimaksudkan untuk:
 - a. menjadi pedoman yang mengatur hubungan antara Pemilik Rumah Sakit atau dewan pengawas, Direktur Rumah Sakit, dan Komite Medik sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat diselenggarakan secara efektif, efisien, dan berkualitas; dan
 - b. untuk meningkatkan kinerja layanan secara profesional kepada masyarakat.
- (2) Tata Kelola Rumah Sakit ini sebagai pedoman dalam:
 - a. pengaturan hubungan tata kerja antara Pemilik dengan Pengelola, Tenaga Administrasi dan Tenaga Profesional Kesehatan; dan
 - b. pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan Rumah Sakit.
- (3) Tata Kelola Rumah Sakit menganut prinsip sebagai berikut:
 - a. transparansi, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan;
 - b. akuntabilitas, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak dan diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen Sumber Daya Manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan;
 - c. responsibilitas, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap praktek bisnis yang sehat dengan perundang-undangan; dan
 - d. independensi, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip Praktek Bisnis Yang Sehat.

Pasal 3

Pembentukan Peraturan Gubernur ini berfungsi:

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

Pasal 4

Ruang Lingkup pengaturan dalam Peraturan Gubernur ini terdiri dari:

- a. tata kelola korporasi;
- b. tata kelola staf medis;
- c. tata kelola staf keperawatan;
- d. tata kelola staf tenaga kesehatan lainnya;
- e. tata kelola staf administrasi.
- f. manajemen pengelolaan Rumah Sakit sebagai unit organisasi bersifat khusus:
- g. manajemen sumber daya;
- h. manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- i. manajemen budaya keselamatan kerja;
- j. manajemen pencegahan dan pengendalian infeksi;
- k. manajemen kerjasama/ kontrak;
- l. manajemen pendidikan, pelatihan dan penelitian;
- m. manajemen etik;
- n. manajemen penanganan pengaduan;
- o. manajemen budaya keselamatan;
- p. manajemen pengelolaan lingkungan dan sumber daya lain;
- q. manajemen SPM;
- r. evaluasi dan penilaian kinerja;
- s. informasi medis;
- t. tuntutan hukum;
- u. pengisian jabatan; dan
- v. pelaksanaan peraturan pola tata kelola.

BAB II

TATA KELOLA KORPORASI

Bagian Kesatu

Identitas Rumah Sakit

Pasal 5

- (1) Identitas Rumah Sakit ditetapkan sebagai berikut:
 - a. nama Rumah Sakit yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Madani Provinsi Sulawesi Tengah;
 - b. Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah kelas C selanjutnya mengikuti perkembangan penetapan kelas Rumah Sakit oleh Lembaga yang berwenang;
 - c. Alamat Rumah Sakit adalah Jalan Thalua Konci Nomor 11, Kelurahan Mamboro Barat, Kecamatan Palu Utara, Kota Palu; dan
 - d. Logo Rumah Sakit dan arti logo sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.
- (2) Rumah Sakit Umum Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Dinas untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan Daerah.

- (3) Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Direktur yang merupakan seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan manajerial.

Bagian Kedua

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

Pasal 6

- (1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional pada Rumah Sakit ditetapkan Visi yakni “Menjadi Rumah Sakit Dengan Pelayanan Unggulan Kesehatan Jiwa Yang Merupakan Pilihan Utama Masyarakat Sulawesi Tengah Tahun 2025”.
- (2) Untuk mewujudkan visi tersebut pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai misi:
- a. memberikan pelayanan kesehatan prima yang berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien;
 - b. meningkatkan kualitas pelayanan dengan sarana dan prasarana terbaik sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
 - c. mewujudkan manajemen Rumah Sakit yang kredibel, akuntabel, transparan, bertanggung jawab dan adil;
 - d. meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang berdaya saing; dan
 - e. meningkatkan kesejahteraan pegawai dengan berupaya meningkatkan pendapatan Rumah Sakit.
- (3) Untuk mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), Rumah Sakit mempunyai tujuan:
- a. tersedianya pelayanan kesehatan paripurna;
 - b. tersedianya pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien;
 - c. tercapainya kepuasan pasien dan stakeholder pada umumnya;
 - d. diterapkannya pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
 - e. dimilikinya organisasi dan manajemen Rumah Sakit yang kredibel, akuntabel, transparan, bertanggung jawab, dan adil;
 - f. mewujudkan sumber daya manusia medis dan non medis yang mendukung pelayanan kesehatan bermutu dan professional;
 - g. mewujudkan sumber daya manusia yang berdaya saing;
 - h. meningkatkan pendapatan Rumah Sakit; dan
 - i. meningkatkan kesejahteraan pegawai Rumah Sakit.
- (4) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Rumah Sakit memiliki Sasaran Strategis sebagai berikut:
- a. tersedianya pelayanan jiwa, interna, bedah, anak, obstetric dan ginekologi, anastesi, radiologi, patologi klinik, mata, syaraf, kulit dan kelamin, rehabilitasi medik, THT KL, jantung, gigi dan mulut;
 - b. tercapainya pelayanan berorientasi pada keselamatan pasien;
 - c. terwujudnya pelayanan kesehatan yang komprehensif, emosional, spiritual dan budaya dalam penyajian pelayanan;
 - d. diterapkannya teknologi pelayanan kesehatan mutakhir dalam penyajian pelayanan kesehatan;
 - e. optimalisasi tugas pokok dan fungsi organisasi yang dapat mendukung pelayanan kesehatan yang professional;
 - f. Tata Kelola yang sesuai dengan prinsip *good corporate governance*;
 - g. meningkatnya sistem organisasi, teknologi informasi manajemen Rumah Sakit untuk mendukung pengambilan keputusan;
 - h. tersedianya tenaga medis dan non medis yang bermutu dan profesional untuk mendukung pelayanan kesehatan yang disajikan;
 - i. tersedianya sumber daya manusia medis dan non medis yang memiliki kompetensi khusus;

- j. tersediannya pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia Rumah Sakit yang menjadi rujukan di Daerah;
 - k. mengoptimalkan pelayanan Rumah Sakit yang tersedia;
 - l. mereviu tarif pelayanan agar lebih kompetitif dan terjangkau;
 - m. melakukan kerja sama dengan dinas yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dibidang sosial dan lembaga sosial lainnya yang tidak mengikat serta tidak merugikan; dan
 - n. meningkatkan kesejahteraan pegawai Rumah Sakit.
- (5) Program Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Strategis Rumah Sakit yaitu program:
- a. pencapaian SPM secara maksimal;
 - b. *patient safety*, Implementasi *patient safety* dan manajemen resiko;
 - c. pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit, implementasi pencegahan penyakit infeksi di Rumah Sakit;
 - d. kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit, pelaksanaan Program kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit;
 - e. pengukuran tingkat kepuasan pelanggan internal dan eksternal;
 - f. peningkatan sarana dan prasana Rumah Sakit;
 - g. peningkatan manajemen Rumah Sakit meliputi pemberian tugas sesuai tugas dan fungsi masing-masing, penetapan kebijakan dibuat secara tertulis, monitoring dan evaluasi hasil kinerja Rumah Sakit, optimasi pemanfaatan sistem informasi Rumah Sakit dalam pengambilan keputusan,.
 - h. peningkatan kompetensi setiap karyawan, pelatihan bagi karyawan untuk kompetensi khusus sesuai kebutuhan Rumah Sakit.
 - i. pembuatan kurikulum pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia Rumah Sakit, pelatihan training of trainer dan manajemen of training/training officer course;
 - j. penerapan standar operasional prosedur pelayanan, penerapan *clinical pathway* dan metode prosedur pelayanan kesehatan yang professional;
 - k. kerja sama dengan pihak lain;
 - l. peningkatan kesejahteraan pegawai, pembayaran jasa pelayanan tepat waktu, pemberian penghasilan lain yang sifatnya resmi dan tidak mengikat serta sesuai aturan yang ada;
 - m. promosi Rumah Sakit;
 - n. pembukaaan layanan baru;
 - o. revisi tarif setiap 3 (tiga) tahun; dan
 - p. adanya sub etik dari setiap profesi.
- (6) Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.
- (7) Perubahan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (6) ditetapkan oleh Gubernur atas usulan Direktur.

Pasal 7

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Rumah Sakit memiliki motto “Mosintuvu Mosipakalompe” bermakna “Bersatu Untuk Saling Memperbaiki”.

Pasal 8

Janji layanan Rumah Sakit kepada masyarakat yakni “Kesembuhan Anda Adalah Prioritas Kami”.

Pasal 9

Rumah Sakit menerapkan nilai dasar dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sebagaimana yang tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

Bagian Ketiga
Tanggung Jawab dan Wewenang Gubernur

Pasal 10

- (1) Gubernur sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan Rumah Sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Gubernur berwenang:
 - a. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku representasi pemilik;
 - b. mengesahkan Tata Kelola Rumah Sakit;
 - c. mengesahkan Renstra Rumah Sakit;
 - d. mengesahkan RBA melalui Pejabat yang ditunjuk yaitu Pejabat Pengelola Keuangan Daerah dengan diketahui Dewan Pengawas;
 - e. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai peraturan yang berlaku;
 - f. mengevaluasi kinerja pejabat pengelola baik kinerja keuangan, maupun non keuangan 1 (satu) kali dalam setahun melalui institusi yang ditunjuk;
 - g. menyetujui, menetapkan, dan mengesahkan Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, 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; dan
 - l. memberikan advokasi dan tanggung gugat kepada pihak manajemen Rumah Sakit dan para pekerja profesional kesehatan di Rumah Sakit.
- (3) Pemberian advokasi dan tanggung gugat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf l diberikan jika terjadi kerugian pada pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit yang setelah dilakukan analisa sumber akar masalah, merupakan kesalahan dari pihak manajemen Rumah Sakit.
- (4) Gubernur dapat mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur dalam melaksanakan fleksibilitas untuk pengelolaan Rumah Sakit yang lebih efisien dan efektif, meliputi:
 - a. pengelompokan jenis pelayanan yang berlaku;
 - b. menetapkan formula Jasa Pelayanan;
 - c. melaksanakan perjanjian kerjasama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan;
 - d. dalam keadaan darurat, melakukan pemenuhan kebutuhan pegawai;
 - e. menyusun tata cara kerjasama;
 - f. menetapkan standar satuan harga;
 - g. melakukan publikasi visi dan misi Rumah Sakit;
 - h. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi; dan
 - i. melakukan pengesahan evaluasi Renstra.
- (5) Kinerja pemilik merupakan bagian dalam Laporan Pertanggungjawaban Gubernur dan dilakukan penilaian setiap tahun.

Bagian Keempat
Pembinaan dan pengawasan

Pasal 11

- (1) Pemerintah Daerah wajib melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakitian dan organisasi kemasyarakatan.
- (2) Pembinaan dan Pengawasan sebagaimana dimaksud ayat (1) diarahkan untuk:
 - a. pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat;
 - b. peningkatan mutu pelayanan kesehatan;
 - c. keselamatan pasien;
 - d. pengembangan jangkauan pelayanan;
 - e. peningkatan kemampuan kemandirian Rumah Sakit
- (3) Pembina dan pengawas Rumah Sakit terdiri atas:
 - a. Pembina Teknis;
 - b. Pembina Keuangan;
 - c. Satuan Pengawas Internal;
 - d. Dewan Pengawas.
- (4) Pembina Teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a yaitu Kepala Dinas.
- (5) Pembina Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b yaitu Pejabat Pengelola Keuangan Daerah yang mempunyai tugas dan fungsi menyiapkan bahan :
 - a. perumusan kebijakan teknis evaluasi pengelolaan keuangan;
 - b. koordinasi kebijakan teknis evaluasi pengelolaan keuangan;
 - c. penyusunan petunjuk pelaksanaan kebijakan evaluasi pengelolaan keuangan; dan
 - d. melaksanakan pemantauan, evaluasi, analisis dan pelaporan kebijakan perencanaan pengembangan dan kerjasama.
- (6) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf c dibentuk oleh Direktur untuk melakukan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (7) Pembentukan Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud ayat (6) mempertimbangkan:
 - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - b. kompleksitas manajemen; dan
 - c. volume dan/ atau jangkauan pelayanan.
- (8) Tugas dan persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Satuan Pengawas Internal berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kelima
Dewan Pengawas

Paragraf 1
Umum

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas merupakan representasi dari Pemilik Rumah Sakit yang dibentuk dengan Keputusan Gubernur.
- (2) Pembentukan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Rumah Sakit jika memiliki realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir atau neraca 2 (dua) tahun terakhir.

- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (4) Dewan Pengawas sebagai representasi Pemilik Rumah Sakit bertanggungjawab kepada Gubernur.
- (5) Struktur Koordinasi Dewan Pengawas sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

Paragraf 2
Kedudukan, Tugas, Dan Wewenang
Dewan Pengawas

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Gubernur.
- (2) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.
- (3) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (4) Dewan Pengawas mempunyai tugas:
 - a. menyetujui arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
 - h. memantau perkembangan kegiatan Rumah Sakit;
 - i. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan Rumah Sakit dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola;
 - j. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - k. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - l. memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai:
 1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan Rumah Sakit; dan
 3. kinerja Rumah Sakit.

Pasal 14

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pengendali Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit atau Dokumen Pola Tata Kelola Rumah Sakit;
- d. meminta penjelasan dari Komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit atau Dokumen Pola Tata Kelola Rumah Sakit;

- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit atau Dokumen Pola Tata Kelola Rumah Sakit; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Paragraf 3
Penilaian Kinerja Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas berkewajiban melaporkan hasil penilaian kinerjanya dan pelaksanaan tugasnya kepada Gubernur setiap 1 (satu) tahun sekali atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (2) Penilaian kinerja keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (4) huruf i diukur paling sedikit meliputi:
 - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan;
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya;
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya; dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Penilaian kinerja nonkeuangan diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (4) Penilaian kinerja terhadap Dewan Pengawas dilakukan Gubernur.
- (5) Penilaian didasarkan pada laporan pelaksanaan tugas dan kepatuhan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 4
Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia 60 (tujuh puluh) tahun.
- (2) Dalam hal anggota Dewan Pengawas sudah berusia 60 (tujuh puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Gubernur 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 Rumah Sakit;
 - 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 Rumah Sakit, negara, dan/ atau Daerah.

Paragraf 5
Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang.

- (2) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk Rumah Sakit BLUD yang memiliki:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
 - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah)
- (3) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk Rumah Sakit BLUD yang memiliki:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
 - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).

Pasal 18

- (1) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (2) terdiri atas unsur:
 - a. 1 (satu) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan perumahsakitian;
 - b. 1 (satu) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (2) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (3) terdiri atas unsur:
 - a. 2 (dua) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan perumahsakitian;
 - b. 2 (dua) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (3) Tenaga Ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan ayat (2) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional. atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan Rumah Sakit.
- (4) Pengangkatan Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola di angkat.
- (5) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan Rumah Sakit;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
 - d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi Rumah Sakit;
 - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
 - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2);
 - h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpinnya dinyatakan pailit;
 - i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon Gubernur atau calon wakil Gubernur, dan/atau calon anggota legislatif.

Paragraf 6
Tata Kerja Dewan Pengawas

Pasal 19

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

Paragraf 7
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 20

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

Paragraf 8
Pembiayaan dan Operasional

Pasal 21

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

Paragraf 9
Pelaksanaan Rapat

Pasal 22

- (1) Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat Rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola dan Komite serta pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.
- (3) Rapat Rutin dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam 1 (satu) tahun dengan interval tatap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.

- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. bila ada 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu.

Pasal 23

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

Pasal 24

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

Paragraf 10 Undangan Rapat

Pasal 25

Setiap Undangan dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan sesuai ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 sampai dengan Pasal 24, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara untuk menolak undangan tersebut.

Paragraf 11 Peserta Rapat

Pasal 26

Selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, direksi dan Komite Medik serta pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit, rapat rutin dapat pula dihadiri pihak di luar lingkungan Rumah Sakit apabila diperlukan.

Pasal 27

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, apabila kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih pimpinan rapat untuk memimpin rapat.

- (2) Pimpinan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Paragraf 12
Kuorum

Pasal 28

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

Paragraf 13
Risalah Rapat

Pasal 29

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

Paragraf 14
Pemungutan Suara

Pasal 30

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Paragraf 15
Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 31

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

Paragraf 16
Stempel

Pasal 32

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

- (2) Setiap dokumen tidak akan dibubuhi stempel Dewan Pengawas selain menyangkut hal yang diputuskan oleh Dewan Pengawas dimana Ketua diberi wewenang untuk menggunakan stempel tersebut dengan persetujuan 2 (dua) anggota Dewan Pengawas lainnya.
- (3) Penggunaan stempel oleh ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dilaporkan pada rapat Dewan Pengawas berikutnya untuk memperoleh pengakuan.
- (4) Setiap dokumen yang menggunakan Stempel Dewan Pengawas harus ditandatangani oleh sekurangnya 2 (dua) orang anggota Dewan Pengawas.

Bagian Kelima
Pejabat Pengelola

Paragraf 1
Struktur Organisasi

Pasal 33

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. Direktur;
 - b. Kepala Bagian Tata Usaha, membawahi:
 1. Sub Bagian Keuangan;
 2. Sub Bagian Kepegawaian dan Umum; dan
 3. Sub Bagian Perencanaan dan Evaluasi Program;
 - c. Kepala Bidang Pelayanan, membawahi:
 1. Seksi Pelayanan Medis; dan
 2. Seksi Keperawatan dan Kebidanan;
 - d. Kepala Bidang Penunjang Pelayanan, membawahi:
 1. Seksi Penunjang Medis; dan
 2. Seksi Penunjang Non Medis;
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang memangku jabatan rangkap sebagai:
 - a. direksi pada badan usaha milik negara/Daerah;
 - b. direksi pada Rumah Sakit swasta; dan
 - c. jabatan lain yang berhubungan dengan pengurusan perusahaan.
- (3) Direktur bertanggungjawab kepada Gubernur terhadap operasional, pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian pada Rumah Sakit.
- (4) Susunan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (5) Perubahan susunan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Gubernur.
- (6) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (7) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatannya.
- (8) Kebutuhan Praktek Bisnis Yang Sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (9) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.
- (10) Rumah Sakit menetapkan struktur organisasi internal meliputi Komite, Instalasi dan Unit Organisasi lain serta tata hubungan kerja dengan para Pimpinan di Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
- (11) Struktur Organisasi sebagaimana dimaksud ayat (10) dapat mendukung proses budaya kerja manajemen Rumah Sakit, budaya keselamatan pasien dalam manajemen klinis di Rumah Sakit dan komunikasi antar profesi.

- (12) Struktur Organisasi dapat mendukung proses perencanaan pelayanan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan.
- (13) Struktur Organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi.
- (14) Struktur Organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas mutu pelayanan klinis.
- (15) Dalam menjamin manajemen mutu dan keselamatan pasien, Direksi dibantu oleh Manajer Pelayanan Pasien.
- (16) Manajer Pelayanan Pasien diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (17) Dalam rangka mewujudkan pelayanan klinis dan manajemen Rumah Sakit sehari-hari agar lebih efektif dan efisien maka Rumah Sakit dibagi menjadi sub kelompok yang kohersif yaitu instalasi, kelompok staf medis, kelompok staf keperawatan, kelompok staf tenaga kesehatan lainnya dan Komite atau jenis layanan tertentu yang berada di bawah arahan pimpinan pelayanan yang disebut organisasi pelaksana atau instalasi.
- (18) Sub kelompok sebagaimana dimaksud pada ayat (17) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (19) Dalam pelaksanaan pelayanan instalasi dapat terdiri dari unit pelayanan sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
- (20) Unit pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (19) dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.

Paragraf 2 Hubungan Kerja

Pasal 34

- (1) Struktur organisasi menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.
- (2) Prosedur kerja menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi logis menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan rentang kendali dan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.
- (4) Pengelompokan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) untuk pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif berdasarkan kompetensi untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif, efisien dan produktif.

Pasal 35

- (1) Direktur Rumah Sakit merupakan pimpinan tertinggi di Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Gubernur selaku pemilik.
- (2) Direktur bertanggungjawab untuk menjalankan misi Rumah Sakit yang sudah ditetapkan atau representasi pemilik serta menyusun regulasi pelayanan dan manajemen untuk menjalankan Rumah Sakit.

Paragraf 3 Persyaratan Pejabat Pengelola

Pasal 36

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :

- a. seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitian dan tidak dapat dirangkap oleh pemilik Rumah Sakit serta berkewarganegaraan Indonesia;

- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan dan bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan dan menjalankan Praktek Bisnis Yang Sehat di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- g. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Paragraf 4

Tugas dan Fungsi dan Kewenangan Direktur

Pasal 37

- (1) Direktur mempunyai tugas:
 - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit agar lebih efisien dan produktivitas;
 - b. merumuskan penetapan kebijakan teknis Rumah Sakit serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Gubernur;
 - c. menyusun Renstra;
 - d. menyiapkan RBA;
 - e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Gubernur 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 mempertanggungjawabkan kinerja operasional dan keuangan, Barang Milik Daerah serta bidang kepegawaian Rumah Sakit kepada Gubernur; dan
 - h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Gubernur sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Direktur dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berperan sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan.

Pasal 38

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 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-tugas lain yang diberikan oleh Gubernur.

Pasal 39

Tanggung jawab dan wewenang Direktur :

- a. mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait dengan Rumah Sakit;
- b. menjalankan operasional Rumah Sakit dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan;
- c. menjamin kepatuhan Rumah Sakit terhadap peraturan perundang-undangan;
- d. menetapkan regulasi Rumah Sakit;
- e. menjamin kepatuhan staf Rumah Sakit dalam implementasi semua regulasi Rumah Sakit yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
- f. menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
- g. menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- h. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di Rumah Sakit;
- i. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
- j. menetapkan regulasi Rumah Sakit meliputi peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit;
- k. mengusulkan formasi pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. melakukan seleksi penerimaan pegawai kontrak baik internal maupun bekerjasama dengan pihak eksternal, mengangkat dan memberhentikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- m. menetapkan hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- n. memberikan penghargaan kepada pegawai, yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
- o. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- p. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian Pejabat Pengelola dibawah Direktur kepada Gubernur;
- q. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;
- r. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- s. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- t. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
- u. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua Pejabat Pengelola dibawah Direktur; dan
- v. mengusulkan RBA Rumah Sakit dan rencana mutu serta keselamatan pasien kepada Gubernur.

Pasal 40

- (1) Dalam menjalankan fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan, Direktur bertindak selaku kuasa pengguna anggaran atau selaku yang menerima pelimpahan kewenangan pengguna anggaran dari Kepala Dinas serta mempunyai tugas dan kewenangan:
 - a. menyusun RBA;
 - b. menyusun DPA;

- c. menandatangani Surat Perintah Membayar;
 - d. mengelola utang dan piutang Daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - e. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan;
 - f. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan; dan
 - g. menetapkan pejabat lainnya.
- (2) Selain menjalankan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1) Direktur bertindak sebagai kuasa pengguna barang

Paragraf 5 Pemberhentian Direktur

Pasal 41

Direktur dapat diberhentikan karena :

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan secara tetap tanpa keterangan paling kurang 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; atau
- f. terbukti terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih berdasarkan keputusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.

Paragraf 6 Evaluasi Kinerja Direktur

Pasal 42

Dewan Pengawas diberikan delegasi oleh Gubernur untuk melakukan evaluasi kinerja Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali meliputi:

- a. evaluasi kinerja Direktur berdasarkan pencapaian kinerja dan mutu Rumah Sakit berdasarkan RBA; dan
- b. evaluasi kinerja Direktur terdiri dari pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu non keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai.

Bagian Keenam Kepala Bagian/Bidang

Paragraf 1 Umum

Pasal 43

- (1) Kepala Bagian/Bidang bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Kepala Bagian/Bidang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. unsur pimpinan pelayanan medis;
 - b. unsur pimpinan keperawatan;
 - c. Unsur pimpinan penunjang medis; dan
 - d. Unsur pimpinan administrasi umum dan keuangan.
- (3) Kualifikasi jabatan untuk para Kepala Bagian/Bidang tersebut sesuai dengan persyaratan.
- (4) Kepala Bagian/Bidang terlibat dalam mendefinisikan-operasionalkan misi Rumah Sakit.

- (5) Berdasarkan atas misi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Bagian/Bidang bekerjasama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Paragraf 2
Persyaratan Jabatan, Tugas dan Fungsi
Kepala Bagian/Bidang

Pasal 44

Persyaratan, tugas dan fungsi Kepala Bagian/Bidang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai Perangkat Daerah dan kepegawaian.

Paragraf 3
Evaluasi Kinerja Kepala Bagian/Bidang

Pasal 45

Penilaian evaluasi kinerja kepala bagian/bidang meliputi:

- a. evaluasi kinerja Kepala Bagian Tata Usaha dinilai Direktur;
- b. evaluasi kinerja Kepala Bidang Pelayanan dinilai Direktur;
- c. evaluasi kinerja Kepala Bidang Penunjang Pelayanan dinilai Direktur;
- d. evaluasi Kinerja Kepala Bagian/Bidang berdasarkan pencapaian kinerja; dan
- e. evaluasi kinerja Kepala Bagian/Bidang terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai.

Bagian Ketujuh
Kepala Sub Bagian/Seksi

Paragraf 1
Umum

Pasal 46

- (1) Kepala Sub Bagian/Seksi bertanggungjawab kepada Kepala Bagian/Bidang.
- (2) Kepala Sub Bagian/Seksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. unsur pimpinan pelayanan medis;
 - b. unsur pimpinan keperawatan;
 - c. unsur pimpinan penunjang medis; dan
 - d. unsur pimpinan administrasi umum dan keuangan.
- (3) Kualifikasi jabatan untuk Kepala Sub Bagian/Seksi sesuai dengan persyaratan.
- (4) Kepala Sub Bagian/Seksi terlibat dalam mendefinisikan-operasionalkan misi Rumah Sakit.
- (5) Berdasarkan atas misi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Kepala Sub Bagian/Seksi bekerjasama mengawasi implementasi rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Paragraf 2
Persyaratan Jabatan, Tugas dan Fungsi
Kepala Sub Bagian/Seksi

Pasal 47

Persyaratan, tugas dan fungsi Kepala Sub Bagian/Seksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai Perangkat Daerah dan kepegawaian.

Paragraf 3
Evaluasi Kinerja Kepala Sub Bagian/Seksi

Pasal 48

- (1) Evaluasi kinerja Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum dinilai Kepala Bagian Tata Usaha.
- (2) Evaluasi kinerja Kepala Sub Bagian Perencanaan Program dan Evaluasi dinilai Kepala Bagian Tata Usaha.
- (3) Evaluasi kinerja Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset dinilai Kepala Bagian Tata Usaha.
- (4) Evaluasi kinerja Kepala Seksi Pelayanan Medis dinilai Kepala Bidang Pelayanan.
- (5) Evaluasi kinerja Kepala Seksi Keperawatan dan Kebidanan dinilai Kepala Bidang Pelayanan.
- (6) Evaluasi kinerja Kepala Seksi Penunjang Medis dinilai Kepala Bidang Penunjang Pelayanan.
- (7) Evaluasi kinerja Kepala Seksi Penunjang Non Medis dinilai Kepala Bidang Penunjang Pelayanan.
- (8) Evaluasi kinerja Kepala Sub Bagian/Seksi terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai.

Bagian Kedelapan
Pejabat Fungsional dan Tugas Tambahan selaku
Kelompok sub Substansi dan Sub Koordinator

Pasal 49

- (1) Pada Rumah Sakit dapat diangkat Pejabat Fungsional sesuai dengan kompetensi dan keahlian, dan secara bersama bertanggungjawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi.
- (2) Persyaratan, tugas dan fungsi dan evaluasi Pejabat Fungsional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai Perangkat Daerah dan kepegawaian.

Bagian Kesembilan
Organisasi Pendukung

Paragraf 1
Organisasi Pelaksana /Unit Pelayanan/Instalasi

Pasal 50

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan di Rumah Sakit dibentuk organisasi pelaksana yang secara berjenjang berada dibawah garis komando Kepala Sub bagian/Seksi pelayanan.
- (2) Pembentukan, perubahan jumlah dan jenis Organisasi Pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.
- (3) Organisasi Pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang kepala dari jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Organisasi Pelaksana mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyelenggarakan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (5) Kriteria Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dalam Keputusan Direktur.

Pasal 51

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

Paragraf 2

Kelompok Jabatan Nonstruktural

Pasal 52

- (1) Selain jabatan struktural, di Rumah Sakit dapat dibentuk satuan organisasi yang bersifat nonstruktural yang bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Kelompok jabatan non struktural sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Satuan Pengawas Internal;
 - b. Komite, terdiri dari:
 1. Komite Medik;
 2. Komite Keperawatan;
 3. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
 4. Komite Mutu Dan Keselamatan Pasien;
 5. Komite Etik Dan Hukum Rumah Sakit;
 6. Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi;
 7. Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit; dan
 8. Manajemen Pelayanan Pasien;
- (3) Kelompok jabatan non struktural sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, huruf b dan huruf c ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 3

Manajer Pelayanan Pasien

Pasal 53

- (1) Manajer pelayanan pasien mempunyai tugas membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengendalian Pelayanan Pasien di Rumah Sakit.
- (2) Manajer Pelayanan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kelompok jabatan fungsional lainnya yang bertugas melaksanakan pengawasan, mengkoordinasikan dan mengendalikan terhadap penyelenggaraan pelayanan, mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Ketua, sekretaris dan anggota Manajer Pelayanan Pasien dibentuk dengan Keputusan Direktur.
- (4) Manajer Pelayanan Pasien terdiri dari ASN dan tenaga profesional lainnya yang menguasai bidang perumahsakit.

Paragraf 4

Tim, Panitia dan Kelompok Kerja

Pasal 54

- (1) Direktur dapat membentuk tim, panitia dan kelompok kerja dan menetapkan honor dalam rangka peningkatan pelaksanaan pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit untuk menyelesaikan suatu tugas tertentu.
- (2) Pembentukan tim, panitia dan kelompok kerja dimaksud pada ayat (1) berdasarkan kebijakan dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan Rumah Sakit, susunan keanggotaan, kualifikasi anggota dan jumlah anggota.

Bagian Kesepuluh
Pedoman Pelayanan

Pasal 55

- (1) Kepala Unit Pelayanan/instalasi mengusulkan rencana kegiatan, anggaran serta program peningkatan mutu dan kinerja instalasi kepada pimpinan Rumah Sakit melalui pejabat di atasnya.
- (2) Kepala Unit Pelayanan/instalasi bertanggung jawab membuat pedoman pelayanan tentang pelayanan yang dipimpin.
- (3) Rencana kegiatan, anggaran serta program sebagaimana diatur pada ayat (1) minimal berisi tentang uraian pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan pelayanan yang direncanakan, serta mengatur pengetahuan dan keterampilan staf klinis yang melakukan assesmen pasien dan kebutuhan pasien.
- (4) Kepala Unit Pelayanan/instalasi bekerja sama, untuk menetapkan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan pelayanan.
- (5) Kepala Unit Pelayanan/instalasi menjamin adanya mekanisme aduan pelayanan pasien yang jelas demi pelayanan yang optimal kepada pasien.

Bagian Kesebelas
Program Mutu Instalasi dan Unit

Pasal 56

Kepala Unit Pelayanan/instalasi beserta seluruh stafnya turut serta dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan melakukan monitoring kegiatan klinis dan nonklinis.

Pasal 57

- (1) Kepala Unit Pelayanan/instalasi menerapkan pengawasan dan penilaian terkait peningkatan mutu di unit yang dipimpin sesuai dengan standar minimal indikator mutu yang digunakan.
- (2) Standar minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup penilaian sebagai berikut:
 - a. Rumah Sakit secara menyeluruh dan perbaikan yang ditetapkan oleh Direktur yang terkait secara spesifik dengan Unit Pelayanan/instalasi;
 - b. terkait dengan prioritas Unit Pelayanan/instalasi secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana beresiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi.
 - c. spesifik Unit Pelayanan/instalasi yang diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari Profesional Pemberi Asuhan.

Pasal 58

Kepala Unit Pelayanan/instalasi menyediakan data dan informasi dari hasil kegiatan pelayanan yang selanjutnya dipergunakan untuk melakukan evaluasi dokter, perawat, dan staf klinis pemberi asuhan yang memberikan pelayanan.

Bagian Kedua Belas
Program Mutu Kelompok Staf Medis

Pasal 59

- (1) Tiap KSM memilih dan menetapkan panduan praktik klinik, beserta dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*) dan/atau protokol klinis atau prosedur dan/atau *standing order* sebagai panduan asuhan klinis.

- (2) Pemilihan dan penetapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi kriteria minimal:
 - a. sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi Rumah Sakit;
 - b. disesuaikan dengan teknologi, obat, sumber daya lain di Rumah Sakit atau norma profesional yang berlaku secara nasional;
 - c. dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang;
 - d. disetujui resmi atau digunakan oleh Rumah Sakit;
 - e. dilaksanakan dan diukur efektivitasnya;
 - f. dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau *pathways*; dan
 - g. secara berkala diperbarui berdasar atas bukti serta evaluasi proses dan hasil proses.
- (3) Panduan praktik klinik, alur klinis, atau protokol dijadikan acuan dan bahan evaluasi KSM.

Pasal 60

- (1) Tiap ketua KSM menetapkan secara bersama-sama minimal 5 (lima) panduan klinis prioritas setiap tahun untuk diimplementasikan di Unit Pelayanan.
- (2) Tiap Unit Pelayanan melakukan komunikasi dan koordinasi dengan Unit Pelayanan lainnya yang terkait agar dapat membantu penerapan dan evaluasi penerapan panduan klinis prioritas.

Pasal 61

Kepala Unit Pelayanan klinis ikut terlibat dalam evaluasi penerapan panduan praktik klinis, alur klinis dan protokol kelompok staf medis, sesuai dengan kriteria sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2).

Pasal 62

Komite Medis bersama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/dokter penanggung jawab perawatan terhadap panduan praktek klinis.

Bagian Ketiga Belas Hubungan Tata Kelola

Paragraf 1

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas

Pasal 63

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

Paragraf 2
Hubungan Dewan Pengawas dengan Komite Medik

Pasal 64

- (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.

Paragraf 3
Hubungan Pejabat Pengelola dengan Komite Medik

Pasal 65

- (1) Komite Medik berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Komite Medik bekerja berdasarkan berdasarkan penugasan dari Direktur.
- (3) Pelaksanaan tugas Komite Etik dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.

Paragraf 4
Hubungan Pejabat Pengelola dengan Satuan Pengawas Internal

Pasal 66

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

BAB III
TATA KELOLA KELOMPOK STAF MEDIS

Bagian Kesatu
Kelompok Staf Medis

Paragraf 1
Umum

Pasal 67

- (1) Untuk menjadi KSM seorang staf medis memenuhi syarat sebagai berikut:
 - a. kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. surat tanda registrasi;
 - c. surat ijin praktek; dan
 - d. surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis.

- (2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf medis harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang laik untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.

Pasal 68

- (1) KSM berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dibidang pelayanan medis.
- (2) KSM Fungsional dapat melimpahkan tindakan medis tertentu kepada perawat berdasarkan rincian kompetensi keperawatan.

Pasal 69

Dalam melaksanakan fungsinya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (1) KSM 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 atau pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran; dan
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 70

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 KSM dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian sama.
- (3) Dalam hal ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi, dapat dibentuk KSM yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 71

- (1) KSM dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- (2) Ketua KSM dapat dijabat oleh Dokter yang berstatus ASN.
- (3) Pemilihan Ketua KSM sesuai dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur.
- (4) Ketua KSM ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Masa bakti Ketua KSM paling kurang 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Pasal 72

Tanggung jawab KSM meliputi :

- a. melakukan evaluasi atas kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- b. memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- c. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal yang berkaitan dengan praktek kedokteran;
- d. memberikan laporan secara teratur paling kurang 1 (satu) kali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur Pelayanan tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf; dan
- e. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen yang terkait.

Pasal 73

Kewajiban KSM meliputi :

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

Pasal 74

- (1) Pelaksanaan tugas dan fungsi staf medis dilakukan penilaian kinerja oleh Direktur sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Staf medis yang memberikan pelayanan medik dan menetap di Unit Pelayanan tertentu secara fungsional menjadi tanggungjawab Komite Medik terutama pembinaan masalah keprofesian.

Paragraf 2 Jenis

Pasal 75

Staf medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 74 ayat (3) terdiri dari :

- a. staf medis berstatus ASN;
- b. staf medis berstatus profesional lainnya; dan
- c. staf medis tamu.

Pasal 76

Staf Medis yang berstatus ASN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 huruf a, yaitu dokter ASN yang bekerja penuh waktu sebagai pegawai tetap Rumah Sakit, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 77

- (1) Staf medis yang berstatus profesional lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 huruf b, yaitu dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang berstatus tenaga kontrak dan yang telah terikat kontrak kerja dengan Rumah Sakit dan/atau institusi lainnya dan ditetapkan berdasarkan keputusan penempatan di Rumah Sakit oleh Direktur.
- (2) Apabila masa kontrak telah selesai atau atas persetujuan bersama, Staf medis yang berstatus profesional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhenti secara otomatis.
- (3) Staf medis yang bersatatus profesional lainnya yang telah menyelesaikan masa kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat bekerja kembali untuk masa kontrak berikutnya setelah menandatangani kontrak kerja baru dengan pihak Rumah Sakit.

Pasal 78

Staf Medis Tamu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 huruf c, yaitu dokter dari luar Rumah Sakit yang karena reputasi dan/atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medik yang ada di Rumah Sakit atau untuk melaksanakan tugas suatu keahlian tertentu yang menggunakan teknologi baru.

Pasal 79

Peserta program pendidikan dokter spesialis yaitu dokter yang secara sah diterima sebagai peserta program pendidikan dokter spesialis, dan membantu memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan yang mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dibidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 3
Kewenangan Klinis

Pasal 80

- (1) Setiap staf medis diberikan kewenangan klinis oleh Direktur sesuai standar profesi setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan buku putih.
- (2) Kewenangan klinis seorang staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku.

Pasal 81

- (1) Untuk memberikan rekomendasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80 ayat (1) Komite medik menetapkan rincian kewenangan klinis dari syarat kompetensi yang dibutuhkan untuk setiap jenis pelayanan medis bagi setiap jenis pelayanan di Rumah Sakit.
- (2) Penetapan rincian kewenangan klinis dan syarat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium spesialisasi dan didokumentasikan oleh Komite Medik dalam buku putih.
- (3) Buku putih sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menjadi dasar bagi Komite Medik dalam mengeluarkan rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk staf medis.

Paragraf 4
Surat Penugasan Klinis

Pasal 82

- (1) Pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 ayat (2) diberikan Direktur melalui penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (2) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada staf medis sebagai dasar untuk melakukan pelayanan medis.
- (3) Berdasarkan Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), seorang staf medis tergabung menjadi anggota kelompok staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medik.
- (4) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri Penugasan Klinis seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.
- (5) Dengan dibekukan atau diakhirinya Penugasan Klinis seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medik.

Pasal 83

Direktur dapat memberikan Surat Penugasan Klinis Sementara kepada dokter tamu atau dokter pengganti.

Pasal 84

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

Paragraf 5
Masa Kerja

Pasal 85

- (1) Staf medis yang berstatus ASN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 huruf a, memiliki masa kerja sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang undangan.
- (2) Staf medis yang berstatus professional lainnya dan staf medis tamu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 huruf b dan huruf c, memiliki masa kerja sesuai dengan kontrak kerja dan/atau Keputusan Direktur.

Pasal 86

- (1) Staf medis ASN yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai staf medis yang berstatus professional lainnya atau staf medis tamu sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan tenaganya masih dibutuhkan.
- (2) Untuk dapat diangkat kembali sebagai staf medis berstatus professional lainnya atau staf medis tamu, harus terlebih dahulu mengajukan permohonan kepada Direktur.
- (3) Direktur meminta Komite Medik untuk melakukan kajian kompetensi calon staf medis melalui sub Komite kredensial staf medis untuk menerima atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (4) Selain staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Rumah Sakit dapat mempekerjakan staf medis spesialis mandiri dari luar yang diikat dengan kontrak kerja berdasarkan analisis kebutuhan yang dilakukan dengan membuat kajian terlebih dahulu oleh Komite Medik sub Komite kredensial.
- (5) Jangka waktu kontrak kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (4) berdasarkan kesepakatan kedua belah pihak dengan mempertimbangkan efektivitas, efisien dan kemampuan keuangan.
- (6) Kontrak kerja dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan-perundang-undangan.

Pasal 87

Staf medis diberhentikan dengan hormat karena :

- a. telah memasuki masa pensiun;
- b. permintaan sendiri;
- c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai staf medis;
- d. tidak masuk kerja selama 46 (empat puluh enam) hari kerja secara kumulatif dalam 1(satu) tahun; dan
- e. berhalangan tetap karena sakitnya sehingga tidak dapat melaksanakan tugas.

Pasal 88

Staf medis diberhentikan dengan tidak hormat apabila terbukti melakukan perbuatan melawan hukum dengan ancaman pidana lebih dari 5 (lima) tahun berdasarkan putusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.

Paragraf 6
Penilaian Kinerja, Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 89

- (1) Penilaian kinerja staf medis dilakukan oleh Komite Medik.
- (2) Hasil penilaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa rekomendasi disampaikan kepada Direktur untuk pengambilan kebijakan.

Pasal 90

- (1) Pembinaan dan pengawasan staf medis dilakukan oleh Direktur melalui Komite Medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan anggota staf medis dilakukan oleh Direktur pelayanan melalui ketua KSM.

Paragraf 7
Sanksi

Pasal 91

- (1) Seluruh staf medis yang melakukan pelanggaran terhadap aturan perundang-undangan, aturan Rumah Sakit, klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi administrasi tergantung jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (2) 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 staf medis ASN; atau
 - d. pemutusan kontak kerja bagi staf medis berstatus profesional lainnya yang masih berada dalam masa kontrak.
- (3) Pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Medik dalam hal ini sub Komite etika dan disiplin profesi medis dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.
- (4) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur dan disampaikan kepada staf medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (5) Dalam hal staf medis tidak dapat menerima sanksi, yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis kepada Direktur dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya keputusan.
- (6) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya surat sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

Bagian Kedua
Komite Medik

Paragraf 1
Pembentukan

Pasal 92

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural di Rumah Sakit yang dibentuk dengan Keputusan Direktur sebagai perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medis terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.
- (3) Komite Medik berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur dalam hal yang berkaitan dengan :
 - a. mutu pelayanan medis;
 - b. pembinaan etik kedokteran; dan
 - c. pengembangan profesi medis.
- (4) Komite Medik mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (5) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan bagi Komite Medik untuk melaksanakan fungsinya.

Paragraf 2
Susunan, Fungsi, Tugas dan Kewenangan

Pasal 93

Susunan Organisasi Komite medik terdiri dari:

- a. ketua;
- b. sekretaris; dan
- c. sub Komite.

Pasal 94

- (1) Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 huruf a, ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (2) Sekretaris Komite Medik dan ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (3) Keanggotaan Komite Medis ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit.
- (5) Dalam hal wakil ketua diperlukan, ketua Komite Medik mengusulkan wakil ketua untuk ditetapkan kepada Direktur.

Pasal 95

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Komite Medik terbagi dalam 3 (tiga) sub Komite, yaitu :
 - a. sub Komite kredensial staf medis;
 - b. sub Komite mutu profesi medis; dan
 - c. sub Komite etika dan disiplin profesi medis.
- (3) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling sedikit 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat Penugasan Klinis di Rumah Sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

Pasal 96

Dalam melaksanakan tugas Komite Medis berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
- b. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampinga; dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 97

- (1) Organisasi sub Komite Kredensial staf medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95 ayat (2) huruf a paling kurang terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua Komite Medik.
- (2) Sub Komite Kredensial staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis.

- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sub Komite kredensial staf medis memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. penyusunan dan pengkomplikasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku yaitu;
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental; dan
 3. perilaku etika profesi;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian;
 - c. evaluasi data pendidikan professional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medis;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medis; dan;
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat Penugasan Klinis.

Pasal 98

- (1) Organisasi Sub Komite mutu profesi medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95 ayat (2) huruf b, paling kurang terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Sub Komite mutu profesi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas memelihara mutu profesi staf medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sub Komite mutu profesi medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan; dan
 - e. pemantauan dan pengendalian mutu profesi dilakukan melalui:
 1. pemantauan kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian, audit medis, *journal reading*; dan
 2. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat, aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Pasal 99

- (1) Organisasi Sub Komite Etika dan disiplin profesi medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95 ayat (2) huruf c, paling kurang terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua Komite Medik.
- (2) Sub Komite etika dan disiplin profesi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sub Komite etika dan disiplin profesi medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/ pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf 3
Kredensial

Pasal 100

- (1) Direktur memberikan kewenangan klinis kepada staf medis berdasarkan rekomendasi dari Komite Medik.
- (2) Komite Medik dalam memberikan rekomendasi dilakukan setelah melalui proses kredensial.
- (3) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan salah satu upaya Rumah Sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf medis yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (4) Kredensial dilakukan terhadap seluruh staf medis.
- (5) Rumah Sakit melakukan proses kredensial sebagaimana dimaksud ayat (2) untuk memverifikasi keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis agar yang bersangkutan bisa melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi.
- (6) Upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilakukan dengan cara mengatur agar setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar memiliki kompetensi.
- (7) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) meliputi 2 (dua) aspek yaitu:
 - a. kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, ketrampilan dan perilaku profesional; dan
 - b. kompetensi fisik dan mental.

Pasal 101

- (1) Seorang staf medis yang dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (2) Staf medis yang tidak memiliki kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis.

Pasal 102

- (1) Staf medis harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan mengisi formulir paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum Surat Penugasan Klinis habis masa berlakunya.
- (2) Sub Komite kredensial staf medis harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 100 berlaku mutatis mutandis terhadap rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (4) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Medik kepada Direktur berupa:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Pasal 103

- (1) Mekanisme kredensial dan rekredensial di Rumah Sakit merupakan tanggung jawab Komite Medik.
- (2) Proses kredensial dan rekredensial dilaksanakan oleh Sub Komite Kredensial.

Paragraf 4
Rapat

Pasal 104

Rapat Komite Medik terdiri dari:

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

Pasal 105

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 104 huruf a dilakukan paling kurang 1 (satu) kali setiap bulan.
- (2) Rapat rutin bersama semua KSM dan/atau dengan semua staf medis, dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (3) Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medik.
- (4) Dalam hal Ketua tidak hadir rapat dipimpin oleh wakil ketua.
- (5) Dalam hal Ketua dan wakil ketua tidak hadir rapat dipimpin oleh salah satu dari anggota yang hadir.
- (6) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik.
- (7) Dalam hal kuorum tidak tercapai, rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.
- (8) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 106

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 104 huruf b diadakan apabila:
 - a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik.
- (2) Rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik.
- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai, rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.
- (4) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (5) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan rapat secara spesifik.
- (6) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat.

Pasal 107

- (1) Rapat tahunan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 104 huruf c, diselenggarakan 1 (satu) dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 108

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh Direktur, Kepala Bidang Pelayanan dan pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.

Pasal 109

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

Pasal 110

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

Paragraf 5 Panitia *Ad hoc*

Pasal 111

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc*.
- (2) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yaitu sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
- (5) 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.

Paragraf 6 Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 112

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh badan yang berwenang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan, pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

BAB IV
TATA KELOLA STAF KEPERAWATAN

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 113

Penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan mekanisme tata kerja Komite keperawatan mengacu pada peraturan internal staf keperawatan sebagai dasar hukum yang sah bagi Komite keperawatan dan Direktur dalam pengambilan keputusan tentang staf keperawatan.

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis

Pasal 114

- (1) Asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi kewenangan melalui proses kredensial kepada staf keperawatan berdasarkan kategori jenjang klinis keperawatan.
- (2) Staf Keperawatan dapat memperoleh pelimpahan tindakan medis tertentu dari staf medis fungsional berdasarkan rincian kompetensi staf keperawatan.
- (3) Jenjang klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. jenjang perawat klinik IA, IB;
 - b. jenjang perawat klinik II;
 - c. jenjang perawat klinik III;
 - d. jenjang perawat klinik IV; dan
 - e. jenjang perawat klinik V.
- (4) Dalam keadaan tertentu kewenangan klinis dapat diberikan kepada staf keperawatan dengan melihat kondisi yang meliputi:
 - a. kewenangan klinis sementara;
 - b. kewenangan klinis dalam keadaan darurat; dan
 - c. kewenangan klinis bersyarat;
- (5) Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dijabarkan dalam buku putih.
- (6) Buku Putih sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disusun oleh Panitia *Ad hoc* yang dibentuk oleh Komite keperawatan dengan melibatkan Mitra Bestari.

Pasal 115

- (1) Untuk mendapatkan kewenangan klinis, staf keperawatan mengajukan secara tertulis kepada Direktur dengan melampirkan syarat yang telah ditentukan.
- (2) Direktur berdasarkan pengajuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menugaskan kepada Komite Keperawatan untuk melakukan proses kredensial.
- (3) Komite Keperawatan menugaskan kepada Sub Komite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf keperawatan sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf keperawatan.
- (4) Rekomendasi SubKomite Kredensial dapat berupa :
 - a. rekomendasi pemberian kewenangan klinis;
 - b. tidak diberi rekomendasi; dan
 - c. rekomendasi dengan syarat.

Bagian Ketiga
Penugasan Klinis

Pasal 116

- (1) Komite Keperawatan menetapkan kewenangan klinis staf keperawatan dan mengusulkan kepada Direktur untuk dikeluarkan surat Penugasan Klinis.
- (2) Direktur mengeluarkan surat Penugasan Klinis yang berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengeluarkan surat pengakhiran Penugasan Klinis staf keperawatan atas rekomendasi Sub Komite Etik dan disiplin profesi melalui Ketua Komite Keperawatan.

Bagian Keempat
Komite Keperawatan

Paragraf 1
Pembentukan

Pasal 117

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

Paragraf 2
Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan

Pasal 118

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan paling kurang terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. sub Komite.
- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (3) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan.
- (4) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari :
 - a. Sub Komite kredensial keperawatan;
 - b. Sub Komite Mutu profesi keperawatan; dan
 - c. Sub Komite Etik dan disiplin profesi keperawatan.
- (5) Sub Komite kredensial keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (6) Sub Komite Mutu profesi keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (7) Sub Komite etik dan disiplin profesi keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 119

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Direktur melalui Ketua Komite Keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. meromendasikan perencanaan pengembangan profesiol berkelanjutan kepada tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keparawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

Pasal 120

- Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:
- a. memberikan rekomendasi kewenangan klinis;
 - b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
 - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
 - d. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
 - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
 - f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
 - g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 3 Kredensial

Pasal 121

- (1) Direktur memberi penugasan klinis kepada staf keprawatan berdasarkan rekomendasi dari Komite Keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan dalam memberikan rekomendasi dilakukan setelah melalui proses Kredensial.
- (3) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan ataa asuhan kebidanan dalam untuk periode tertentu.

- (4) Proses Kredensial Komite Keperawatan dilakukan oleh sub Komite kredensial Komite keperawatan.
- (5) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) salah satu upaya Rumah Sakit dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf keperawatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (6) Tujuan dilakukan Kredensial yaitu:
 - a. memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - b. melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas; dan
 - c. pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga keperawatan yang berada di semua level pelayanan.

Pasal 122

- (1) Direktur memberi Penugasan Klinis kepada staf keperawatan berdasarkan rekomendasi dari Komite Keperawatan.
- (2) Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (3) Seorang tenaga keperawatan tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis tanpa adanya pemberian Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Pasal 123

- (1) Tenaga keperawatan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan mengisi formulir paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum Surat Penugasan Klinis habis masa berlakunya.
- (2) Sub Komite kredensial keperawatan harus melakukan rekredensial terhadap tenaga keperawatan yang bersangkutan berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122 berlaku mutatis mutandis terhadap rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (4) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur berupa:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Paragraf 4 Rapat

Pasal 124

Rapat Komite Keperawatan terdiri dari:

- a. Rapat Komite; dan
- b. Rapat dengan tim Komite pencegahan dan pengendalian infeksi.

Pasal 125

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 124 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua anggota Komite pencegahan dan pengendalian infeksi yang dilakukan 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

- (2) Rapat dengan tim Komite pencegahan dan pengendalian infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 124 huruf b adalah rapat yang dilakukan oleh perawat pencegah pengendali infeksi Rumah Sakit dengan jejaring perawat pencegah pengendali infeksi Rumah Sakit atau dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 126

- (1) Keputusan rapat Komite Komite Keperawatan didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama, ketua atau wakil ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Keperawatan yang hadir.

Pasal 127

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

Paragraf 5 Panitia *Ad hoc*

Pasal 128

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia *ad hoc*.
- (2) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Keperawatan.
- (3) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah Sakit lain, organisasi profesi perawat, organisasi profesi bidan, dan/atau institusi pendidikan keperawatan/kebidanan.

Paragraf 6 Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 129

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Keperawatan dilakukan oleh Dewan Pengawas dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 130

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 129 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Keperawatan dalam rangka menjamin mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta keselamatan pasien.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

BAB V
TATA KELOLA STAF TENAGA KESEHATAN LAINNYA

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 131

Tenaga kesehatan lainnya yaitu profesi tenaga kesehatan yang terdiri dari:

- a. apoteker dan tenaga teknis kefarmasian;
- b. tenaga gizi;
- c. tenaga kesehatan lingkungan;
- d. fisioterapi;
- e. okupasi terapi;
- f. perekam medis dan informasi kesehatan;
- g. ahli teknologi laboratorium medik;
- h. teknisi pelayanan darah;
- i. terapis gigi dan mulut;
- j. refraksionis optisien/optometris;
- k. radiografer;
- l. elektromedik;
- m. pembimbing kesehatan kerja;
- n. radioterapis;
- o. fisikawan medis; dan;
- p. ortotik prostetik.

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis

Pasal 132

- (1) Kompetensi setiap profesi hanya boleh dilakukan oleh staf tenaga kesehatan lainnya yang telah diberi kewenangan melalui proses kredensial kepada staf tenaga kesehatan lainnya berdasarkan kategori jenjang klinis tiap profesi.
- (2) Staf tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mengajukan secara tertulis kepada Direktur dengan melampirkan syarat yang telah ditentukan untuk mendapatkan kewenangan klinis.
- (3) Direktur selanjutnya menugaskan kepada Komite Tenaga Kesehatan Lain untuk melakukan proses kredensial.
- (4) Komite Tenaga Kesehatan Lain menugaskan kepada sub Komite kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf tenaga kesehatan lainnya sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf tenaga kesehatan lainnya setiap profesi.

Bagian Ketiga
Penugasan Klinis

Pasal 133

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

Bagian Keempat
Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Paragraf 1
Pembentukan

Pasal 134

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 131.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lainnya.

Paragraf 2
Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan

Pasal 135

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

Pasal 136

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan lainnya yang akan melakukan pelayanan;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lainnya; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku tenaga kesehatan lainnya setiap profesi.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite tenaga kesehatan lain memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan tiap tenaga kesehatan lain dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan setiap tenaga kesehatan lainnya;

- d. merekomendasikan pemulihan kewenangan setiap tenaga kesehatan lainnya;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain untuk diteruskan kepada Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Tenaga Kesehatan Lain memiliki tugas sebagai berikut :
- a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lain;
 - c. melakukan audit tenaga kesehatan lain;
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan; dan
 - e. membuat laporan kegiatan dan menyampaikannya kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya, Komite Tenaga Kesehatan Lain memiliki tugas sebagai berikut :
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lain;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lain;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan kesehatan lain;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan tenaga kesehatan lain; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan kesehatan lain.

Pasal 137

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lain berwenang :

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

Paragraf 3 Kredensial

Pasal 138

- (1) Direktur memberikan Penugasan Klinis kepada staf tenaga kesehatan lainnya berdasarkan rekomendasi dari Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lain dalam memberikan rekomendasi dilakukan setelah melalui proses Kredensial.
- (3) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur kepada tenaga kesehatan lainnya untuk melakukan kompetensi setiap profesi untuk periode tertentu.

- (4) Proses Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan oleh Sub Komite Kredensial Komite Kesehatan Lain.
- (5) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) salah satu upaya Rumah Sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf tenaga kesehatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (6) Tujuan dilakukan Kredensial adalah :
 - a. memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga kesehatan lainnya;
 - b. melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga kesehatan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas; dan
 - c. pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga kesehatan lainnya yang berada di semua level pelayanan.
- (7) Seorang staf tenaga kesehatan lainnya dinyatakan kompeten setelah melalui suatu proses kredensial.
- (8) Direktur menerbitkan surat penugasan klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (9) Seorang tenaga kesehatan lainnya tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan tanpa adanya pemberian Penugasan Klinis.

Pasal 139

- (1) Tenaga kesehatan lainnya harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan mengisi formulir paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum Surat Penugasan Klinis habis masa berlakunya.
- (2) Sub Komite Kredensial Tenaga Kesehatan Lain harus melakukan rekredensial terhadap tenaga keperawatan yang bersangkutan berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 138 berlaku mutatis mutandis terhadap rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (4) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya kepada Direktur berupa:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah / dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Paragraf 4 Rapat

Pasal 140

Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lain terdiri dari:

- a. rapat Komite; dan
- b. rapat anggota Komite.

Pasal 141

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 140 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua Staff Komite yang dilakukan 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
- (2) Rapat Anggota Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 140 huruf b adalah rapat yang dilakukan dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 142

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

Pasal 143

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

Paragraf 5
Panitia *Ad hoc*

Pasal 144

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

Paragraf 6
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 145

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Tenaga Kesehatan Lain dilakukan oleh Dewan Pengawas dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 146

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 145 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Tenaga Kesehatan Lain dalam rangka menjamin mutu pelayanan, serta keselamatan pasien.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

BAB VI
PENGELOLAAN RUMAH SAKIT SEBAGAI
UNIT PELAKSANA TEKNIS

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 147

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

Bagian Kedua
Pengelolaan Keuangan

Paragraf 1

Perencanaan, Penganggaran, Penatausahaan, Pelaksanaan, Pelaporan
dan Pertanggungjawaban Keuangan.

Pasal 148

- (1) Otonomi dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 147 ayat (1) meliputi perencanaan, penganggaran, penatausahaan, pelaksanaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan.
- (2) Direktur bertanggung jawab atas pelaksanaan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan Rumah Sakit.

Pasal 149

- (1) Direktur dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 148 ayat (1) bertanggungjawab secara administratif/dalam bentuk laporan kepada Kepala Dinas dan secara substantif kepada Gubernur melalui Pejabat Pengelolaan Keuangan Daerah.
- (2) Dalam penyampaian laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur melakukan penyusunan laporan keuangan yang merupakan bagian dari laporan kinerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disajikan sebagai lampiran laporan keuangan dinas.
- (4) Tata cara dan format penyusunan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Pasal 150

- (1) Dalam melaksanakan otonomi pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 148 ayat (1), Direktur ditetapkan selaku kuasa pengguna anggaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kepala Dinas selaku pengguna anggaran melimpahkan kewenangannya atas pengelolaan keuangan Rumah Sakit kepada Direktur selaku kuasa pengguna anggaran.
- (3) Selaku kuasa pengguna anggaran, Direktur memiliki tugas dan kewenangan:
 - a. menyusun rencana kerja dan anggaran;
 - b. menyusun DPA;
 - c. menandatangani surat perintah membayar;
 - d. mengelola utang dan piutang Daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - e. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
 - f. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan dan pejabat penatausahaan keuangan; dan
 - g. menetapkan pejabat lainnya dalam rangka pengelolaan keuangan Daerah;
 - h. mengusulkan bendahara pengeluaran, bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran pembantu kepada Gubernur melalui Dinas.
- (4) Pelaksanaan tugas dan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai pengelolaan keuangan Daerah.

Pasal 151

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

Pasal 152

- (1) Pagu Anggaran belanja Rumah Sakit dalam rencana kerja anggaran Dinas yang sumber dananya berasal dari pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 151 ayat (2) dan surplus anggaran Rumah Sakit dirinci dalam satu program, satu kegiatan, satu out put dan jenis belanjanya untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan.
- (2) Rincian lebih lanjut dari Pagu Anggaran Belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam RBA.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan lampiran dari DPA Dinas.

Pasal 153

- (1) Pembiayaan Rumah Sakit merupakan lampiran rencana kerja anggaran Dinas selanjutnya diintegrasikan pada akun pembiayaan Dinas.
- (2) Rumah Sakit dapat melakukan pergeseran rincian belanja yang ada di RBA, sepanjang tidak melebihi pagu anggaran perjenis belanja di DPA dengan sepengetahuan Dewan Pengawas.

Paragraf 2
Prinsip Pengelolaan Keuangan

Pasal 154

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

Paragraf 3
Fleksibilitas

Pasal 155

- (1) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 154 ayat (1) Rumah Sakit dengan status BLUD dapat memperoleh fleksibilitas berupa:
 - a. pengelolaan pendapatan dan belanja;
 - b. pengelolaan kas;
 - c. pengelolaan utang;
 - d. pengelolaan piutang;
 - e. pengelolaan investasi;
 - f. pengelolaan barang dan/atau jasa;
 - g. pengadaan barang/jasa;
 - h. penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban;
 - i. pengelolaan surplus dan defisit;
 - j. kerjasama dengan pihak lain;
 - k. mempekerjakan tenaga profesional lainnya;
 - l. pengelolaan dana secara langsung; dan
 - m. perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.
- (2) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 4
Tarif Layanan

Pasal 156

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

Pasal 157

- (1) Tarif layanan diusulkan oleh Rumah Sakit kepada Gubernur.
- (2) Penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Gubernur dan disampaikan kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.
- (3) Pola tarif dan penetapan besaran tarif disusun oleh tim yang dibentuk oleh Direktur.

Pasal 158

- (1) Tarif layanan dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.

Paragraf 5

Struktur Anggaran Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 159

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

Pasal 160

- (1) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf a berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain.
- (3) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah terikat sebagaimana dimaksud ayat (2), digunakan sesuai dengan tujuan pemberian hibah, sesuai dengan peruntukannya yang selaras dengan tujuan BLUD sebagaimana tercantum dalam naskah perjanjian hibah.
- (4) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hasil kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf c dapat berupa hasil yang diperoleh dari kerja sama BLUD.
- (5) Lain-lain pendapatan BLUD yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf e, meliputi:
 - a. jasa giro;
 - b. pendapatan bunga;
 - c. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - d. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/ atau pengadaan barang dan/ atau jasa oleh BLUD;
 - e. investasi; dan
 - f. pengembangan usaha.

Pasal 161

- (1) Pengembangan usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 160 ayat (5) huruf f dilakukan melalui pembentukan unit usaha untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat.
- (2) Unit usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari BLUD yang bertugas melakukan pengembangan layanan dan mengoptimalkan sumber pendanaan untuk mendukung kegiatan BLUD.

Pasal 162

- (1) Pendapatan BLUD dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran BLUD sesuai RBA, kecuali yang berasal dari hibah terikat dan hibah tidak terikat.

- (2) Pengelolaan pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 163

- (1) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (1) huruf b terdiri atas:
 - a. belanja operasi; dan
 - b. belanja modal.
- (2) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mencakup seluruh belanja BLUD untuk menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja bunga dan belanja lain.
- (4) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b mencakup seluruh belanja BLUD untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD.
- (5) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi belanja tanah, belanja peralatan dan mesin, belanja gedung dan bangunan, belanja jalan, irigasi dan jaringan, dan belanja aset tetap lainnya.

Pasal 164

- (1) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. penerimaan pembiayaan; dan
 - b. pengeluaran pembiayaan.
- (2) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang berkenaan atau pada tahun anggaran berikutnya.

Pasal 165

- (1) Penerimaan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 164 ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya;
 - b. divestasi; dan
 - c. penerimaan utang/pinjaman.
- (2) Pengeluaran pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 164 ayat (1) huruf b meliputi:
 - a. investasi; dan
 - b. pembayaran pokok utang/pinjaman.

Paragraf 6

Perencanaan dan Penganggaran Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 166

- (1) Rumah Sakit menyusun Renstra BLUD.
- (2) Renstra BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan 5 (lima) tahunan.
- (3) Renstra sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah.
- (4) Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan.
- (5) Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuatu visi yang ditetapkan, agar tujuan organisasi dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.

- (6) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang dan kendala yang ada atau mungkin timbul.
- (7) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisis atas faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
- (8) Rencana pencapaian 5 (lima) tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- (9) Proyeksi keuangan 5 (lima) tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Pasal 167

Renstra BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 166 ayat (1), dipergunakan sebagai dasar penyusunan RBA dan evaluasi kinerja.

Pasal 168

- (1) RBA disusun berdasarkan:
 - a. anggaran berbasis kinerja;
 - b. standar satuan harga; dan
 - c. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya, APBD, dan sumber pendapatan BLUD lainnya.
- (2) Anggaran berbasis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan analisis kegiatan yang berorientasi pada pencapaian output dengan penggunaan sumber daya secara efisien.
- (3) Standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku di suatu Daerah.
- (4) BLUD menyusun standar satuan harga yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Dalam hal BLUD belum menyusun standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (4), BLUD menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan oleh Gubernur.
- (6) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan pagu belanja yang dirinci menurut belanja operasi dan belanja modal.

Pasal 169

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 168 ayat (1), meliputi:
 - a. ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - b. rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - c. perkiraan harga;
 - d. besaran persentase ambang batas; dan
 - e. perkiraan maju atau *forward estimate*.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu presentase ambang batas tertentu.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disertai dengan SPM.

Pasal 170

- (1) Ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 169 ayat (1) huruf a berupa ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan.

- (2) Rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 169 ayat (1) huruf b berupa rencana anggaran untuk seluruh kegiatan tahunan yang dinyatakan dalam satuan uang yang tercermin dari rencana pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (3) Perkiraan harga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 169 ayat (1) huruf c, berupa estimasi harga jual produk barang dan/atau jasa setelah memperhitungkan biaya per satuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari tarif layanan.
- (4) Besaran persentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 169 ayat (1) huruf d, berupa besaran persentase perubahan anggaran bersumber dari pendapatan operasional yang diperkenankan dan ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional BLUD.
- (5) Perkiraan maju sebagaimana dimaksud dalam Pasal 169 ayat (1) huruf e, merupakan perhitungan kebutuhan dana untuk tahun anggaran berikutnya dari tahun yang direncanakan guna memastikan kesinambungan program dan kegiatan yang telah disetujui dan menjadi dasar penyusunan anggaran tahun berikutnya.

Pasal 171

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA Dinas pada akun pendapatan Daerah pada kode rekening kelompok pendapatan asli Daerah pada jenis lain pendapatan asli Daerah yang sah dengan obyek pendapatan dari BLUD.
- (2) Belanja BLUD yang sumber dananya berasal dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e dan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD, diintegrasikan / dikonsolidasikan ke dalam rencana kerja anggaran Dinas pada akun belanja Daerah yang selanjutnya dirinci dalam 1 (satu) program, 1 (satu) kegiatan, 1 (satu) output dan jenis belanja.
- (3) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan serta kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan.
- (4) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (1) diintegrasikan / dikonsolidasikan ke dalam rencana kerja anggaran Dinas selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan pada akun pembiayaan pada satuan kerja Pengelolaan Keuangan Daerah.
- (5) BLUD dapat melakukan pergeseran rincian belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), sepanjang tidak melebihi pagu anggaran dalam jenis belanja pada DPA untuk selanjutnya disampaikan kepada pejabat pengelola keuangan Daerah.
- (6) Rincian belanja dicantumkan dalam RBA.

Pasal 172

- (1) RBA diintegrasikan/dikonsolidasikan dan merupakan kesatuan dari rencana kerja anggaran.
- (2) Rencana kerja anggaran beserta RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada pejabat pengelola keuangan Daerah sebagai bahan penyusunan rancangan Peraturan Daerah tentang APBD.

Pasal 173

- (1) Pejabat Pengelola Keuangan Daerah menyampaikan rencana kerja anggaran beserta RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 172 ayat (2) kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah untuk dilakukan penelaahan.
- (2) Hasil penelaahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain digunakan sebagai dasar pertimbangan alokasi dana APBD untuk BLUD.

Pasal 174

- (1) Tim Anggaran Pemerintah Daerah menyampaikan kembali RKA beserta RBA yang telah dilakukan penelaahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 173 ayat (1) kepada pejabat pengelola keuangan Daerah untuk dicantumkan dalam rancangan Peraturan Daerah tentang APBD yang selanjutnya ditetapkan menjadi Peraturan Daerah tentang APBD.
- (2) Tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan RBA mengikuti tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan APBD.

Paragraf 7

Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 175

Rumah Sakit menyusun dokumen pelaksanaan anggaran berdasarkan Peraturan Daerah tentang APBD untuk diajukan kepada pejabat pengelola keuangan Daerah.

Pasal 176

- (1) Dokumen pelaksanaan anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 175 memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) pejabat pengelola keuangan Daerah mengesahkan dokumen pelaksanaan anggaran sebagai dasar pelaksanaan anggaran BLUD.

Pasal 177

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

Pasal 178

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

Pasal 179

- (1) Dalam pelaksanaan anggaran, Direktur menyusun laporan pendapatan BLUD, laporan belanja BLUD dan laporan pembiayaan BLUD secara berkala kepada pejabat pengelola keuangan Daerah.
- (2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab yang ditandatangani oleh Direktur.

- (3) Berdasarkan laporan yang melampirkan surat pernyataan tanggung jawab sebagaimana dimaksud ayat (2), Direktur menerbitkan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan untuk disampaikan kepada pejabat pengelola keuangan Daerah.
- (4) Berdasarkan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan sebagaimana dimaksud ayat (3), pejabat pengelola keuangan Daerah melakukan pengesahan dengan menerbitkan Surat Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan.

Pasal 180

- (1) Untuk pengelolaan kas Rumah Sakit, Direktur membuka rekening kas BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Rekening sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk menampung penerimaan dan pengeluaran kas yang dananya bersumber dari pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e.

Pasal 181

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

Pasal 182

Dalam pelaksanaan anggaran, Rumah Sakit melakukan penatausahaan keuangan paling sedikit memuat:

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

Paragraf 8

Pengelolaan Belanja Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 183

- (1) Pengelolaan belanja Rumah Sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan belanja yang disesuaikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA dan DPA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas dapat dilaksanakan terhadap belanja Rumah Sakit yang bersumber dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, huruf e, dan hibah tidak terikat.
- (4) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan besaran persentase realisasi belanja yang diperkenankan melampaui anggaran dalam RBA dan dokumen pelaksanaan anggaran.
- (5) Dalam hal belanja BLUD melampaui ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), terlebih dahulu mendapat persetujuan Gubernur.
- (6) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, BLUD mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada pejabat pengelola keuangan Daerah.

Pasal 184

- (1) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 183 ayat (4) dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal kas.
- (2) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhitungkan fluktuasi kegiatan operasional, meliputi:
 - a. kecenderungan/tren selisih anggaran pendapatan BLUD selain APBD tahun berjalan dengan realisasi 2 (dua) tahun anggaran sebelumnya; dan
 - b. kecenderungan/tren selisih pendapatan BLUD selain APBD dengan prognosis tahun anggaran berkenaan.
- (3) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dicantumkan dalam RBA dan dokumen pelaksanaan anggaran.
- (4) Pencantuman ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa catatan yang memberikan informasi besaran presentase ambang batas.
- (5) Presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (6) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), digunakan apabila pendapatan BLUD sebagaimana Pasal 159 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf e diprediksi melebihi target pendapatan yang telah ditetapkan RBA dan dokumen pelaksanaan anggaran tahun yang dianggarkan.

Paragraf 9

Piutang Dan Utang/Pinjaman Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 185

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

Pasal 186

- (1) Piutang dapat dihapus secara mutlak atau bersyarat.
- (2) Ketentuan penghapusan piutang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Gubernur.

Pasal 187

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

Pasal 188

- (1) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (2) merupakan utang/pinjaman yang memberikan manfaat kurang dari 1 (satu) tahun yang timbul karena kegiatan operasional dan/atau yang diperoleh dengan tujuan untuk menutup selisih antara jumlah kas yang tersedia ditambah proyeksi jumlah penerimaan kas dengan proyeksi jumlah pengeluaran kas dalam 1 (satu) tahun anggaran.
- (2) Pembayaran utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang harus dilunasi dalam tahun anggaran berkenaan.

- (3) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dalam bentuk perjanjian utang/pinjaman yang ditandatangani oleh Direktur dan pemberi utang/pinjaman.
- (4) Pembayaran kembali utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah melalui Rumah Sakit.
- (5) Mekanisme pengajuan utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Gubernur.

Pasal 189

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

Paragraf 10 Investasi

Pasal 190

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

Pasal 191

- (1) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 190 ayat (2) merupakan investasi yang dapat segera dicairkan dan dimaksudkan untuk dimiliki selama 12 (dua belas) bulan atau kurang.
- (2) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan mengoptimalkan surplus kas jangka pendek dengan memperhatikan rencana pengeluaran.
- (3) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. deposito pada bank umum dengan jangka waktu 3 (tiga) sampai dengan 12 (dua belas) bulan dan/atau yang dapat diperpanjang secara otomatis;
 - b. surat berharga negara jangka pendek; dan
 - c. investasi lain yang memenuhi kriteria investasi jangka pendek.
- (4) Karakteristik investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
 - a. dapat segera diperjualbelikan, dicairkan;
 - b. ditujukan untuk manajemen kas; dan
 - c. instrumen keuangan dengan risiko rendah.

Paragraf 11
Sisa Lebih Perhitungan Anggaran

Pasal 192

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

Pasal 193

Pengelolaan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 12
Defisit Anggaran

Pasal 194

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

Paragraf 13
Penyelesaian Kerugian

Pasal 195

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

Paragraf 14
Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 196

- (1) BLUD menyelenggarakan akuntansi dan menyusun laporan keuangan.
- (2) Dalam rangka akuntabilitas keuangan laporan keuangan BLUD sebelum dilakukan audit oleh auditor eksternal dilakukan Reviu oleh Satuan Pengendali Internal.
- (3) BLUD menyelenggarakan akuntansi, menyusun laporan keuangan dan pertanggungjawaban keuangan wajib dilakukan audit oleh auditor eksternal.

Pasal 197

- (1) BLUD menyusun pelaporan dan pertanggungjawaban berupa laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. laporan realisasi anggaran;
 - b. laporan perubahan saldo anggaran lebih;
 - c. neraca;
 - d. laporan operasional;
 - e. laporan arus kas;
 - f. laporan perubahan ekuitas; dan
 - g. catatan atas laporan keuangan.
- (3) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disusun berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintahan.
- (4) Dalam hal Standar Akuntansi Pemerintahan tidak mengatur jenis usaha BLUD, BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi.
- (5) BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Gubernur.
- (6) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil atau keluaran BLUD.
- (7) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 198

- (1) Rumah Sakit menyusun laporan keuangan semesteran dan tahunan.
- (2) Laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan laporan kinerja paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir, setelah dilakukan reviu oleh perangkat Daerah yang membidangi pengawasan.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaporkan oleh BLUD kepada pejabat pengelola keuangan Daerah dan diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan Dinas, untuk selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah Daerah.

- (4) Hasil revidi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesatuan dari laporan keuangan BLUD tahunan.

Bagian Ketiga
Pengelolaan Barang Milik Daerah

Pasal 199

- (1) Aset Rumah Sakit termasuk dalam barang milik Daerah.
- (2) Pengelolaan barang milik Daerah dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai barang milik Daerah.

Bagian Keempat
Pengelolaan Kepegawaian

Paragraf 1
Umum

Pasal 200

- (1) Direktur dapat mengusulkan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian pegawai yang berasal dari ASN kepada pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Direktur memiliki kewenangan dalam menyelenggarakan pembinaan pegawai yang berasal dari ASN dalam pelaksanaan tugas dan fungsi dalam jabatan.
- (3) Direktur memiliki kewenangan dalam pengelolaan dan pembinaan pegawai di lingkungan Rumah Sakit.

Paragraf 2
Klasifikasi Pegawai

Pasal 201

Pegawai Rumah Sakit terdiri dari

- a. ASN; dan
- b. Pegawai tenaga profesional lainnya;

Pasal 202

Kedudukan, hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit yang berasal dari unsur ASN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 201 huruf a tunduk pada ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai kepegawaian.

Pasal 203

- (1) Pegawai Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 202 ayat (1) huruf b dipekerjakan sebagai tenaga medis spesialis paruh waktu sebagai Dokter Mitra.
- (2) Tenaga medis spesialis paruh waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari ASN sepanjang tidak mengganggu pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya selaku ASN pada institusi asal, yang ditunjukkan dengan surat persetujuan/izin dari institusi asal.
- (3) Tenaga medis spesialis yang mempunyai keahlian khusus yang dibutuhkan, dapat dilakukan kontrak kerja profesional dengan batasan usia mengikuti Surat Tanda Registrasi yang dikeluarkan oleh Ketua Konsil Kedokteran Indonesia.

Paragraf 3
Pengadaan Pegawai Tenaga Profesional Lainnya

Pasal 204

- (1) Pengadaan pegawai tenaga profesional lainnya disusun berdasarkan pada formasi kebutuhan Rumah Sakit berdasarkan:
 - a. jenis dan sifat pelayanan yang diberikan;
 - b. kemampuan pendapatan operasional;
 - c. sarana dan prasarana yang tersedia; dan
 - d. uraian dan peta jabatan/analisa beban kerja;
- (2) Formasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan terlebih dahulu kepada Gubernur untuk mendapatkan persetujuan.
- (3) Direktur membentuk tim pengadaan pegawai tenaga profesional lainnya.
- (4) Tim pengadaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mempunyai tugas :
 - a. menyampaikan pengumuman penerimaan calon pegawai tenaga profesional lainnya dan/atau menggunakan lamaran yang sudah diterima oleh Rumah Sakit;
 - b. melakukan seleksi terhadap berkas administrasi yang dipersyaratkan;
 - c. melakukan pemanggilan kepada peserta tes yang dinyatakan lolos seleksi administrasi untuk mengikuti tes tahap berikutnya;
 - d. melakukan tes kepada peserta yang dinyatakan lolos seleksi administrasi;
 - e. memeriksa dan mengusulkan hasil tes dan melaporkan hasilnya kepada Direktur;
 - f. mengusulkan peserta tes yang lolos seleksi dan akan diterima menjadi calon Pegawai tenaga profesional lainnya berdasarkan persetujuan Direktur;
 - g. Ketua tim mengumumkan calon pegawai tenaga profesional lainnya;
 - h. melakukan pemanggilan kepada calon pegawai tenaga profesional lainnya yang dinyatakan lulus semua tahapan tes.
- (5) Ketentuan mengenai formasi, persyaratan dan tata cara seleksi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (6) Selain Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (4), pengadaan dapat juga dilaksanakan dengan kerjasama pihak ketiga.

Pasal 205

- (1) Seleksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 204 ayat (5) dilaksanakan dengan cara tes tertulis baik langsung maupun dengan bantuan teknologi informasi dan/atau wawancara dengan materi meliputi :
 - a. administrasi dan kesehatan;
 - b. seleksi kompetensi dasar;
 - c. seleksi kompetensi sesuai bidang/pendidikan; dan
 - d. psikologi dan apabila diperlukan dilengkapi dengan *minnesota multiphasic personality inventory*.
- (2) Selain materi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat ditambah materi seleksi sesuai dengan formasi yang ada.

Bagian Kelima
Pengangkatan Pegawai Tenaga Profesional Lainnya

Pasal 206

- (1) Bagi calon pegawai tenaga profesional lainnya yang dinyatakan lulus tes, diangkat menjadi pegawai tenaga profesional lainnya.
- (2) Pegawai tenaga profesional lainnya wajib mengikuti orientasi.
- (3) Orientasi sebagaimana dimaksud ayat (2) terdiri dari :
 - a. orientasi umum selama 1 (satu) minggu; dan
 - b. orientasi khusus selama 3 (tiga) bulan.

- (4) Selain orientasi diadakan evaluasi awal bagi pegawai kontrak baru dari unsur tenaga profesional lainnya.
- (5) Pengangkatan pegawai tenaga profesional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Kontrak Kerja dan ditandatangani oleh Direktur.

Bagian Keenam
Evaluasi Kinerja Pegawai Tenaga Profesional Lainnya

Pasal 207

- (1) Evaluasi administrasi :
 - a. evaluasi awal dilakukan pada saat orientasi selama 3 (tiga) bulan oleh atasan langsung;
 - b. evaluasi kinerja bagi pegawai administrasi dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali yang tertuang didalam sasaran kerja pegawai dan penilaian perilaku kerja pegawai;
 - c. evaluasi dilakukan berdasarkan kinerja individu dan kinerja mutu; dan
 - d. evaluasi dilakukan oleh kepala seksi dan kepala sub bagian atas rekomendasi/persetujuan dari atasan langsung.
- (2) Evaluasi fungsional:
 - a. evaluasi kinerja bagi pegawai fungsional dilaksanakan setiap 1 (satu) tahun sekali tertuang didalam sasaran kerja pegawai dan penilaian perilaku kerja pegawai;
 - b. evaluasi dilakukan berdasarkan kinerja individu dan kinerja mutu;
 - c. evaluasi terhadap kinerja dokter subspesialis, dokter spesialis, dokter spesialis konsultan, dokter umum, dokter gigi subspesialis, dokter gigi spesialis, dokter gigi dilakukan oleh Direktur; dan
 - d. evaluasi terhadap tenaga keperawatan, tenaga kebidanan dan tenaga kesehatan lainnya dinilai oleh kepala bidang sesuai dengan struktur organisasi atas persetujuan dan/atau rekomendasi dari atasan langsung.
- (3) Tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan dan tenaga kesehatan lainnya selain dilakukan evaluasi kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) akan dilakukan evaluasi terhadap praktek profesionalismenya yang dilaksanakan oleh Komite dari setiap jabatan melalui subKomite mutu masing-masing Komite jabatan.
- (4) Evaluasi kinerja dan praktek profesionalisme sebagaimana dimaksud pada ayat (3) paling kurang dilakukan 1 (satu) tahun sekali.

Bagian Ketujuh
Hak, Kewajiban dan Larangan Pegawai Tenaga Profesional Lainnya

Paragraf 1
Hak Pegawai Tenaga Profesional Lainnya

Pasal 208

Pegawai Tenaga Profesional Lainnya berhak:

- a. memperoleh jasa pelayanan sebagai imbalan jasa berdasarkan ketentuan yang berlaku;
- b. menjadi anggota BPJS kesehatan;
- c. mendapatkan cuti;
- d. pengembangan kompetensi; dan
- e. hak lain yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 2
Kewajiban Pegawai Tenaga Profesional Lainnya

Pasal 209

Pegawai Tenaga Profesional Lainnya memiliki kewajiban untuk:

- a. setia dan taat sepenuhnya kepada Pancasila, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Negara Kesatuan Republik Indonesia, dan Pemerintah yang sah;
- b. menjaga kesatuan dan persatuan bangsa;
- c. mentaati segala ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. melaksanakan kebijakan yang dirumuskan oleh pejabat Rumah Sakit;
- e. melaksanakan tugas kedinasan dengan penuh pengabdian, kejujuran, kesadaran, dan tanggungjawab;
- f. menunjukkan integritas dan keteladanan dalam sikap, perilaku, ucapan dan tindakan kepada setiap orang, baik di dalam maupun di luar kedinasan;
- g. menjunjung tinggi kehormatan negara, pemerintah dan martabat pegawai;
- h. menjaga hubungan baik antar pegawai dan keharmonisan di lingkungan kerja;
- i. memelihara dan/atau menjaga kerahasiaan, nama baik dan citra Rumah Sakit;
- j. memelihara dan/atau menjaga kerahasiaan pasien;
- k. bekerja dengan jujur, tertib dan cermat;
- l. melaporkan dengan segera kepada atasannya apabila mengetahui ada hal yang dapat membahayakan atau merugikan negara, pemerintah dan Rumah Sakit terutama di bidang keamanan, keuangan dan materil;
- m. masuk kerja dan mentaati ketentuan jam kerja;
- n. mencapai sasaran kerja pegawai yang ditetapkan;
- o. menggunakan dan memelihara barang milik Rumah Sakit dengan baik;
- p. memberikan pelayanan maksimal kepada masyarakat menurut bidang tugasnya;
- q. bertindak dan bersikap sopan serta adil dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat;
- r. berpakaian rapi dan sopan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit;
- s. mentaati peraturan kedinasan yang ditetapkan oleh Direktur;
- t. wajib bekerja di Rumah Sakit apabila telah selesai mengikuti pendidikan dan pelatihan yang diikuti dan dibiayai oleh Rumah Sakit minimal 5 (lima) tahun;
- u. mengembalikan 2 (dua) kali seluruh biaya pendidikan dan pelatihan yang telah dikeluarkan oleh Rumah Sakit apabila mengundurkan diri sebelum batas waktu yang ditentukan pada huruf t;
- v. ikut berperan serta dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien; dan
- w. bersedia ditempatkan sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.

Paragraf 3
Larangan Pegawai Tenaga Profesional Lainnya

Pasal 210

Pegawai tenaga profesional lainnya dilarang :

- a. menyalahgunakan gunakan wewenang yang telah diberikan;
- b. menjadi perantara untuk mendapatkan keuntungan pribadi dan/atau orang lain dengan menggunakan kewenangan orang lain;
- c. bekerja pada perusahaan asing, konsultan asing, atau lembaga swadaya masyarakat asing;
- d. memiliki, menjual, membeli, menggadaikan, menyewakan atau meminjamkan barang bergerak atau tidak bergerak, dokumen atau surat berharga milik negara secara tidak sah;

- e. melakukan kegiatan bersama dengan atasan, teman sejawat, bawahan atau orang lain di dalam maupun di luar lingkungan kerjanya dengan tujuan untuk keuntungan pribadi, golongan atau pihak lain yang secara langsung atau tidak langsung merugikan Rumah Sakit;
- f. memberi atau menyanggupi akan memberikan sesuatu kepada siapapun baik secara langsung atau tidak langsung dan dengan dalih apapun untuk diangkat dalam jabatan;
- g. menerima hadiah atau suatu pemberian apa saja dari siapapun juga yang berhubungan dengan jabatan dan/atau pekerjaannya;
- h. melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan suatu tindakan yang dapat menghalangi atau mempersulit salah satu pihak yang dilayani sehingga mengakibatkan kerugian bagi yang dilayani;
- i. menghalangi berjalannya tugas kedinasan;
- j. melakukan tindakan asusila di dalam atau di luar lingkungan Rumah Sakit;
- k. memberikan dukungan kepada calon Presiden/Wakil Presiden, Dewan Perwakilan Rakyat, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan calon Gubernur/ Wakil Gubernur dengan cara :
 - 1. ikut serta sebagai pelaksana kampanye;
 - 2. menjadi peserta kampanye dengan menggunakan atribut partai;
 - 3. sebagai peserta kampanye dengan menggunakan fasilitas Rumah Sakit;
 - 4. membuat keputusan dan/atau tindakan yang menguntungkan atau merugikan salah satu pasangan calon selama masa kampanye; dan
 - 5. mengadakan kegiatan yang mengarah kepada keberpihakan terhadap pasangan calon yang menjadi peserta pemilu sebelum, selama, dan sesudah masa kampanye meliputi pertemuan, ajakan, himbuan, seruan, atau pemberian barang dalam lingkungan unit kerjanya, anggota keluarga dan masyarakat;
- l. memberikan pelayanan yang bersifat diskriminatif;
- m. menjadi anggota dan/atau pengurus partai politik;
- n. memberikan keterangan palsu atau dipalsukan;
- o. mabuk, madat, memakai obat bius atau narkoba, berjudi di dalam dan/atau di luar lingkungan kerja;
- p. menganiaya dan/atau berkelahi, menghina secara kasar atau mengancam pimpinan dan/atau keluarganya, teman sekerja didalam dan/ atau di luar lingkungan kerja; dan
- q. dengan sengaja atau ceroboh merusak, merugikan atau membiarkan dalam keadaan bahaya barang dan/atau fasilitas Rumah Sakit.

Bagian Kedelapan
Penghargaan Pegawai Tenaga Profesional Lainnya

Pasal 211

- (1) Pegawai tenaga profesional lainnya dapat memperoleh penghargaan berupa :
 - a. uang atau barang yang setara dengan uang;
 - b. piagam penghargaan;
 - c. pengangkatan dalam jabatan nonstruktural;
 - d. pendidikan dan pelatihan; dan/atau
 - e. pemberian ijin untuk mengikuti pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi dan menempatkan kembali sesuai dengan kompetensi baru.
- (2) Pemberian penghargaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kesembilan
Pembinaan Pegawai Tenaga Profesional Lainnya

Pasal 212

- (1) Pegawai Kontrak yang tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 209 dan/ atau melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 210 dapat dijatuhi hukuman disiplin.
- (2) Penjatuhan hukuman disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat 1 ditetapkan oleh pejabat yang berwenang secara hierarki.
- (3) Apabila pelanggaran yang dilakukan menimbulkan kerugian yang bernilai material dan/atau dikategorikan sebagai tindak pidana, penyelesaian dapat dilakukan melalui jalur hukum.

Bagian Kesepuluh
Tingkat, Jenis Hukuman Disiplin dan Profesi

Pasal 213

- (1) Tingkat hukuman disiplin dan Profesi
 - a. hukuman disiplin ringan;
 - b. hukuman disiplin sedang; dan
 - c. hukuman disiplin berat.
- (2) Jenis hukuman disiplin ringan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri dari :
 - a. teguran lisan;
 - b. teguran tertulis; dan
 - c. pernyataan tidak puas secara tertulis.
- (3) Jenis hukuman disiplin sedang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri dari:
 - a. tidak dapat memperoleh jasa pelayanan pelayanan di dalam bulan berjalan saat pelanggaran dan hukuman disiplin diterapkan; dan
 - b. apabila selama 6 (enam) bulan tersebut pegawai yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau lebih berat maka pegawai yang bersangkutan dapat dijatuhi hukuman disiplin berat.
- (4) Jenis hukuman disiplin berat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari:
 - a. pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri; dan
 - b. pemberhentian tidak dengan hormat.

Pasal 214

- (1) Hukuman disiplin tingkat ringan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 213 ayat (2) dijatuhkan bagi pelanggaran ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 209 dan Pasal 210 yang hanya berdampak negatif pada unit kerja terkecil.
- (2) Dalam hal tidak melaksanakan kewajiban Masuk kerja dan mematuhi jam kerja diberikan:
 - a. teguran lisan yang dituangkan dalam notulensi dan ditandatangani oleh pegawai yang bersangkutan dan atasan langsung yang memberikan teguran, apabila tidak masuk kerja selama 5 (lima) hari kerja tanpa alasan yang sah;
 - b. teguran tertulis dan dituangkan dalam berita acara yang ditandatangani oleh pegawai yang bersangkutan dan atasan langsung yang memberikan teguran, apabila tidak masuk kerja selama 6 (enam) sampai dengan 10 (sepuluh) hari kerja tanpa alasan yang sah;
 - c. teguran berupa pernyataan tidak puas secara tertulis oleh atasan langsung dan dituangkan dalam berita acara yang ditandatangani oleh atasan langsung dan pegawai yang bersangkutan apabila tidak masuk kerja selama 11 (sebelas) sampai dengan 15 (lima belas) hari kerja tanpa alasan yang sah.

Pasal 215

- (1) Hukuman disiplin tingkat sedang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 213 ayat (3) dijatuhkan bagi pelanggaran ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 209 dan Pasal 210 dan pelanggaran larangan tersebut :
 - a. hanya berdampak negatif pada bagian/bidang yang bersangkutan; dan/atau
 - b. mencapai sasaran kerja pegawai yang sebagaimana yang ditetapkan dengan tingkat capaian 25 % (dua puluh lima persen) sampai dengan 50 % (lima puluh persen).
- (2) Tidak melaksanakan kewajiban masuk kerja dan mematuhi jam kerja, tidak mendapatkan jasa pelayanan selama 1 (satu) bulan untuk yang tidak masuk kerja selama 21 (dua puluh satu) sampai 25 (dua puluh lima) hari kerja tanpa alasan yang sah.
- (3) Apabila selama 6 (enam) bulan tersebut pegawai yang bersangkutan mengulangi pelanggaran serupa atau lebih berat maka pegawai tersebut akan dijatuhi hukum disiplin berat.

Pasal 216

- (1) Hukuman disiplin tingkat berat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 213 ayat (4) dijatuhkan bagi pelanggaran ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 209 dan Pasal 210 dan pelanggaran tersebut:
 - a. berdampak negatif terhadap perangkat Daerah dan/atau Pemerintah Daerah; dan/atau
 - b. mencapai sasaran kerja pegawai yang sebagaimana ditetapkan dengan tingkat capaian kurang dari 25 % (dua puluh lima persen).
- (2) Tidak melaksanakan kewajiban masuk kerja dan mematuhi jam kerja masuk kerja selama 31 (tiga puluh satu) s/d 35 (tiga puluh lima) hari kerja tanpa alasan yang sah, diberhentikan dengan hormat tidak atas permintaan sendiri .
- (3) Tidak masuk kerja selama lebih dari 35 (tiga puluh lima) hari kerja tanpa alasan yang sah, diberhentikan tidak dengan hormat.

Bagian Keduabelas Pejabat yang Berwenang Menghukum

Pasal 217

- (1) Kepala sub bagian/kepala seksi menetapkan penjatuhan hukuman disiplin untuk jenis hukuman disiplin ringan.
- (2) Kepala bagian/kepala bidang menetapkan hukuman disiplin untuk jenis hukuman disiplin sedang.
- (3) Direktur menetapkan hukuman disiplin untuk jenis hukuman disiplin berat.

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

Pasal 218

- (1) Pegawai tenaga profesional lainnya yang diduga melakukan pelanggaran disiplin dipanggil secara tertulis oleh atasan langsung untuk dilakukan pemeriksaan.
- (2) Pemanggilan dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sebelum tanggal pemeriksaan.
- (3) Apabila pada tanggal yang seharusnya yang bersangkutan diperiksa tidak hadir, dilakukan pemanggilan kedua paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak tanggal seharusnya yang bersangkutan diperiksa pada pemanggilan pertama.

- (4) Apabila pada tanggal pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang bersangkutan tidak hadir juga, pejabat yang berwenang menghukum menjatuhkan hukuman disiplin berdasarkan alat bukti dan keterangan yang ada tanpa dilakukan pemeriksaan.

Pasal 219

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

Pasal 220

- (1) Untuk pelanggaran disiplin yang diancaman hukuman tingkat sedang dan berat dapat dibentuk tim pemeriksa.
- (2) Tim Pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari atasan langsung, Komite Etik Rumah Sakit, unsur kepegawaian atau pejabat lain yang ditunjuk.
- (3) Untuk pelanggaran profesi yang diancaman hukuman tingkat sedang dan berat dapat dibentuk tim pemeriksa.
- (4) Tim Pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri dari atasan langsung, Sub Komite etik profesi, unsur kepegawaian atau pejabat lain yang ditunjuk.
- (5) Tim Pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (4) dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 221

Apabila diperlukan, atasan langsung, tim pemeriksa atau pejabat yang berwenang menjatuhkan hukuman dapat meminta keterangan dari pihak lain.

Pasal 222

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

Pasal 223

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

Pasal 224

- (1) Pegawai tenaga profesional lainnya yang berdasarkan hasil pemeriksaan ternyata melakukan beberapa pelanggaran disiplin dan profesi, terhadapnya hanya dapat dijatuhi satu jenis hukuman yang terberat setelah mempertimbangkan pelanggaran yang dilakukan.
- (2) Pegawai yang pernah dijatuhi hukuman disiplin dan profesi kemudian melakukan pelanggaran yang sifatnya sama, kepadanya dijatuhi jenis hukuman yang lebih berat dari hukuman terakhir yang pernah dijatuhkan.
- (3) Pegawai tidak dapat dijatuhi hukuman disiplin dan profesi dua kali atau lebih untuk satu pelanggaran.

Pasal 225

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

Bagian Keempat belas
Pemberhentian Pegawai Tenaga Profesional Lainnya

Paragraf 1
Umum

Pasal 226

- (1) Pegawai tenaga profesional lainnya dapat mengakhiri hubungan kerja atas persetujuan bersama atau secara sepihak.
- (2) Pemutusan hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan cara :
 - a. Pemberhentian dengan hormat kepada Pegawai tenaga profesional lainnya; atau
 - b. Pemberhentian tidak dengan hormat kepada Pegawai tenaga profesional lainnya.

Paragraf 2
Batas Usia Pensiun Pegawai Tenaga
Profesional Lainnya

Pasal 227

- (1) Batas usia pensiun pegawai tenaga profesional lainnya adalah 58 (lima puluh delapan) tahun.
- (2) Batas usia pensiun pegawai tenaga profesional lainnya yang berstatus sebagai tenaga medis fungsional dapat diperpanjang sampai usia 60 (enam puluh) tahun.
- (3) Direktur dapat mempekerjakan tenaga medis spesialis, sub spesialis dan spesialis konsultan yang berusia lebih dari 60 (enam puluh) tahun apabila:
 - a. sepanjang tenaga yang bersangkutan masih memiliki kompetensi yang dibuktikan dengan surat tanda registrasi yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia;

- b. keahliannya sangat dibutuhkan oleh Rumah Sakit;
- c. keahlian yang dimiliki tergolong langka; dan
- d. sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Paragraf 3
Pemberhentian Dengan Hormat Sebagai Pegawai
Tenaga Profesional Lainnya

Pasal 228

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

Pasal 229

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

Bagian Kelimabelas
Jasa Pelayanan

Pasal 230

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

Pasal 231

Jasa Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 230 diberikan berdasarkan prinsip dasar :

- a. proporsionalitas, yaitu pertimbangan atas kelas Rumah Sakit dan tingkat pelayanan;

- b. kesetaraan, yaitu dengan mempertimbangkan industri pelayanan sejenis; dan
- c. kepatutan, yaitu menyesuaikan kemampuan pendapatan fungsional Rumah Sakit.

Pasal 232

- (1) Pemberian gaji dan tunjangan bagi pegawai berstatus ASN dialokasikan melalui anggaran belanja tidak langsung.
- (2) Pemberian honorarium bagi pegawai berstatus tenaga profesional lainnya dialokasikan melalui anggaran belanja langsung.
- (3) Alokasi anggaran insentif, bonus dan honorarium bagi Pejabat Pengelola, Pejabat Pelaksana Keuangan, Pejabat Pelaksana Teknis, Pegawai, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Tim Pembina Rumah Sakit dianggarkan melalui anggaran belanja langsung.
- (4) Semua biaya yang dikeluarkan untuk Jasa Pelayanan berasal dari jasa layanan dan/atau anggaran fungsional Rumah Sakit yang dianggarkan dalam DPA paling tinggi 40 % (empat puluh persen) dari realisasi pendapatan Rumah Sakit.

Pasal 233

- (1) Besaran Jasa Pelayanan bagi pegawai didasarkan pada indikator penilaian yang meliputi:
 - a. pengalaman dan masa kerja;
 - b. keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku;
 - c. resiko kerja;
 - d. tingkat kegawatdaruratan;
 - e. jabatan yang disandang; dan
 - f. hasil/capaian kinerja.
- (2) Besaran Jasa Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VII MANAJEMEN SUMBER DAYA

Bagian Kesatu Umum

Pasal 234

Untuk menunjang ketersediaan seluruh bahan dan alat kesehatan dalam rangka kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan secara luas dilaksanakan manajemen sumber daya melalui pengelolaan sarana prasarana pada Rumah Sakit.

Pasal 235

- (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 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.

Bagian Kedua
Perencanaan

Pasal 236

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

Bagian Ketiga
Pengadaan

Pasal 237

- (1) Pengadaan barang/jasa dilakukan oleh instalasi pengadaan barang/jasa yang ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Pengadaan barang/jasa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mengacu pada DPA yang telah disahkan.
- (3) Pengadaan barang/jasa dapat dilaksanakan melalui:
 - a. swakelola; dan/atau
 - b. penyedia.
- (4) Swakelola sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a yaitu cara pengadaan barang/jasa yang direncanakan, dikerjakan dan diawasi sendiri dengan menggunakan sumber daya, tenaga, dan fasilitas sendiri atau dapat dikuasakan kepada pihak lain yang kompeten.
- (5) Penyedia sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b, dapat berupa:
 - a. *e-purchasing* yaitu pengadaan barang/jasa yang dilakukan dengan cara elektronik melalui sistem katalog elektronik terhadap barang/jasa yang tercantum dalam katalog nasional/sektoral/ Daerah atau toko *daring*;
 - b. pengadaan langsung yaitu pengadaan barang/jasa sesuai dengan fleksibilitas yang ditetapkan oleh Direktur dapat dilakukan dengan cara membandingkan harga dan kualitas barang/jasa paling sedikit 2 (dua) sumber informasi yang berbeda atau melalui *e-marketplace*;
 - c. penunjukan langsung yaitu pengadaan barang/jasa yang dilakukan untuk pengadaan barang/jasa yang bersifat khusus dan/atau dalam keadaan tertentu, dimana proses pemilihan dengan metode lainnya tidak dapat dilakukan;
 - d. tender yaitu metode pemilihan untuk mendapatkan penyediaan barang/pekerjaan konstruksi/jasa lainnya sesuai fleksibilitas yang diatur oleh Direktur; dan
 - e. seleksi yaitu metode pemilihan untuk mendapatkan penyedia jasa konsultasi sesuai fleksibilitas yang diatur oleh Direktur.
- (6) Pengadaan barang/jasa diselenggarakan berdasarkan jenjang nilai yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (7) Rumah Sakit dalam pembelian alat kesehatan, bahan medis bekas pakai dan obat yang beresiko termasuk vaksin, harus memperhatikan perihal sebagai berikut:
- a. akte pendirian perusahaan dan pengesahan dari Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang hukum dan hak azasi manusia;
 - b. surat izin usaha perusahaan ;
 - c. nomor pokok wajib pajak;
 - d. izin pedagang besar farmasi;
 - e. penyalur alat kesehatan;
 - f. Perjanjian kerja sama antara distributor dan prinsipal serta Rumah Sakit;
 - g. nama dan Surat izin kerja apoteker untuk apoteker penanggung jawab pedagang besar farmasi;
 - h. alamat dan denah kantor pedagang besar farmasi; dan
 - i. surat garansi jaminan keaslian produk yang didistribusikan.
- (8) untuk mengetahui keaslian produk yang akan diadakan, selain memperhatikan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) Direktur melalui instalasi pengadaan barang/jasa mencari data/informasi tentang rantai distribusi obat, serta perbekalan farmasi yang aman untuk melindungi pasien dan staf dari produk yang berasal dari pasar gelap, palsu, terkontaminasi , atau cacat.

Bagian Keempat Pengelolaan

Pasal 238

- (1) Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan sarana dan prasarana mengikuti ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.
- (2) Direktur mengatur dan menetapkan kebijakan pengelolaan sarana dan prasarana Rumah Sakit.
- (3) Setiap kepala unit kerja di lingkungan Rumah Sakit melakukan pengawasan atas penyelenggaraan pengelolaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Unit kerja wajib mengelola dan menatausahakan sarana dan prasarana Rumah Sakit yang berada dalam pengawasannya dengan secara maksimal.

Pasal 239

- (1) Sarana dan prasarana Rumah Sakit adalah barang milik BLUD yang merupakan aset yang tidak terpisahkan dari aset Pemerintah Daerah.
- (2) Barang inventaris milik BLUD yang merupakan sarana dan prasarana Rumah Sakit yang dapat dihapus dan / atau dialihkan kepada pihak lain atas dasar pertimbangan ekonomis dengan cara dijual, ditukar dan/atau dihibahkan.
- (3) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan barang pakai habis, barang untuk diolah atau dijual, barang lainnya yang tidak memenuhi pernyataan sebagai aset tetap.
- (4) Hasil penjualan barang inventaris sebagai akibat dari pengalihan sebagaimana dimaksud ayat (2) merupakan pendapatan BLUD.
- (5) Hasil penjualan barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dituangkan secara memadai dalam laporan keuangan BLUD.

Pasal 240

- (1) BLUD tidak boleh mengalihkan dan / atau menghapus aset tetap kecuali atas persetujuan pejabat yang berwenang.

- (2) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan alat berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD atau dimanfaatkan oleh masyarakat umum.
- (3) Kewenangan pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan berdasarkan jenjang nilai dan jenis barang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan.
- (4) Hasil pengalihan aset tetap sebagaimana dimaksud ayat (3) merupakan pendapatan BLUD dan diungkapkan secara memadai dalam laporan keuangan BLUD.
- (5) Penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi BLUD harus mendapat penetapan Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (6) Sarana dan prasarana yang berupa tanah yang dikuasai Rumah Sakit harus disertifikatkan.
- (7) Sarana dan prasarana Rumah Sakit yang berupa bangunan harus dilengkapi dengan bukti status kepemilikan dan ditatausahakan secara tertib.

BAB VIII MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Pasal 241

- (1) Direktur dalam pelaksanaan manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien memiliki tugas antara lain:
 - a. merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - b. bersama pimpinan klinis, dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien;
 - c. bertanggungjawab memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen Rumah Sakit terhadap mutu;
 - d. mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi Rumah Sakit serta dukungan pemilik Rumah Sakit membentuk suatu budaya mutu di Rumah Sakit;
 - e. memilih pendekatan yang digunakan oleh Rumah Sakit untuk mengukur, menilai serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien menggunakan indikator mutu di tingkat Rumah Sakit dan di tingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan;
 - f. menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien untuk mengatur dan mengarahkan pelaksanaan setiap harinya;
 - g. dapat membentuk Komite/tim peningkatan mutu dan Komite keselamatan pasien; dan
 - h. menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di Rumah Sakit untuk memastikan koordinasi diseluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan.
- (2) Direktur bertanggungjawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada representasi pemilik sebagai berikut:
 - a. setiap 3 (tiga) bulan yang meliputi capaian dan analisis indikator mutu area klinis, area manajemen, sasaran keselamatan pasien, capaian implementasi panduan praktik klinik, dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien;

- b. setiap 6 (enam) bulan Direktur melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada representasi pemilik antara lain mencakup:
 1. jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya.
 2. apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut;
 3. tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respon terhadap kejadian tersebut; dan
 4. apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan;
 - c. khusus untuk kejadian sentinel, wajib dilaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 x 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 (empat puluh lima) hari.
- (3) Direktur menetapkan regulasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dapat berbentuk pedoman dan prosedur-prosedur lainnya berisi antara lain:
- a. penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur, serta mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - b. peran Direktur dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - c. peran Direktur dan para pimpinan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat Rumah Sakit serta keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah;
 - d. peran Direktur dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai area fokus untuk perbaikan;
 - e. monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan dan bagaimana melakukan monitoringnya;
 - f. proses pengumpulan data, analisis, *feedback*, dan pemberian informasi kepada staf;
 - g. bagaimana alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu Rumah Sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik Rumah Sakit; dan
 - h. bantuan teknologi/sistem informasi Rumah Sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan surveillance infeksi.
- (4) Direktur dengan para pimpinan dan Komite serta tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas Rumah Sakit dengan memperhatikan beberapa hal:
- a. misi Rumah Sakit;
 - b. data permasalahan yang ada;
 - c. terdapat sistem serta proses yang memperhatikan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak misalnya pelayanan pasien stroke yang dilakukan oleh lebih satu dokter spesialis saraf dan memperhatikan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandardisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi;
 - d. dampak dan perbaikan misalnya penilaian perbaikan efisiensi suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan stroke, pelayanan jantung dan lainnya, dan/atau identifikasi pengurangan biaya serta sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Sehingga perlu pembuatan program sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru;
 - e. dampak pada perbaikan sistem sehingga efek perbaikan dapat terjadi di seluruh Rumah Sakit, misalnya sistem manajemen obat di Rumah Sakit; dan
 - f. riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk Rumah Sakit pendidikan.

- (5) Direktur membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan mengembangkan standarisasi proses dan hasil asuhan klinis pelayanan prioritas serta mengembangkan pengukuran mutu klinis, manajerial, dan penerapan sasaran keselamatan pasien.
- (6) Dalam Pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit, Direktur dapat menetapkan kebijakan dan/atau Standar Prosedur Operasional.
- (7) Dalam rangka pengawasan kegiatan operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dan pengawasan mutu pelayanan, Direktur dapat menetapkan Tim atau Panitia teknis pengawasan mutu yang bekerja dibawah koordinasi satuan pengawas internal.

BAB IX MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN KERJA

Pasal 242

- (1) Rumah Sakit menyelenggarakan kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit.
- (2) Penyelenggaraan kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. membentuk dan mengembangkan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit; dan
 - b. menerapkan standar kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit.
- (3) Sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit meliputi:
 - a. penetapan kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit;
 - b. perencanaan kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit;
 - c. pelaksanaan rencana kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit;
 - d. pemantauan dan evaluasi kinerja kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit; dan
 - e. peninjauan dan peningkatan kinerja kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit.
- (4) Kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit ditetapkan secara tertulis dengan Keputusan Direktur dan disosialisasikan ke seluruh sumber daya manusia Rumah Sakit.
- (5) Kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit meliputi:
 - a. penetapan kebijakan dan tujuan dari program kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit;
 - b. penetapan organisasi kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit; dan
 - c. penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana.
- (6) Perencanaan kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit dibuat berdasarkan manajemen risiko kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit, peraturan perundang-undangan, dan persyaratan lainnya.
- (7) Perencanaan kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit ditetapkan oleh Direktur.
- (8) Pelaksanaan rencana kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud meliputi:
 - a. manajemen risiko kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit;
 - b. keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit;
 - c. pelayanan kesehatan kerja;
 - d. pengelolaan bahan berbahaya dan beracun dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja;
 - e. pencegahan dan pengendalian kebakaran;
 - f. pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja;
 - g. pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja; dan
 - h. kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.

- (9) Pelaksanaan rencana kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud harus didukung oleh sumber daya manusia di bidang kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit, sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai.
- (10) Pemantauan dan evaluasi kinerja kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit dilakukan oleh sumber daya manusia di bidang kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit yang ditugaskan oleh Direktur.
- (11) Pemantauan dan evaluasi kinerja kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit.
- (12) Hasil pemantauan dan evaluasi kinerja kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.
- (13) Peninjauan dan peningkatan kinerja kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit dilakukan untuk menjamin kesesuaian dan efektivitas penerapan sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit.
- (14) Peninjauan dilakukan terhadap penetapan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan rencana, dan pemantauan dan evaluasi.
- (15) Hasil peninjauan digunakan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit.

BAB X

MANAJEMEN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Pasal 243

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan Komite pencegahan dan pengendalian infeksi dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Direktur bertanggung jawab terhadap tersedianya fasilitas sarana dan prasarana termasuk anggaran yang dibutuhkan untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi
- (3) Direktur menentukan kebijakan strategi pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi:
 - a. pelaksanaan kebersihan tangan;
 - b. Penggunaan alat pelindung diri yang tepat sesuai level resiko;
 - c. surveilans resiko infeksi;
 - d. investigasi wabah penyakit infeksi;
 - e. meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikroba secara aman;
 - f. asesmen berkala terhadap resiko;
 - g. menerapkan sasaran penurunan resiko; dan
 - h. mengukur dan mereview resiko infeksi.
- (4) Direktur mengadakan evaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
- (5) Direktur mengadakan evaluasi kebijakan pemakaian antibiotika yang rasional dan desinfektan di Rumah Sakit berdasarkan saran dari Komite pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (6) Direktur menutup suatu unit perawatan atau instalasi yang dianggap potensial menularkan penyakit untuk beberapa waktu sesuai kebutuhan berdasarkan saran dari Komite pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (7) Dalam pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit terkait pencegahan dan pengendalian infeksi, Direktur mengesahkan regulasi dan standar prosedur operasional yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi.

- (8) Direktur memfasilitasi kebutuhan program kesehatan kerja atau karyawan terutama bagi petugas di area beresiko.

BAB XI MANAJEMEN KERJASAMA

Bagian Kesatu Umum

Pasal 244

- (1) Rumah Sakit dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain, untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan.
- (2) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan saling menguntungkan.
- (3) Prinsip saling menguntungkan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berbentuk finansial dan/atau non finansial.
- (4) Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tentang kerja sama.

Pasal 245

- (1) Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 244, meliputi:
 - a. kerja sama operasional; dan
 - b. pemanfaatan barang milik Daerah.
- (2) Kerja sama operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilakukan melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan mitra kerja sama dengan tidak menggunakan barang milik Daerah.
- (3) Pemanfaatan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud pada 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 pelayanan umum yang menjadi kewajiban Rumah Sakit.
- (4) Pendapatan yang berasal dari pemanfaatan barang milik Daerah yang sepenuhnya untuk menyelenggarakan tugas dan fungsi kegiatan Rumah Sakit yang bersangkutan merupakan pendapatan Rumah Sakit. Pelaksanaan kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dalam bentuk perjanjian.

BAB I MANAJEMEN PENDIDIKAN, PELATIHAN DAN PENELITIAN

Bagian Kesatu Pendidikan dan Pelatihan

Pasal 246

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

Pasal 247

Monitoring dan kendali mutu pendidikan dan pelatihan dilaksanakan oleh satuan pengendali internal Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Praktek Klinik Mahasiswa

Pasal 248

- (1) Rumah Sakit dalam menjalankan fungsinya sebagai Rumah Sakit pendidikan dengan menjadi lahan praktek klinik mahasiswa.
- (2) Pengelolaan pelaksanaan praktek klinik bagi mahasiswa kedokteran dan mahasiswa tenaga keperawatan serta mahasiswa tenaga kesehatan lainnya dalam bentuk kerja sama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 244.

Pasal 249

- (1) Rumah Sakit memberikan pembekalan kepada mahasiswa praktek klinik sebelum menjalankan praktek klinik dengan materi paling sedikit meliputi:
 - a. profil Rumah Sakit;
 - b. program peningkatan mutu Rumah Sakit;
 - c. program keselamatan pasien Rumah Sakit;
 - d. program pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - e. program keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit;
 - f. bantuan hidup dasar; dan
 - g. komunikasi efektif.
- (2) Rumah Sakit menyediakan pendamping klinik dan/atau pembimbing klinik.

Bagian Ketiga
Penelitian

Pasal 250

- (1) Orang pribadi/badan hukum/instansi dapat melakukan penelitian/pengambilan data di Rumah Sakit dengan memenuhi syarat dan ketentuan yang berlaku.
- (2) Rumah Sakit membentuk komisi etik penelitian kesehatan untuk melakukan kaji etik penelitian.
- (3) Penelitian kesehatan yang dilakukan di Rumah Sakit harus memiliki surat keterangan lolos kaji etik penelitian dari komisi etik penelitian kesehatan Rumah Sakit dan/atau komisi etik penelitian kesehatan yang terakreditasi.

BAB II
MANAJEMEN ETIK

Pasal 251

- (1) Rumah Sakit menetapkan kerangka etika atau pedoman etika atau regulasi etik sebagai sarana edukasi untuk seluruh staf/pegawai.
- (2) Kerangka etika atau pedoman etika atau regulasi etik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengatur :
 - a. tanggung jawab Direktur secara profesional dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan serta budaya kerja budaya kerja yang berpedoman pada etika dan perilaku etis termasuk etika pegawai;
 - b. penerapan etika dengan bobot yang sama pada kegiatan bisnis/ manajemen maupun kegiatan klinis/pelayanan;

- c. acuan keselarasan antara kinerja dan sikap organisasi tenaga kesehatan dan staf Rumah Sakit dengan visi, misi dan pernyataan nilai-nilai Rumah Sakit, serta kebijakan sumber daya manusia;
- d. pedoman bagi tenaga kesehatan, staf/pegawai, serta pasien dan keluarga pasien ketika menghadapi dilema etis dalam asuhan pasien seperti perselisihan antarprofesional serta perselisihan antara pasien dan dokter mengenai keputusan dalam asuhan dan pelayanan; dan
- e. pertimbangan norma nasional dan internasional berkaitan dengan penyusunan kerangka etik dan pedoman lainnya.

Pasal 252

Rumah Sakit membentuk dan menetapkan Komite/panitia/tim yang mengelola etik Rumah Sakit dengan keputusan Direktur.

Pasal 253

Rumah Sakit dalam menjalankan kegiatan secara etik harus :

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

BAB III

MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN

Pasal 254

- (1) Direktur menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Direktur melaksanakan, melakukan monitor, dan mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area Rumah Sakit.
- (3) Direktur menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf/pegawai Rumah Sakit.
- (4) Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan antara lain:
 - a. perilaku yang tidak layak seperti perkataan atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf;
 - b. perilaku yang mengganggu antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau nonverbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf/pegawai lain;

- c. perilaku yang melecehkan terkait dengan ras, agama dan suku termasuk gender; dan
 - d. pelecehan seksual.
- (5) Hal penting menuju budaya keselamatan antara lain:
- a. pegawai mengetahui bahwa kegiatan operasional Rumah Sakit beresiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman;
 - b. regulasi serta lingkungan kerja mendorong pegawai tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera;
 - c. Direktur mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan; dan
 - d. mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.
- (6) Direktur melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data dan diskusi kelompok.
- (7) Direktur mendorong agar terbentuk kerjasama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya keselamatan.
- (8) Direktur menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang Rumah Sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau dokter *part time*, serta anggota representasi pemilik.
- (9) Direktur mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas.
- (10) Direktur mengidentifikasi, mendokumentasi, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima.
- (11) Direktur menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi yang terkait dengan budaya keselamatan Rumah Sakit dapat diidentifikasi dan dikendalikan.
- (12) Direktur menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam Rumah Sakit.
- (13) Direktur menetapkan sistem menjaga kerahasiaan, sederhana, dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam Rumah Sakit secara tepat waktu.
- (14) Direktur melakukan investigasi secara tepat waktu terhadap laporan terkait budaya keselamatan Rumah Sakit.
- (15) Direktur melakukan identifikasi masalah pada sistem yang menyebabkan tenaga kesehatan melakukan perilaku yang berbahaya.
- (16) Direktur menggunakan pengukuran/indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam Rumah Sakit serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tersebut.
- (17) Direktur menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian / dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan.

BAB IV MANAJEMEN PENANGANAN PENGADUAN

Bagian Kesatu Pengaduan Internal dan Eksternal

Pasal 255

- (1) Pengaduan internal yakni pengaduan di lingkup Rumah Sakit.

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

Bagian Kedua Penanganan Pengaduan

Pasal 256

- (1) Penanganan pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 255 ayat (2) huruf a dilakukan oleh manajemen Rumah Sakit, harus diselesaikan dengan cara musyawarah dan mufakat.
- (2) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 255 ayat (2) huruf b dilakukan oleh atasan langsung pegawai secara berjenjang.
- (3) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 255 ayat (2) huruf c dilakukan oleh Komite etik, Komite Medik, Komite keperawatan, dan sub Komite etik.
- (4) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan oleh manajemen Rumah Sakit melalui tim penanganan pengaduan.

BAB V MANAJEMEN PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT DAN SUMBER DAYA LAIN

Pasal 257

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

Pasal 258

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 257 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, yang terdiri dari limbah medis dan limbah non medis.
- (2) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VI STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 259

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan, Rumah Sakit harus memenuhi SPM.

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

Pasal 260

SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 260 harus dipersyaratkan minimal:

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

Pasal 261

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 260 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 260 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 260 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 260 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 260 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

BAB VII

EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pasal 262

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

Pasal 263

Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 262 ayat (1), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam:

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

Pasal 264

Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 262 ayat (1) dapat diukur berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

BAB VIII INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 265

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

Bagian Kedua Hak dan Kewajiban Dokter Rumah Sakit

Pasal 266

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

Bagian Ketiga Hak dan Kewajiban Pasien Rumah Sakit

Pasal 267

- (1) Pasien Rumah Sakit berhak untuk:
 - a. memperoleh informasi tentang tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - c. memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi;
 - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
 - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
 - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
 - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik di dalam dan di luar Rumah Sakit;
 - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya termasuk data medisnya;
 - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
 - k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;

- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
 - m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya;
 - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
 - o. mengajukan usul, saran, perbaikan, atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
 - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 - q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
 - r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui medis cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pasien Rumah Sakit berkewajiban untuk:
- a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya; dan
 - b. mentaati seluruh prosedur yang berlaku di Rumah Sakit.

BAB IX TUNTUTAN HUKUM DAN PEMBERIAN BANTUAN HUKUM

Pasal 268

- (1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit dituntut berkaitan dengan hukuman pidana dan/atau perdata, maka tindak lanjut berdasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, Rumah Sakit bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan/standar prosedur operasional yang telah ditetapkan.
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu yang tidak mematuhi aturan/standar prosedur operasional yang telah ditetapkan, Rumah Sakit tidak bertanggung jawab atas tuntutan tersebut.
- (4) Apabila hasil penelitian menunjukkan kebenaran dugaan pelanggaran, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberlakukan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (5) Pemerintah Daerah dapat menyediakan anggaran terhadap kasus penyelesaian hukum terhadap masyarakat sebagai perlindungan hukum dan bantuan hukum sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (6) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilakukan sesuai mekanisme permohonan dari pihak berwajib/penegak hukum.
- (7) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dilakukan dengan mekanisme permohonan dari disampaikan kepada biro yang membidangi hukum pada Sekretariat Daerah Provinsi Sulawesi Tengah dan/atau advokat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (8) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dilaksanakan dengan anggaran APBD.

BAB X
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 269

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku:

- a. Peraturan Gubernur Sulawesi Tengah Nomor 13 Tahun 2017 tentang Tata Kelola Rumah Sakit Daerah Madani Provinsi Sulawesi Tengah (Berita Daerah Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2017 Nomor 546); dan
 - b. Keputusan Gubernur Sulawesi Tengah Nomor: 439/383 tentang Logo Rumah Sakit Daerah Madani Provinsi Sulawesi Tengah.
- dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 270

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Sulawesi Tengah.

Ditetapkan di Palu
pada tanggal 5 Januari 2023
GUBERNUR SULAWESI TENGAH,

ttd

RUSDY MASTURA

Diundangkan di Palu
pada tanggal 5 Januari 2023

Pj. SEKRETARIS DAERAH PROVINSI
SULAWESI TENGAH,

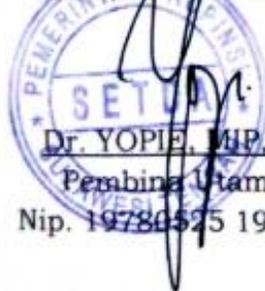
ttd

RUDI DEWANTO

BERITA DAERAH PROVINSI SULAWESI TENGAH TAHUN 2023 NOMOR 865

Salinan sesuai dengan aslinya

KEPALA BIRO HUKUM,



Dr. YOPIE, M.P., S.H., M.H.

Pembina Utama Muda

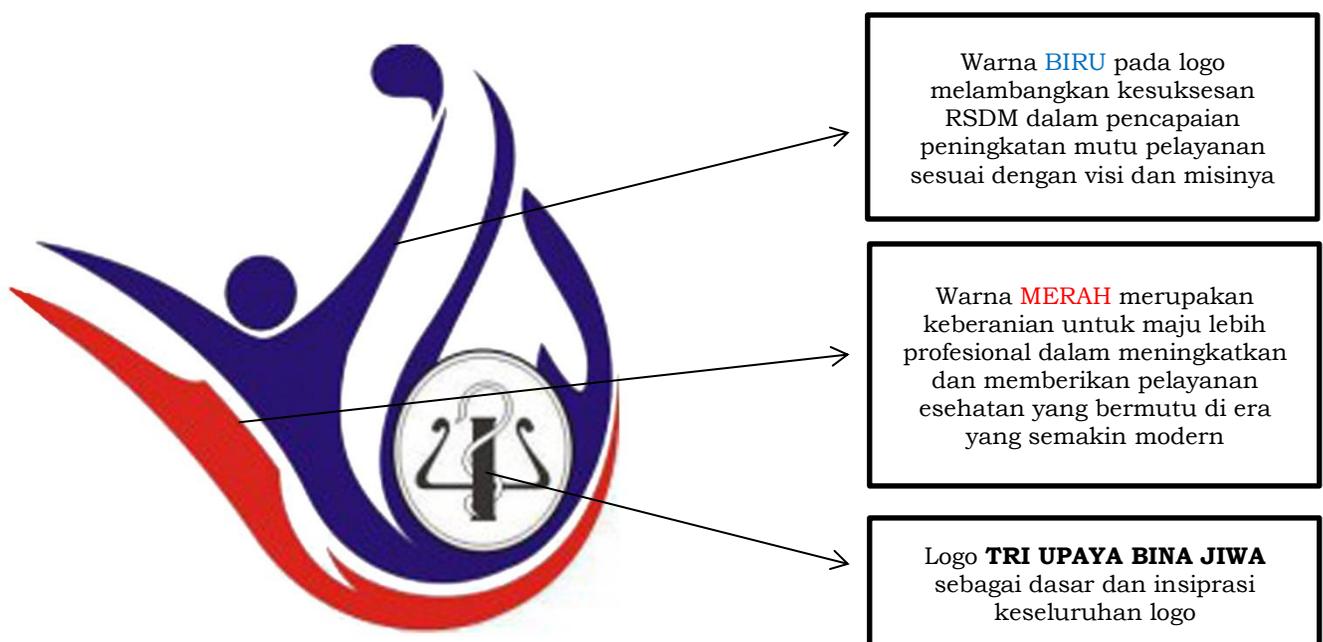
Nip. 19780525 199703 1 001

LAMPIRAN
PERATURAN GUBERNUR SULAWESI TENGAH
NOMOR TAHUN 2023
TENTANG
TATA KELOLA UNIT PELAKSANA TEKNIS RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH MADANI PROVINSI SULAWESI
TENGAH

LOGO, NILAI DASAR DAN
STRUKTUR RUMAH SAKIT MADANI

A. LOGO RUMAH SAKIT

Logo ini terinspirasi pada semangat Rumah Sakit untuk meningkatkan mutu pelayanannya sebagaimana visi Rumah Sakit yaitu menjadi Rumah Sakit terdepan di Provinsi Sulawesi Tengah dengan unggulan pelayanan Kesehatan Jiwa.



Penjelasan logo :

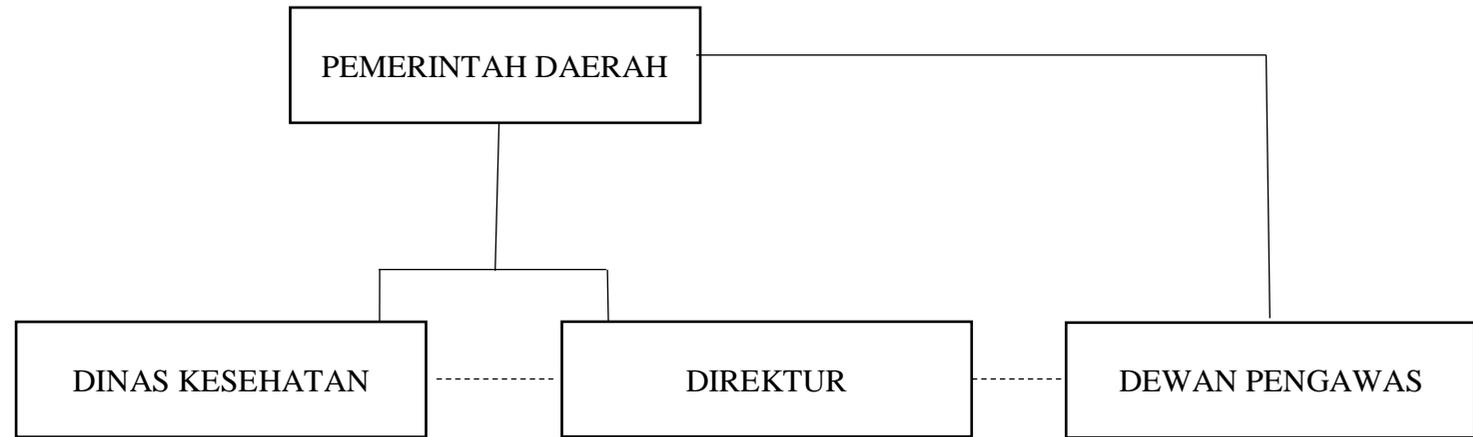
Format logo yang berbentuk orang yang membuka kedua tangannya, seolah mengajak sembari memberikan semangat kepada semua orang untuk memberikan pelayanan yang bermutu dan dibelakangnya sebuah tangan yang memegang logo TRI UPAYA BINA JIWA yang berarti Rumah Sakit Daerah madani berkomitmen untuk meningkatkan mutu pelayanannya kepada masyarakat terutama pelayanan kesehatan jiwa.

B. NILAI DASAR RUMAH SAKIT

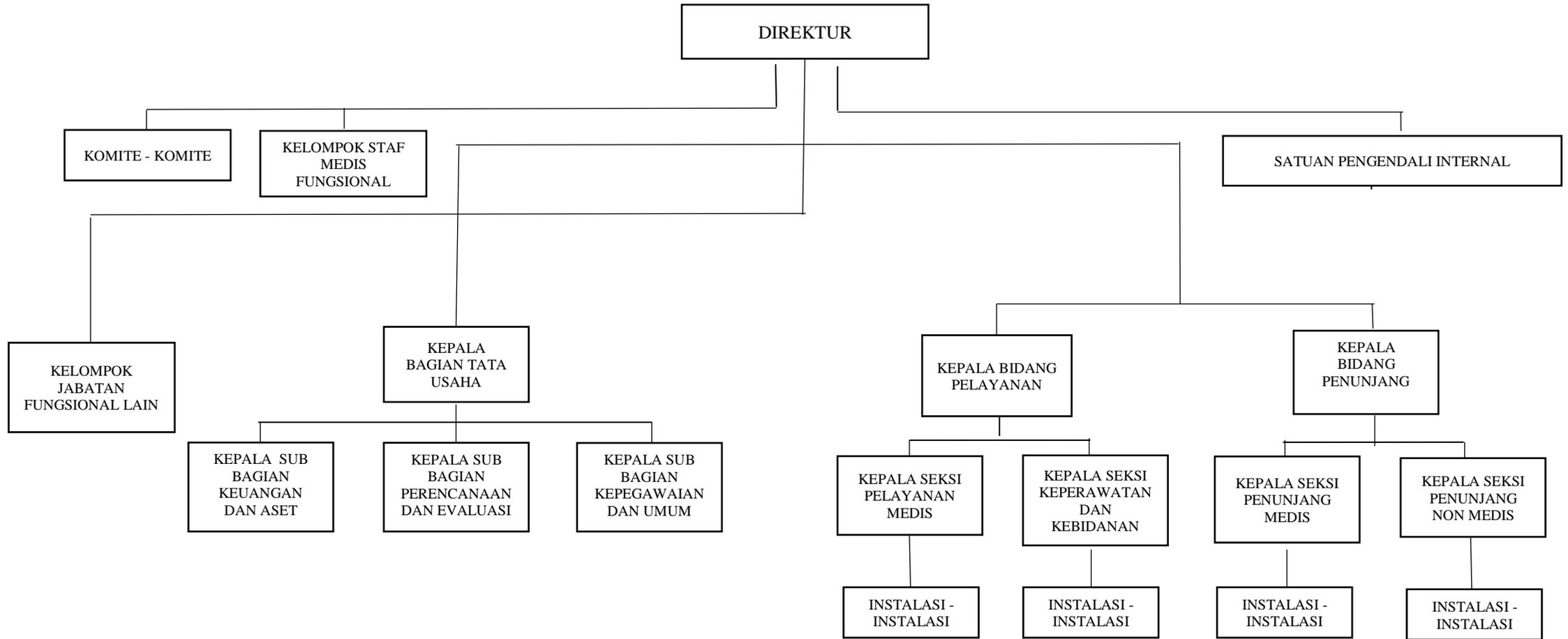
Rumah Sakit memiliki nilai dasar yaitu Madani yang akronim dari kata:

- a. Motivasi dan Komitmen:
 1. Motivasi adalah dorongan hati yang menjadi penggerak utama setiap pegawai Rumah Sakit untuk mencapai tujuan organisasi dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan secara optimal; dan
 2. Komitmen adalah kesepakatan bersama antara Pimpinan dan seluruh pegawai untuk senantiasa memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada pasien.
- b. Aktif dan Antisipatif:
 1. Aktif adalah berperan serta senantiasa dalam setiap tugas atau pelayanan terhadap pasien dan melaksanakannya dengan penuh rasa tanggung jawab; dan
 2. Antisipatif adalah sikap tanggap dan peduli terhadap tindakan pelayanan serta selalu mempertimbangkan risiko yang akan diterimanya sehingga dapat menyelesaikan pekerjaannya dengan baik.
- c. Disiplin adalah kemauan dan kemampuan untuk bekerja dengan baik serta mampu menyelesaikan pekerjaannya dengan tepat waktu;
- d. Adil adalah sikap penuh positif untuk mengedepankan kebersamaan dalam setiap pembagian tugas pelayanan, tidak membandingkan-bandingkan setiap pegawai dan tidak membeda-bedakan dalam pelaksanaan pelayanan;
- e. Nilai-Nilai Luhur yakni Menerapkan nilai-nilai yang luhur dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, pimpinan dan seluruh pegawai senantiasa mengedepankan pelayanan kesehatan terbaik dan tidak mengabaikan harkat dan martabat manusia; dan
- f. Inisiatif Dan Profesional:
 1. Inisiatif adalah bertindak untuk melaksanakan tindakan pelayanan kesehatan yang tumbuh dari kesadaran diri sendiri, tanpa menunggu perintah dari orang lain; dan
 2. Profesional adalah sikap dalam melakukan setiap tugas atau pelayanan baik terhadap pasien, masyarakat terkait, rekan maupun pihak yang terkait dengan Rumah Sakit yang berlandaskan kaidah ilmiah dan profesi serta tidak bertentangan dengan norma yang berlaku di masyarakat dengan ciri bertanggung jawab, inovatif, kreatif, dan optimis.

C. STRUKTUR KEPEMILIKAN



D. BAGAN SUSUNAN ORGANISASI



Salinan sesuai dengan aslinya

KEPALA BIRO HUKUM,


Dr. YOPIE, M.P., SH., MH
Pembina Utama Muda
Nip. 19780525 199703 1 001

GUBERNUR SULAWESI TENGAH,
ttd

RUSDY MASTURA