



BUPATI BANDUNG BARAT
PROVINSI JAWA BARAT
RANCANGAN
PERATURAN BUPATI BANDUNG BARAT
NOMOR 28 TAHUN 2023
TENTANG
POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CILILIN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANDUNG BARAT,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Cililin, perlu kejelasan peran dan fungsi dari Pemilik, Pengelola dan Staf medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cililin;
- b. bahwa dimilikinya suatu tatanan peraturan dasar yang mengatur antara pemilik rumah sakit atau yang mewakili, direktur rumah sakit, dan tenaga medis, dibutuhkan sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat dilaksanakan secara efektif, efisien, dan lebih berkualitas;
- c. bahwa peraturan internal rumah sakit adalah suatu produk hukum yang merupakan konstitusi sebuah rumah sakit yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Cililin;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kabupaten Bandung Barat di Provinsi Jawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4688);
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
4. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);

5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 772/ MENKES/ SK/ VI/ 2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*);
7. Peraturan Bupati Bandung Barat Nomor 86 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat (Berita Daerah Kabupaten Bandung Barat Tahun 2020 Nomor 87 Seri D);

MEMUTUSKAN :

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

BAB I
KETENTUAN UMUM

Bagian Kesatu
Pengertian

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kabupaten adalah Kabupaten Bandung Barat.
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat yang selanjutnya disebut RSUD Cililin adalah Rumah Sakit Umum Daerah sebagai perangkat Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, perorangan, dan institusi secara paripurna yang berupa pelayanan medik dan/atau penunjang medik meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
4. Bupati adalah Bupati Bandung Barat.
5. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Bandung Barat.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat.
7. Direksi adalah Pejabat Pengelola Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat terdiri dari Direktur, dan Staf Direktur dan Pembantu Staf Direksi.
8. Dinas Kesehatan adalah Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung Barat yang menyelenggarakan urusan

- pemerintahan bidang kesehatan.
9. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas atau Badan Daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
 10. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK - BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan Daerah pada umumnya.
 11. Staf Direksi adalah Kepala SubBagian dan Kepala Seksi.
 12. Instalasi adalah unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian rumah sakit.
 13. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan Organisasi Rumah Sakit (*corporate by laws*) dan peraturan Staf Medis Rumah Sakit (*medical Staff by laws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
 14. Peraturan Internal Korporasi (*corporate by laws*) adalah aturan yang mengatur hubungan pemilik, pengelola dan Staf Klinik agar program Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas.
 15. Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff by laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di Rumah Sakit.
 16. Dewan Pengawas adalah wadah non struktural yang bersifat independent dan bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
 17. Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah satuan kerja fungsional yang melaksanakan tugas menganalisa sistem organisasi dan melakukan audit kinerja internal Rumah Sakit baik audit keuangan, audit pelayanan dan audit manfaat bagi masyarakat.
 18. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical*

- governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
19. Komite Keperawatan adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan (*nersing governance*) melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika, serta disiplin profesi keperawatan.
 20. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keteknisan kesehatan agar staf tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi keteknisan kesehatan, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi masing-masing.
 21. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, Komite Keperawatan dan atau komite tenaga kesehatan lainnya yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Cililin Kabupaten Bandung Barat atas usul ketua Komite.
 22. Komite Etik dan Hukum merupakan wadah non struktural yang berfungsi memberikan pertimbangan dan saran serta penyelesaian masalah yang terkait dengan aspek etika dan aspek hukum Rumah Sakit.
 23. Staf Medis Fungsional (SMF) adalah kelompok profesi medik yang terdiri dari dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis dan melakukan pelayanan dibidang medis yang telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing dalam jabatan fungsional di Rumah Sakit Cililin Kabupaten Bandung Barat.
 24. Staf Keperawatan Fungsional (SKF) adalah kelompok profesi keperawatan yang melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan keperawatan atau kebidanan di instalasi dalam jabatan fungsional.
 25. Kelompok Staf Medis (KSM) adalah sekumpulan staf medis dengan spesialisasi dan atau keahlian yang sejenis, atau hampir sejenis.
 26. Kelompok Jabatan Fungsional (KJF) adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak sekelompok anggota profesi dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau keterampilan khusus yang didasarkan pada surat tanda registrasi dan surat izin

- praktek.
27. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
 28. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
 29. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
 30. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
 31. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
 32. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
 33. Dokter adalah medis dasar (MD) dan/atau medis spesialis (MS) yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat;
 34. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di Rumah Sakit Cililin Kabupaten Bandung Barat;
 35. Dokter Tamu atau dokter paruh waktu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu;
 36. Dokter kontrak BLUD adalah Staf Medis, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga ahli dengan perjanjian kontrak di Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu;
 37. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I) adalah dokter yang sedang mengikuti

- pendidikan Dokter Spesialis di Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat;
38. Pendidikan Sistem Magang adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan klinik dan juga administrasi, di mana peserta didik didampingi oleh Tenaga Klinis dan Non Klinis.
 39. Fleksibilitas adalah keleluasaan pengelolaan keuangan pada batas-batas tertentu yang dapat dikecualikan dari ketentuan yang berlaku umum.
 40. Pendapatan adalah semua penerimaan dalam bentuk kas dan tagihan Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat yang menambah ekuitas dana lancar dalam periode anggaran bersangkutan yang tidak perlu dibayar kembali.
 41. Belanja adalah semua pengeluaran dari rekening kas yang mengurangi ekuitas dana lancar dalam periode tahun anggaran bersangkutan yang tidak akan diperoleh pembayarannya kembali oleh Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat.
 42. Biaya adalah sejumlah pengeluaran yang mengurangi ekuitas dana lancar untuk memperoleh barang dan/atau jasa untuk keperluan operationsl Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat.
 43. Investasi adalah menanam modal dan atau menggunakan aset untuk memperoleh manfaat ekonomis yang dapat meningkatkan kemampuan Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat dalam rangka pelayanan kepada masyarakat
 44. Basis akrual adalah akuntansi berbasis biaya yang mengakui pengaruh transaksi dan peristiwa lainnya pada saat transaksi dan peristiwa itu terjadi, tanpa memperhatikan saat kas atau setara kas diterima atau dibayar.
 45. Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat, yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat.
 46. Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat yang selanjutnya disingkat DPA Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang akan dihasilkan dan digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran

- oleh Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat.
47. Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat yang selanjutnya disingkat RSB Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat.
 48. Standard Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat kepada masyarakat.
 49. Praktek bisnis yang sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu dan berkesinambungan.
 50. Nilai omset adalah jumlah seluruh pendapatan operasional yang diterima oleh Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat yang berasal dari barang dan/atau jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat, hasil kerja sama Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya.
 51. Nilai aset adalah jumlah aktiva yang tercantum dalam neraca Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat pada akhir suatu tahun buku tertentu, dan merupakan bagian dari aset pemerintah daerah yang tidak terpisahkan.
 52. Tarif adalah imbalan atas barang dan/atau jasa yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana, dapat bertujuan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
 53. Barang adalah setiap benda baik berwujud maupun tidak berwujud, bergerak maupun tidak bergerak, yang dapat diperdagangkan, dipakai, dipergunakan atau dimanfaatkan oleh Pengguna Barang. Pengadaan barang dapat meliputi bahan baku, barang setengah jadi, barang jadi/peralatan, dan makhluk hidup.
 54. Jasa adalah layanan profesional yang membutuhkan keahlian tertentu diberbagai bidang keilmuan yang mengutamakan adanya olah pikir dan atau keterampilan.
 55. Pegawai Organik adalah pegawai pemerintah pada BLUD-Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat yang terdiri dari Pegawai Negeri Sipil dan Pegawai Dengan Perjanjian Kontrak BLUD.

56. Penghargaan/*Pay* adalah imbalan yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, uang lembur, insentif, bonus, asuransi, pesangon, dan/atau pensiun yang diberikan kepada pegawai BLUD-Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat yang diatur dalam Sistem Penghargaan.
57. Insentif adalah suatu sarana motivasi berupa materi atau finansial, yang diberikan sebagai suatu perangsang ataupun pendorong dengan sengaja kepada para pekerja agar dalam diri mereka timbul semangat yang besar untuk meningkatkan produktivitas kerja dalam organisasi.
58. Remunerasi adalah pengeluaran pembiayaan oleh BLUD-Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat sebagai imbal jasa kepada pegawai, yang manfaatnya diterima pegawai dalam bentuk dan jenis komponen-komponen penghargaan (*take home pay*).
59. Promosi Kesehatan Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat PKRS adalah proses memberdayakan Pasien, keluarga Pasien, sumber daya manusia Rumah Sakit, pengunjung Rumah Sakit, dan masyarakat sekitar Rumah Sakit untuk berperan serta aktif dalam proses asuhan untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju pencapaian derajat kesehatan yang optimal
60. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat K3RS adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit.

Bagian Kedua

Asas

Pasal 2

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah Cililin bersifat otonom dalam penyelenggaraan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis serta menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
- (2) Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat dalam penyelenggaraan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis, diawasi dan dibina oleh dinas yang menyelenggarakan Urusan Pemerintahan di bidang kesehatan.
- (3) Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat merupakan bagian dari perangkat

pemerintah daerah yang dibentuk untuk membantu pencapaian tujuan pemerintah daerah, dengan status hukum tidak terpisah dari pemerintah daerah.

- (4) Kepala daerah bertanggung jawab atas pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan pelayanan umum yang didelegasikan kepada rumah sakit terutama pada aspek manfaat yang dihasilkan.
- (5) Pejabat pengelola Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan pemberian layanan umum yang didelegasikan oleh kepala daerah;
- (6) Dalam pelaksanaan kegiatan, rumah sakit mengutamakan efektivitas dan efisiensi serta kualitas pelayanan umum kepada masyarakat tanpa mengutamakan pencarian keuntungan.
- (7) Rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan dan kinerja Rumah Sakit disusun dan disajikan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan dan kinerja pemerintah daerah.
- (8) Dalam menyelenggarakan dan meningkatkan layanan kepada masyarakat, rumah sakit diberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangannya.

Bagian Ketiga Tujuan

Pasal 3

- (1) Tujuan umum ditetapkannya Peraturan ini adalah sebagai tatanan peraturan dasar yang mengatur hubungan antara Pemilik, Pengelola, Komite, Satuan Pengawas Internal dan Staf Medis sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas.
- (2) Tujuan khusus ditetapkannya Peraturan ini bagi Rumah Sakit adalah:
 - a. Sebagai pedoman dalam hubungannya dengan Pemilik, Pengelola dan Staf Medis;
 - b. Sebagai Pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan; dan
 - c. Sebagai pedoman dalam pengaturan hubungan antara Pengelola dengan Staf Medis.

Bagian Keempat Manfaat

Pasal 4

Manfaat ditetapkannya Peraturan ini adalah:

- a. Sebagai acuan bagi Pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit;
- b. Sebagai acuan bagi Pengelola dalam pengelolaan Rumah Sakit dan menyusun

- kebijakan yang bersifat teknis manajerial atau operasional;
- c. Sebagai sarana untuk menjamin efektivitas, efisiensi dan mutu Rumah Sakit;
 - d. Sebagai sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan Rumah Sakit; dan
 - e. Sebagai acuan dalam penyelesaian konflik di Rumah Sakit antara Pemilik, Pengelola dan Staf Medis.

BAB II
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
Bagian Kesatu
Identitas Rumah Sakit
Paragraf 1
Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 5

- (1) Nama rumah sakit adalah: “Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat”.
- (2) RSUD ”Cililin Kabupaten Bandung Barat berkedudukan di Jalan Raya Jl. Cintakarya RT/RW : 01/08 Desa Cililin Kecamatan Cililin Kabupaten Bandung Barat Provinsi Jawa Barat
- (3) Rumah sakit sebagaimana dimaksud ayat (1) merupakan Rumah Sakit Umum Kelas C yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.
- (4) Rumah sakit sebagaimana dimaksud ayat (1) merupakan Unit Organisasi Bersifat Khusus yang menerapkan BLUD secara penuh.

Paragraf 2
Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 6

Rumah Sakit mempunyai tugas:

- a. melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan rujukan; dan
- b. melaksanakan pelayanan Rumah Sakit yang bermutu sesuai standar pelayanan Rumah Sakit.

Pasal 7

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai:

- a. penyelenggara pelayanan medik;
- b. penyelenggara pelayanan penunjang medik dan non medik;
- c. penyelenggara pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
- d. penyelenggara pelayanan rujukan;

- e. penyelenggara pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan; dan
- f. penyelenggara administrasi umum dan keuangan.

Bagian Kedua

Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Nilai, Motto, dan Sejarah Rumah Sakit

Paragraf 1

Visi dan Misi

Pasal 8

Untuk melaksanakan Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 perlu menelaah keterkaitan tugas dan fungsi Rumah Sakit dihubungkan dengan visi dan misi Pemerintah Daerah dibidang kesehatan yaitu:

- a. Membangun tata kelola pemerintah yang profesional, efektif, demokratis dan terpercaya dengan jiwa kepemimpinan; dan
- b. Mewujudkan manajemen layanan pendidikan, kesehatan yang merata, adil, berkualitas, dan berkelanjutan dalam menciptakan sumberdaya manusia.

Pasal 9

Visi dan Misi rumah sakit menginduk pada visi dan Misi Bupati yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Paragraf 2

Tujuan dan Sasaran

Pasal 10

Berdasarkan visi dan misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, tujuan peningkatan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Rumah Sakit adalah, "Meningkatkan mutu dan menjaga standar pelayanan rumah sakit".

- a. Sasaran ,"*Meningkatkan kualitas/mutu pelayanan kesehatan*".
- b. Strategi ,"*Peningkatan layanan kesehatan melalui akreditasi SNARS*".
- c. Arah kebijakan :
 - 1. Mengembangkan sarana dan prasarana kesehatan yang berkualitas; dan
 - 2. Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia bidang kesehatan.

Paragraf 3

Motto, Nilai-Nilai, dan Falsafah

Pasal 11

Moto Rumah Sakit adalah Melayani dengan **RAMAH**

R =Responsif artinya cepat tanggap dalam melayani Pasien.

A =Amanah artinya memberikan pelayanan yang terpercaya.

M=Maju artinya menyediakan pelayanan dan fasilitas kesehatan yang terbaik.

A = Akuntabel artinya memberikan pelayanan sesuai dengan standar prosedur yang berlaku.

H = Humoris artinya menjalin hubungan baik dengan pasien dan stackholder lainnya.

Pasal 12

Falsafah Rumah Sakit sebagai kristalisasi nilai-nilai yang diyakini dapat membangkitkan semangat adalah, "Isi falsafahnya".

Paragraf 4 Sejarah Pendirian

Pasal 13

Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat merupakan salah satu Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung Barat yang beralamat di Jl. Cinta Karya RT 01/08, Desa Cililin, Kabupaten Bandung Barat, berdiri pada Bulan Mei 2012 yang diresmikan oleh Gubernur Jawa Barat Ahmad Heryawan didampingi oleh Bupati Bandung Barat Abubakar dan merupakan rumah sakit pertama yang dimiliki pemerintah daerah kabupaten bandung barat sejak pemekaran dari Kabupaten Bandung pada tahun 2007.

Paragraf 5

Review Visi, Misi dan Sosialisasi

Pasal 14

- (1) Pimpinan BLUD-RS Cililin Kabupaten Bandung Barat dapat membentuk tim penyusun visi, misi dan Rancangan Strategis Rumah Sakit atau Rencana Bisnis Anggaran BLUD untuk periode lima (5) tahun kepemimpinan Kepala Daerah.
- (2) Penentuan kebutuhan terhadap riview visi dan misi rumah sakit dilakukan secara berkala yang melibatkan unsur pimpinan dan unsur lain yang terlibat dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan wajib bidang kesehatan yang menjadi tugas rumah sakit pemerintah daerah sebagai layanan rujukan kesehatan tingkat lanjutan (Rumah Sakit Kelas C).

Pasal 15

- (1) Visi, misi rumah sakit wajib disosialisasikan dilingkungan internal dan lingkungan eksternal rumah sakit.
- (2) Sosialisasi dilingkungan internal rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan pada saat pengusulan pengantian visi, misi dengan cara tim penyusun menyampaikan rancangan perubahan, dan disosialisasikan kembali setelah penetapan visi, misi yang baru.

- (3) Sosialisasi dilingkungan eksternal disampaikan melalui media elektronik dengan cara diumumkan ke publik oleh Unit Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) pada website milik Kabupaten dan milik RSUD Cililin.

Pasal 16

Penetapan, perubahan, dan pencabutan Visi, Misi, Logo dan Status PPK-BLUD Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat ditetapkan dengan Keputusan Bupati berdasarkan hasil penilaian Dewan Pengawas BLUD-Rumah Sakit Cililin Kabupaten Bandung Barat.

Bagian Ketiga Pemilik

Pasal 17

- (1) Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung Barat.
- (2) Kewenangan Pemilik terhadap Rumah Sakit adalah sebagai berikut:
 - a. Menetapkan peraturan tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*), Standar Pelayanan Minimal, Pengelolaan Keuangan, Tarif Layanan, Remunerasi (Jasa Pelayanan), Pengelolaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit;
 - b. Mengangkat dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;
 - c. Memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
 - d. Meminta kepada pengelola Rumah Sakit untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan dan keamanan pasien;
 - e. Mengesahkan Rencana Strategis Bisnis dan Rencana Bisnis dan Anggaran yang disetujui oleh Dewan Pengawas; dan
 - f. Memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi

Pasal 18

Tanggung jawab Pemilik terhadap Rumah Sakit adalah:

- a. Menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen; dan
- b. Bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Keempat
Dewan Pengawas

Pasal 19

Ketentuan mengenai Dewan Pengawas diatur tersendiri dalam Peraturan Bupati.

Bagian Kelima
Pengelolaan Rumah Sakit (*corporate governance*)

Paragraf 1

Prinsip Tata Kelola

Pasal 20

- (1) Rumah Sakit dikelola berdasarkan pola tata kelola yang memuat antara lain:
 - a. struktur organisasi;
 - b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi yang logis; dan
 - d. pengelolaan Umum dan Keuangan.
- (2) Tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memperhatikan prinsip, antara lain:
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas; dan
 - d. independensi.

Pasal 21

- (1) Struktur organisasi rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, dan wewenang dalam organisasi.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.
- (4) Pengelolaan Umum dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Umum dan Keuangan yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.

Pasal 22

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat

- diterima bagi yang membutuhkan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada rumah sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.
 - (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap prinsip bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
 - (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

Paragraf 2 Pengelola Rumah Sakit

Pasal 23

Pejabat Pengelola atau Dewan Direksi adalah yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional rumah sakit sebagai BLUD yang terdiri atas:

- a. Pemimpin;
- b. Pejabat Keuangan; dan
- c. Pejabat Teknis.

Pasal 24

Pemimpin adalah Direktur, yang bertanggung jawab kepada Bupati melalui Kepala Dinas Kesehatan terkait operasional dan keuangan rumah sakit secara umum dan keseluruhan.

Pasal 25

Pejabat Keuangan adalah Kepala Bagian Tata Usaha yang bertanggung jawab kepada Direktur menyangkut pengelolaan penerimaan pendapatan, perbendaharaan, akuntansi, verifikasi, kepegawaian, Sumberdaya Kesehatan (HRD), Kesekretariatan, rumah tangga, perlengkapan, penyusunan program/perencanaan, evaluasi dan pelaporan.

Pasal 26

Pejabat Teknis adalah Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan yang bertanggung- jawab kepada Direktur atas kegiatan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan rekam medis, pelayanan sistem informasi kesehatan, pelayanan keperawatan, dan pelaksanaan penunjang non medis.

Pasal 27

- (1) Komposisi Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna

memenuhi tuntutan perubahan.

- (2) Perubahan komposisi Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bupati.
- (3) Jabatan Struktural di Rumah Sakit ditetapkan dalam Peraturan Bupati tersendiri.

Pasal 28

- (1) Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Pengangkatan dan penempatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (3) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh Pengelola rumah sakit, berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
- (4) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Paragraf 3

Masa Jabatan dan Pemberhentian Dari Jabatan

Pasal 29

- (1) Masa jabatan Pejabat Pengelola adalah sesuai dengan kebutuhan dan dapat diangkat kembali untuk masa jabatan berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan yang ditentukan.
- (2) Pengelola BLUD Rumah Sakit dapat diberhentikan karena:
 - a. perubahan struktur organisasi;
 - b. adanya pengembangan pola karir baik itu promosi dan mutasi di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung Barat;
 - c. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - d. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - f. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
 - g. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

Paragraf 4

Persyaratan Jabatan

Pasal 30

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Pengelola adalah:

- a. Memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang

- perumahsakit;
- b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengelola dan mengembangkan Rumah Sakit;
- c. Berstatus sebagai Aparatur Sipil Negara yang bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan Rumah Sakit;
- d. Saat diusulkan berpangkat minimal sesuai jabatan yang diusulkan;
- e. Bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pencapaian visi dan misi Rumah Sakit; dan
- f. Bersedia menandatangani pakta integritas.

Paragraf 5

Kewajiban dan Tanggungjawab Direktur

Pasal 31

Direktur mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- a. Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit sesuai visi, misi dan tujuan organisasi dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. Menetapkan rencana strategis bisnis dan rencana bisnis anggaran Rumah Sakit;
- c. Mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis sesuai ketentuan;
- d. Menetapkan pejabat yang ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan serta pejabat lain sesuai kebutuhan Rumah Sakit;
- e. Menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta kinerja keuangan Rumah Sakit;
- f. Memelihara, mengelola dan meningkatkan sumber daya Rumah Sakit;
- g. Mewakili Rumah Sakit di dalam dan di luar pengadilan;
- h. Melaksanakan kebijakan pengembangan usaha sebagaimana yang telah digariskan;
- i. Menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
- j. Mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai aturan perundang-undangan;
- k. Menetapkan struktur organisasi dan tata kerja Rumah Sakit, lengkap dengan rincian tugasnya setelah mendapat persetujuan dari Bupati;
- l. Mengangkat dan memberhentikan pegawai Rumah Sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- m. Memutuskan dan menetapkan peraturan-peraturan Rumah Sakit guna melaksanakan ketentuan-ketentuan dalam peraturan internal dasar maupun peraturan perundang-undangan;
- n. Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak

- dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
- o. Menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
 - p. Mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan; dan
 - q. Meminta pertanggung-jawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat Rumah Sakit.

Pasal 32

Tanggung jawab Direktur mengenai hal-hal berikut ini:

- a. Ketepatan kebijaksanaan berbasis visi dan misi Rumah Sakit;
- b. Kelancaran, efektifitas dan efisiensi seluruh kegiatan Rumah Sakit; dan
- c. Kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya.

Pasal 33

Tugas pokok dan fungsi Pengelola Rumah Sakit ditetapkan oleh Bupati dan dirinci dalam suatu uraian tugas pokok dan fungsi secara tertulis dalam Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit.

Pasal 34

- (1) Direktur dapat mengangkat pejabat dalam jabatan yang bersifat fungsional/non struktural dengan hierarki setingkat pimpinan puncak (Ketua Komite, Departemen/Instalasi, Ketua Kelompok Fungsional) dan setingkat staf pelaksana (staf fungsional/Kepala Unit).
- (2) Direktur dapat mengangkat staf khusus dan atau staf ahli yang bersifat fungsional/non struktural untuk diperbantukan pada semua tingkat manajemen.
- (3) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) didasarkan atas kebutuhan untuk pencapaian tujuan organisasi Rumah Sakit.
- (4) Sebutan, fungsi, tugas, hak dan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) diatur oleh Direktur.
- (5) Bagi Pegawai yang diperbantukan Pemerintah Kabupaten atau Pegawai Baru sebelum penempatan pada unit kerja dilakukan orientasi pegawai baru.

Pasal 35

- (1) Apabila salah satu atau beberapa Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis berhalangan dalam menjalankan tugasnya maka kekosongan jabatan tersebut dijabat Pejabat satu tingkat dibawahnya yang di tunjuk sementara oleh Direktur dan dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.
- (2) Apabila Direktur berhalangan tetap dalam menjalankan tugasnya maka harus ditunjuk Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis untuk

menjalankan tugas sementara pengelolaan Rumah Sakit melalui surat penugasan Bupati.

- (3) Apabila semua Pejabat Pengelola berhalangan tetap melakukan tugasnya atau kekosongan jabatan karena belum diangkat, maka pengelolaan Rumah Sakit dijalankan oleh Pejabat yang ditunjuk Bupati.
- (4) Apabila salah satu atau beberapa pejabat satu tingkat dibawah Pejabat Keuangan atau Pejabat Teknis berhalangan dalam menjalankan tugasnya maka kekosongan jabatan tersebut dijabat oleh staf Rumah Sakit yang ditunjuk sementara oleh Direktur dan dilaporkan secara tertulis kepada Bupati.

Pasal 36

- (1) Untuk melaksanakan pengelolaan organisasi Rumah Sakit yang baik, efisien, dan efektif perlu diatur tata kerja organisasi sesuai asas-asas organisasi yang sesuai kondisi Rumah Sakit.
- (2) Tata kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari tata kerja rapat, tata kerja monitoring dan evaluasi, tata kerja pendelegasian wewenang, tata kerja pengadaan barang dan jasa, tata kerja administrasi kepegawaian, tata kerja pengelolaan pendapatan dan belanja, tata kerja pengelolaan aset, tata kerja pelayanan medik, tata kerja penunjang medik, tata kerja asuhan keperawatan, tata kerja pendidikan dan pelatihan, dan tata kerja pengelolaan rumah tangga.
- (3) Tata kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur oleh Direktur dan menjadi pedoman dalam pelaksanaan organisasi Rumah Sakit.

Bagian Keenam Organisasi Pelaksana

Paragraf 1

Instalasi

Pasal 37

Guna melaksanakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.

Pasal 38

- (1) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (2) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau subbid terkait.
- (4) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh :

- a. Kordinator/ Kepala ruangan;
- b. Ketua Tim/penanggungjawab; dan
- c. Tenaga fungsional tertentu dan atau tenaga fungsional umum.

Pasal 39

- (1) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah maupun jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 40

- (1) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan diinstalasinya kepada Direktur Bidang Pelayanan melalui Kepala Bidang Pelayanan.
- (2) Instalasi dibedakan berdasarkan jenis layanan yang berikan kepada masyarakat.
- (3) Nama-nama instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat 2 melingkupi :
 - a. Instalasi Rawat Jalan;
 - b. Instalasi Rawat Inap;
 - c. Instalasi Gawat Darurat;
 - d. Instalasi Bedah Sentral;
 - e. Anestesi dan Reanimasi;
 - f. Instalasi Reproduksi Berbantu dan Perinatologi;
 - g. Instalasi Intensive;
 - h. Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - i. Instalasi Laboratorium;
 - j. Instalasi Radiologi;
 - k. Instalasi Farmasi;
 - l. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - m. Instalasi Gizi;
 - n. Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 - o. Instalasi Kesehatan Lingkungan;
 - p. Instalasi Laundry dan CSSD;
 - q. Instalasi PKRS, Pemasaran Sosial dan Pengaduan Masyarakat;
 - r. Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit;
 - s. Instalasi Rekam Medis;
 - t. Humas
 - u. Instalasi Bank Darah Rumah Sakit;
 - v. Unit Hemodialisa

Pasal 41

Ketentuan lebih lanjut tentang Pedoman Organisasi dan Pedoman Pelayanan Instalasi diatur dalam Peraturan Internal yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 2

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 42

- (1) Kelompok jabatan fungsional adalah pelaksana

teknis yang terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.

- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok jabatan fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 43

- (1) Rumah Sakit wajib menyelenggarakan PKRS sebagai unit kerja fungsional.
- (2) PKRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan dengan prinsip paradigma sehat, kesetaraan, kemandirian, keterpaduan, dan kesinambungan.
- (3) Unit kerja fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat 1 berupa instalasi, yang didasarkan pada kelas Rumah Sakit
- (4) Profesional pemberi asuhan yang terlibat dalam penyelenggaraan PKRS pada setiap unit pelayanan di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada Pasien.

Pasal 44

- (1) Promosi Kesehatan Rumah Sakit merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur melalui bidang terkait.
- (2) Kepala PKRS dan Kordinator ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari Komite medik, Komite Keperawatan, Bidang Pelayanan dan Bidang Keperawatan.

Pasal 45

Ketentuan lebih lanjut tentang Pedoman Organisasi dan Pedoman Pelayanan PKRS diatur dalam Peraturan Internal yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketujuh Organisasi Pendukung

Paragraf 1

Satuan Pengawas Internal

Pasal 46

- (1) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pengawas Internal bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal harus memenuhi persyaratan:
- a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
 - d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
 - e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
 - f. berijazah paling rendah D-3 (Diploma 3);
 - g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun di rumah sakit;
 - h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat diangkat pertama kali;
 - i. tidak pernah mendapat hukuman disiplin dari atasan atau pejabat berwenang;
 - j. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggara Rumah Sakit;
 - k. mempunyai sikap independen dan obyektif; dan
 - l. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Ketua dan Anggota Satuan Pengawas Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
- a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit;
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap;
 - f. terkena tindakan disiplin berat dari atasan; atau
 - g. adanya kebijakan dari Pemilik atau Direktur.

Pasal 47

- (1) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pengawas Internal adalah :
- a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi Rumah Sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
 - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan Rumah Sakit;
 - c. melakukan penilaian dan pemantauan

mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :

1. informasi penting Rumah Sakit terjamin keamanannya;
 2. fungsi sekretariat Rumah Sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif; dan
 3. penyajian laporan-laporan Rumah Sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan.
- d. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur;
- (2) Dalam melaksanakan kerjasama
- (3) tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Satuan Pengawas Internal berfungsi sebagai unit monitoring yang bersifat independen untuk:
- a. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasidan aset Rumah Sakit;
 - b. melakukan penilaian desain pengendalian internal;
 - c. melakukan implementasi pengendalian internal; dan
 - d. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan Rumah Sakit.
- (4) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (5) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Paragraf 2 Komite Medik

Pasal 48

Komite medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelolaklinis (*clininal governance*) agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

Pasal 49

- (1) Komite Medik berhak memperoleh insentif biaya operasional sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Medik didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan pengadaan barang/jasa pemerintah.

Pasal 50

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

Pasal 51

- (1) Susunan personalia Komite Medik terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Sub Komite.
- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dalam masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di rumah sakit.
- (5) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Sub komite-Sub komite.
- (6) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari Staf Medik Fungsional.

Pasal 52

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit ;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. Kompetensi;
 2. Kesehatan fisik dan mental;
 3. Perilaku; dan
 4. Etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu

profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :

- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik rumah sakit; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran.
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.
 - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 53

Komite Medik mempunyai wewenang menjaga profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara :

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

Paragraf 3

Komite Keperawatan

Pasal 54

Guna membantu Direktur dalam menyusun Standar Asuhan Keperawatan dan memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan perawat dan bidan, mengembangkan pelayanan keperawatan, program pendidikan, pelatihan dan penelitian serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan, maka dibentuk Komite Keperawatan.

Pasal 55

- (1) Komite Keperawatan berhak memperoleh insentif biaya operasional sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Keperawatan didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan pengadaan barang /jasa pemerintah.

Pasal 56

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

Pasal 57

- (1) Susunan Komite Keperawatan terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Sub Komite.
- (2) Ketua Komite Keperawatan ditunjuk oleh Direktur.
- (3) Keanggotaan Pengurus Komite Keperawatan diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku dalam masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (4) Jumlah Pengurus Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit.
- (5) Pengurus Komite Keperawatan terbagi ke dalam Sub komite-Sub komite.
- (6) Subkomite Keperawatan terdiri dari:
 - a. Ketua Sub Komite;
 - b. Anggota Sub Komite.

Pasal 58

Tugas dan Fungsi Komite Keperawatan Memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi perawat dan bidan dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

Pasal 59

- Komite keperawatan berwenang untuk :
- a. Membuat dan membubarkan Sub Komite keperawatan (Sub Komite AdHoc) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan;
 - b. Mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
 - c. Mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
 - d. Membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir; dan
 - e. Memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

Pasal 60

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Keperawatan diatur dalam Peraturan Internal Komite Keperawatan yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 4
Komite Tenaga Kesehatan Lain

Pasal 61

Guna membantu Direktur dalam Standar Praktek Tenaga Keteknisan Kesehatan dalam hal memantau pelaksanaan praktek, mengatur kewenangan TTK, mengembangkan strategi pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi Keteknisan Kesehatan, direktur rumah sakit dapat membentuk Komite Tenaga Kesehatan lain.

Pasal 62

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain berhak memperoleh insentif biaya operasional sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Tenaga Keteknisan Kesehatan didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan pengadaan barang/jasa pemerintah.

Pasal 63

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

Pasal 64

- (1) Susunan personalia organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Sub komite.
- (2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lain ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (3) Jumlah keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di rumah sakit.
- (4) Anggota Komite Tenaga Kesehatan Lain terbagi ke dalam Sub komite.

Pasal 65

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Tenaga Kesehatan Lain diatur dalam Peraturan Internal Komite Tenaga Kesehatan Lain yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 5
Komite Etik dan Hukum

Pasal 66

- (1) Susunan organisasi Komite Etik dan Hukum terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Seksi-Seksi.
- (2) Ketua ditetapkan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun, dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi,

dan perilaku serta masukan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit.

- (3) Anggota Komite Etik dan Hukum terbagi ke dalam Seksi-Seksi, yang terdiri dari:
- a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Anggota.

Pasal 67

Komite Etik dan Hukum mempunyai tugas membantu Direktur dalam mensosialisasikan kewajiban dan tata aturan etik dan hukum Rumah Sakit kepada semua unsur yang ada di Rumah Sakit.

Pasal 68

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 88, Komite Etik dan Hukum berfungsi:

- a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi medikoetik-legal, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;
- b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit; dan
- c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit.

Pasal 69

Kewajiban etik dan hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 88 meliputi:

- a. kewajiban umum Rumah Sakit;
- b. kewajiban Rumah Sakit terhadap masyarakat;
- c. kewajiban Rumah Sakit terhadap staf;
- d. menyelesaikan masalah medikolegal dan etika Rumah Sakit; dan
- e. melakukan koordinasi dengan Bagian Hukum Sekretariat Daerah Kabupaten Kabupaten Bandung Barat dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemilik dalam menyelesaikan masalah medikolegal.

Pasal 70

Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 88 dan Pasal 89, Komite Etik dan Hukum mempunyai kewenangan:

- a. Mengusulkan rencana kegiatan tahunan dan lima tahunan;
- b. Mengusulkan sanksi kepada Direktur terhadap pegawai melakukan pelanggaran etik dan hukum;
- c. Mensosialisasikan tata aturan yang berhubungan dengan etik dan hukum yang berlaku di Rumah Sakit kepada pegawai Rumah Sakit; dan
- d. Memberikan pertimbangan hukum kepada Direktur diminta atau tidak guna perbaikan

manajemen pelayanan di Rumah Sakit.

Pasal 71

- (1) Komite Etik dan Hukum beserta Pejabat Pengelola melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi etik dan hukum.
- (2) Rapat etik dan hukum terdiri dari rapat kerja, rapat rutin dan rapat khusus.
- (3) Rapat Kerja terdiri dari:
 - a. rapat kerja dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat kerja dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Subkomite, Pejabat Pengelola, Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan; dan
 - c. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja etik dan hukum untuk masa 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat Rutin terdiri dari:
 - a. rapat rutin dilaksanakan dalam 3 (tiga) bulan sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat rutin dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Subkomite, Pejabat Pengelola, Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan; dan
 - c. agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah etika dan hukum.
- (5) Rapat Pleno terdiri dari:
 - a. rapat pleno diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
 - b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite atau Direktur dan dihadiri oleh para Sekretaris dan Subkomite dan Pejabat Pengelola serta Kepala Instalasi dan Kepala Unit Pelayanan terkait; dan
 - c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin pegawai Rumah Sakit Non Medis dan Non Keperawatan.

Pasal 72

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Etik dan Hukum diatur dalam Peraturan Internal Komite Etik dan Hukum yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 5

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 73

- (1) Susunan organisasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Anggota atau *Infection Provention Control Nurse* (IPCN); dan
 - d. *Infection Provention and Control Link Nurse* (IPCLN);
- (2) Keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian

Infeksi terbagi ke dalam Kelompok Jabatan Fungsional, yaitu Pencegahan dan Pengendalian.

- (3) Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang Keperawatan Rumah Sakit.
- (4) *Infection Provention Control Nurse (IPCN)* dan *Infection Provention and Control Link Nurse (IPCLN)* diusulkan oleh Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan oleh Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang keperawatan Rumah Sakit.

Pasal 74

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai tugas pokok membantu Direktur memberikan pertimbangan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai fungsi:
 - a. menyusun, menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi Rumah Sakit;
 - b. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB);
 - c. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan perinsip-perinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
 - d. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - e. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - f. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa Rumah Sakit; dan
 - g. menerima laporan atas kegiatan dan membuat laporan berkala kepada Direktur.
- (3) Sekretaris mempunyai tugas:
 - a. menyusun rencana kerja tahunan;
 - b. melakukan koordinasi dengan unit lain dalam melakukan tugas guna sinkronisasi;
 - c. melakukan penyuluhan secara rutin dan insidental;
 - d. memberikan saran dan masukan dalam proses pelayanan; dan
 - e. membuat laporan kegiatan secara rutin dan insidental kepada Ketua Komite untuk diteruskan kepada Direktur.
- (4) *Infection Provention Control Nurse (IPCN)* mempunyai

tugas:

- a. menyusun rencana kerja tahunan;
- b. melakukan koordinasi dengan unit lain dalam melakukan tugas guna sinkronisasi; dan
- c. membuat laporan.

Pasal 75

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diatur dalam pedoman organisasi dan pedoman pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 6

Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 76

- (1) Susunan organisasi Komite Farmasi dan Terapi terdiri dari
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Koordinator.
- (2) Keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi terbagi ke dalam Koordinator.
- (3) Ketua Komite Farmasi dan Terapi diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite TTK dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang Keperawatan Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris dan Koordinator diusulkan oleh Ketua Komite Farmasi dan Terapi ditetapkan oleh Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Bidang Pelayanan dan Bidang Penunjang dan Bagian Tata Usaha Rumah Sakit.

Pasal 77

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
 - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium Rumah Sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
 - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
 - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
 - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam Rumah Sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
 - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;

- f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus; dan
- g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.

Pasal 78

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Farmasi dan Terapi diatur dalam Pedoman organisasi Komite Farmasi dan Terapi yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 7

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 79

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit.

Pasal 80

- (1) Susunan organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Koordinator; dan
 - d. Anggota atau *Person In Charge* (PIC).
- (2) Keanggotaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terbagi ke dalam Koordinator Mutu Klinik, Koordinator Manajemen, dan Koordinator Keselamatan Pasien.
- (3) Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite TKK dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang Keperawatan Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris dan Koordinator diusulkan oleh Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ke Direktur, dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan dan unsur dari Bidang Pelayanan dan Bidang Keperawatan Rumah Sakit.

Pasal 81

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas:
 - a. Meningkatkan mutu layanan di semua bidang layanan rumah sakit;
 - b. Mengembangkan program keselamatan pasien rumah sakit;
 - c. Menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien;
 - d. Menjalankan peran, motivator, edukator, konsultasi, evaluasi dan monitoring program keselamatan pasien rumah sakit;
 - e. Bersama-sama bagian diklat rumah sakit

- melakukan pelatihan intenal Keselamatan Pasien; dan
- f. Melakukan pencatatan pelaporan, analisa masalah terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Sentinel.
- (2) Tugas Koordinator Mutu Klinik, yaitu:
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Klinik;
 - b. mengevaluasi implementasi SPO Pelayanan;
 - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu klinik;
 - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu klinik;
 - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal Rumah Sakit tentang pencapaian indikator mutu klinik;
 - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian indikator mutu klinik;
 - g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
 - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
 - i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu; dan
 - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (3) Tugas Koordinator Mutu Manajemen, yaitu :
- a. membuat rencana stategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Manajemen;
 - b. mengevaluasi implementasi SPO administrasi dan sumber daya;
 - c. berkoordinasi dengan unit terkait dakam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu manajemen;
 - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu manajemen;
 - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal Rumah Sakit tentang pencapaian indikator manajemen;
 - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen;
 - g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
 - h. menyusun dan melaksanakan panduan

- pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
- i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali; dan
 - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (4) Tugas Koordinator Keselamatan Pasien, yaitu:
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
 - b. melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
 - c. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke Komite Keselamatan dan Kamanan Rrumah Sakit (KKKRS) Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI);
 - d. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel; dan
 - e. secara berkala membuat laporan kegiatan ke Direktur.

Pasal 82

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Mutu dan Keselamatan Pasien diatur dalam Pedoman organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 8

Panitia Rekam Medis

Pasal 83

Panitia Rekam Medis dibentuk guna membantu direktur dalam menyelenggarakan review rekam medis.

Pasal 84

- (1) Susunan Panitia Rekam Medis terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Wakil Ketua;
 - c. Sekretaris; dan
 - d. Anggota.
- (2) Panitia Rekam Medis bertugas untuk mereview rekam medis terkait kebenaran, dan kelengkapan pengisian rekam medis yang diisi oleh Profesional Pemberi Asuhan.

Pasal 85

- (1) Panitia Rekam Medis berhak memperoleh insentif biaya operasional sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Panitia Rekam Medis didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan pengadaan barang/jasa pemerintah.

Pasal 86

Dalam melaksanakan tugas pokok Panitia Rekam Medis berfungsi untuk :

- a. Menginventarisasi jenis-jenis formulir rekam medis;
- b. Mengkoordinir kegiatan rekam medis;
- c. Membuat standarisasi form rekam medis;
- d. Mengevaluasi pemakaian formulir rekam medis;
- e. Memonitor pengisian berkas rekam medis;
- f. Memberikan saran dan pertimbangan dalam hal penyimpanan rekam medis;
- g. Menjamin bahwa isi rekam medis dicatat sebaik-baiknya dan menjamin tersedianya data yang diperlukan untuk menilai pelayanan yang diberikan kepada pasien;
- h. Menjamin telah dijalankan dengan baik penyimpanan berkas rekam medis, pembuatan indeks dan tersedianya berkas rekam medis pasien;
- i. Memberikan usul kepada direktur tentang perubahan isi dan bentuk form rekam medis;
- j. Melakukan kerjasama dengan penasehat hukum dalam hal hubungan keluar dan pengeluaran data/informasi untuk instansi diluar rumah sakit;
- k. Melakukan evaluasi dan pengendalian mutu rekam medis yang meliputi kebijakan, pengelolaan dan prosedur;
- l. Memimpin rapat internal di Panitia Rekam Medis dan rapat koordinasi dengan unit terkait;
- m. Membina dan meningkatkan motivasi kerja pelaksana rekam medis;
- n. Memberikan rekomendasi tentang peningkatan kemampuan petugas rekam medis serta pembelian alat baru yang membantu pelaksanaan pelayanan rekam medis; dan
- o. Membuat laporan hasil review rekam medis kepada komite medis dan komite keperawatan.

Pasal 87

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya Panitia Rekam Medis berwenang :

- a. Membantu terselenggaranya sistem pengelolaan rekam medis yang memenuhi standar yang telah ditetapkan;
- b. Memberikan penilaian akhir terhadap kualitas pengisian rekam medis;
- c. Menolak rekam medis yang tidak memenuhi standar; dan
- d. Menerapkan tindakan-tindakan kearah perbaikan terhadap pengisian rekam medis yang tidak memuaskan.

Pasal 88

Ketentuan lebih lanjut tentang Pengorganisasian Panitia Rekam Medis diatur dalam Pedoman

Organisasi Panitia Rekam Medis yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 9

Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit

Pasal 89

Pengaturan K3RS bertujuan untuk terselenggaranya keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan.

Pasal 90

- (1) Kebijakan K3RS ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit dan disosialisasikan ke seluruh Sumber Daya Manusia Rumah Sakit.
- (2) Kebijakan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. penetapan kebijakan dan tujuan dari program K3RS;
 - b. penetapan organisasi K3RS; dan
 - c. penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana.

Pasal 91

- (1) Untuk terselenggaranya K3RS secara optimal, efektif, efisien, dan berkesinambungan, Rumah Sakit membentuk atau menunjuk satu unit kerja fungsional yang mempunyai tanggung jawab dalam menyelenggarakan K3RS.
- (2) Unit kerja fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berbentuk komite tersendiri atau terintegrasi dengan komite lainnya, dan/atau instalasi K3RS.

Pasal 92

Unit kerja fungsional K3RS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 memiliki tugas:

- a. menyusun dan mengembangkan kebijakan, pedoman, panduan, dan standar prosedur operasional K3RS;
- b. menyusun dan mengembangkan program K3RS;
- c. melaksanakan dan mengawasi pelaksanaan K3RS; dan
- d. memberikan rekomendasi yang berkaitan dengan K3RS untuk bahan pertimbangan.

Pasal 93

Ketentuan lebih lanjut tentang Pengorganisasian K3RS diatur dalam Pedoman organisasi K3RS yang ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 10

Komite Koordinasi Pendidikan

Pasal 94

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat mempunyai fungsi sebagai tempat pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan

secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran, pendidikan berkelanjutan dan pendidikan kesehatan lainnya.

- (2) Untuk meleksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat dapat mendelegasikan kewenangannya kepada direktur rumah sakit untuk membentuk Komite Kordinasi Pendidikan.
- (3) Komite Koordinasi Pendidikan adalah unit fungsional yang dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab langsung kepada Direktur dan berkedudukan di Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat.

Pasal 95

Susunan personalia organisasi komite koordinasi pendidikan terdiri dari :

- a. Penanggung Jawab ; Ex Officio dijabat oleh direktur
- b. Ketua;
- c. Sekretaris;
- d. Kordinator; dan
- e. Anggota atau *Cilik Intruktur (CI)*.

Pasal 96

Komite Koordinasi Pendidikan (Komkordik) mempunyai tugas :

- a. Memberikan dukungan administrasi proses pembelajaran klinik;
- b. Menyusun perencanaan kegiatan dan anggaran belanja tahunan pembelajaran klinik sesuai kebutuhan;
- c. Menyusun rencana kebutuhan sarana yang diperlukan peserta didik;
- d. Membentuk sistem informasi terpadu untuk menunjang penyelenggaraan fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian bidang kedokteran, keperawatan, keteknisan kesehatan dan atau bidang keilmuan lainnya;
- e. Melakukan koordinasi dalam rangka fasilitasi kepada seluruh peserta pembelajaran klinik dan atau peraktek kerja lapangan serta dosen dan penyelia yang melakukan bimbingan dan supervise proses pembelajaran klinik mahasiswa di RSUD Cililin Kabupaten Bandung Barat;
- f. Melakukan supervisi dan koordinasi penilaian kinerja terhadap pembimbing klinik lahan dan atau dosen intitusi pendidikan atas seluruh proses pelayanan yang dilakukan, termasuk yang dilakukan dijejaring rumah sakit atau yang terkait dengan sistem rujukan;
- g. Memberikan masukan kepada direktur mengenai kuota peserta didik di instalasi atau unit kerja sesuai kemampuan dan kapasitas RSUD Cililin Kabupaten Bandung Barat;
- h. Membuat kebijakan dan atau mengambil

- keputusan yang diperlukan dalam rangka implementasi kerjasama antara RSUD Cililin Kabupaten Bandung Barat dengan Institusi Pendidikan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan kepada masyarakat;
- i. Menyelesaikan sengketa yang mungkin timbul antara RSUD Cililin Kabupaten Bandung Barat dengan Intitusi Pendidikan yang melakukan ikatan kerjasama dengan RSUD Cililin Kabupaten Bandung Barat;
 - j. Melakukan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan proses pembelajaran klinik; dan
 - k. Melaporkan hasil kerja secara berkala kepada Direktur RSUD Cililin Kabupaten Bandung Barat dan kepada Intitusi Pendidikan.

Pasal 97

Komite Koordinasi Pendidikan (Komkordik) mempunyai tanggung jawab:

- a. Melaksanakan tugas bertanggungjawab kepada direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat; dan
- b. Melaporkan hasil kerja secara periodik kepada Direktur RSUD Cililin Kabupaten Bandung Barat.

Pasal 98

- (1) Komite Koordinasi Pendidikan (Komkordik) mempunyai Hak:
 - a. Memperoleh Insentif berupa tunjangan kinerja yang diatur sesuai aturan dan kebijakan pimpinan rumah sakit; dan
 - b. Mendapatkan kesempatan pengembangan pengetahuan dan keterampilan sesuai kebutuhan organisasi Komite kordinasi Pendidikan.
- (2) Komite Koordinasi Pendidikan (Komkordik) mempunyai wewenang:
 - a. Menerbitkan kebijakan yang dianggap perlu untuk kelancaran program pembelajaran klinik dengan sepengetahuan Direktur; dan
 - b. Menyelenggarakan upaya pengembangan mutu.

Bagian Kedelapan
Tata Kerja

Pasal 99

Dalam melaksanakan tugas setiap Pejabat Pengelola wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (cross function approach) secara vertikal dan horisontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

Pasal 100

Setiap Pejabat Pengelola wajib mengawasi bawahannya dan apabila terjadi penyimpangan wajib

mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan.

Pasal 101

Setiap Pejabat Pengelola bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.

Pasal 102

Setiap peringkat jabatan pengelola wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.

Pasal 103

Setiap laporan yang diterima oleh Pejabat Pengelola dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan.

Pasal 104

Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Subbidang, Kepala Subbagian, Kepala Instalasi, Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional, Ketua Komite dan Ketua Panitia wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya.

Pasal 105

Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampiran disampaikan kepada organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

Pasal 106

Dalam melaksanakan tugasnya, setiap Pejabat Pengelola dibantu oleh kepala satuan organisasi dibawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan wajib mengadakan rapat berkala.

Bagian Kesembilan
Pengelolaan Sumber Daya Manusia
Paragraf 1
Tujuan Pengelolaan

Pasal 107

Pengelolaan sumber daya manusia bertujuan melakukan pengaturan dan kebijakan mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan ketenagaan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

Paragraf 2
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 108

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas pegawai maka Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat menerapkan kebijakan tentang sistem penghargaan bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.

Paragraf 3
Pengangkatan Pegawai

Pasal 109

Pengangkatan pegawai Non Aparatur Sipil Negara/Tenaga Profesional lainnya diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.

Paragraf 4
Disiplin Pegawai

Pasal 110

Penilaian disiplin pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat didasarkan pada:

- a. daftar hadir;
- b. laporan kegiatan; dan
- c. daftar penilaian pelaksanaan pekerjaan.

Paragraf 5
Pemberhentian Pegawai

Pasal 111

- (1) Pemberhentian Aparatur Sipil Negara diatur menurut peraturan perundangan-undangan yang berlaku.
- (2) Pemberhentian Pegawai Non Aparatur Sipil Negara/Tenaga Profesional lainnya dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan/atau tidak memperpanjang masa kontrak;
 - b. pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai melakukan tindakan pelanggaran sesuai peraturan tentang disiplin pegawai.

Bagian Kesepuluh
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 112

Standar Pelayanan Minimal diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.

Bagian Kedua Belas
Pengelolaan Keuangan

Pasal 113

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektivitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Dalam rangka penerapan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis aktual dan standar akuntansi pemerintahan.
- (3) Subsidi dari Pemerintah untuk pembiayaan Rumah Sakit dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan Jasa.

Bagian Ketiga Belas
Tarif Layanan

Pasal 114

Tarif Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit diatur dalam Peraturan Daerah.

Bagian Keempat Belas
Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran
Rencana Kerja dan Anggaran (RKA)

Pasal 115

Rumah Sakit menyusun Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) dan dituangkan dalam Dokumen Pelaksana Anggaran (DPA) berpedoman pada Rencana Strategis (Renstra), yang berisi usulan program dan kegiatan.

Bagian Kelima Belas
Pengelolaan Pendapatan

Pasal 116

Pendapatan Rumah Sakit dapat bersumber dari:

- (1) Retribusi Pelayanan pasien umum;
- (2) Pelayanan pasien BPJS;
- (3) Pelayanan pasien Jamkesda/Maskin;
- (4) Pelayanan pasien Jampersal
- (5) Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD);
- (6) Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN); dan
- (7) Pendapatan Lain-lain BLUD yang sah.

Pasal 117

- (1) Pendapatan Rumah Sakit disetorkan ke Rekening Pendapatan RSUD Cililin waktu 1 x 24jam.
- (2) Penyetoran Pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diketahui dan atas persetujuan Direktur.
- (3) Pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaporkan kepada Direktur setiap bulan tahun anggaran berjalan.

- (4) Realisasi anggaran pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) dilaporkan kepada Kepala Dinas Kesehatan secara berkala atau sesuai kebutuhan.

Bagian Keenam Belas
Pengelolaan Belanja

Pasal 118

- (1) Belanja Rumah Sakit merupakan biaya operasional, mencakup seluruh belanja yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (2) Belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan sesuai dengan kelompok, jenis, program, dan kegiatan.

Pasal 119

- (1) Belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 139 ayat (1), terdiri dari:
 - a. Belanja pegawai;
 - b. Belanja barang dan jasa; dan
 - c. Belanja modal.
- (2) Belanja Rumah Sakit tertuang dan ditetapkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang bersifat fleksibel sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit namun tetap mengacu pada Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) yang telah ditetapkan dalam tahun anggaran berjalan.
- (3) Setiap bentuk pembelanjaan Rumah Sakit diketahui dan harus atas persetujuan Direktur.

Pasal 120

- (1) Seluruh pengeluaran belanja Rumah Sakit yang bersumber dari pendapatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 114 dilaporkan kepada Direktur setiap bulan tahun anggaran berjalan.
- (2) Seluruh pengeluaran belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan Surat Perintah Membayar (SPM) Pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggung Jawab (SPTJ).

Bagian Ketujuh Belas
Pelaporan Keuangan

Pasal 121

Rumah Sakit menyusun laporan keuangan dengan menggunakan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) sesuai ketentuan Peraturan perundang-undangan.

Pasal 122

- (1) Laporan keuangan berdasarkan SAP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 121 ditujukan untuk konsolidasi Laporan Keuangan Rumah Sakit selaku Unit Kerja Perangkat Daerah pada Laporan Keuangan Daerah.

- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Laporan Realisasi Anggaran;
 - b. Laporan Posisi Keuangan/Neraca;
 - c. Laporan Operasional;
 - d. Laporan Perubahan Ekuitas; dan
 - e. Catatan atas Laporan Keuangan.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disampaikan setiap semester dan tahunan kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (4) Laporan keuangan berdasarkan SAP diaudit oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) sebagai bagian dari Laporan Keuangan Pemerintah Daerah.

Bagian Kedelapan Belas
Pengelolaan Sumber Daya Lainnya
Pasal 123

- (1) Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri dari sarana prasarana gedung dan jalan dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengelolaan sumber daya lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.

Bagian Kesembilan Belas
Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit
Pasal 124

- (1) Direktur membentuk instalasi yang mengelola lingkungan dan limbah Rumah Sakit antara lain lingkungan fisik, kimia, biologi serta pembuangan limbah yang berdampak pada kesehatan lingkungan internal dan eksternal serta halaman, taman, dan lain-lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Tugas pokok pengelola lingkungan dan limbah Rumah Sakit meliputi pengelolaan limbah dan sampah, pengawasan dan pengendalian serangga, sistem pengelolaan lingkungan fisik dan biologi rumah serta menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian/pengembangan di bidang penyehatan lingkungan rumah sakit.
- (3) Fungsi pengelola lingkungan dan limbah Rumah Sakit, meliputi:
 - a. penyehatan makanan dan minuman;
 - b. penyehatan air bersih dan air minum;
 - c. pemantauan pengelolaan linen;
 - d. pengelolaan sampah;
 - e. pengendalian serangga dan binatang pengganggu;
 - f. desinfeksi dan sterilisasi ruang;
 - g. pengelolaan air limbah; dan

- h. upaya penyuluhan kesehatan lingkungan.
- (4) Jenis limbah yang menjadi perhatian Rumah Sakit dikelompokkan atas:
 - a. limbah yang tidak membahayakan; dan
 - b. limbah bahan berbahaya dan beracun.
- (5) Limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a meliputi:
 - a. limbah bukan klinik yaitu limbah yang meliputi kertas pembungkus atau kantong dan plastik yang tidak berkontak dengan cairan badan dan tidak menimbulkan resiko sakit; dan
 - b. limbah dapur yaitu limbah yang bersumber dari sisa makanan dan air kotor dari dapur.
- (6) Limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b meliputi:
 - a. limbah klinik yaitu limbah dihasilkan selama pelayanan pasien secara rutin, pembedahan dan di unit resiko tinggi, seperti perban atau pembungkus yang kotor, cairan badan, anggota badan yang diamputasi, jarum, semprit bekas, kantung urin dan produk darah;
 - b. limbah biologis spesifik yaitu limbah yang disarankan supaya disterilisasi, dengan menggunakan autoklave untuk volume limbah yang sedikit dan menggunakan desinfeksi untuk volume limbah yang banyak;
 - c. limbah cair yaitu limbah yang harus dicairkan dan diolah di Instalasi Pembuangan Air Limbah Rumah Sakit;
 - d. limbah patologis yaitu limbah yang berasal dari bagian tubuh manusia, agar dipendam/ditanam pada lokasi khusus atau dibakar di incenerator;
 - e. limbah yang berasal dari benda tajam yang terkontaminasi ditangani dengan menempatkannya pada wadah yang kokoh dan aman bagi petugas yang akan menanganinya; dan
 - f. limbah bangkai hewan dan bagian tubuh hewan yang terkontaminasi yang ditangani dengan membuangnya ke incenerator.
- (7) Pengelolaan limbah cair sebagaimana dimaksud pada ayat (6) huruf c, terdiri dari tahap :
 - a. Pengumpulan limbah cair; dan
 - b. Pengolahan limbah cair.
- (8) Pengumpulan limbah cair bertujuan untuk mengatur air limbah dari berbagai sumber hingga terkumpul dalam suatu sistem.

BAB III
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK
(*MEDICAL STAFF BY LAWS*)
Bagian Kesatu
Maksud Dan Tujuan

Pasal 125

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (framework) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis berbasis keselamatan pasien.

Pasal 126

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) mempunyai tujuan:

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

Bagian Kedua

Organisasi Staf Medis dan Tanggungjawab

Pasal 127

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

Bagian Ketiga

Kategori Staf Medis

Pasal 128

Staf Medis yang telah bergabung dengan Rumah Sakit dikelompokkan ke dalam kategori:

- a. Staf Medis Kontrak, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai staf medis kontrak, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;
- b. Staf Medis Organik, yaitu dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;
- c. Staf Medis Mitra, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan setingkat dengan Rumah Sakit, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab secara proporsional sesuai

- ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit;
- d. Staf Medis Relawan, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit atas dasar keinginan mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit, dan bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab sesuai ketentuan; dan
 - e. Staf Medis Tamu, yaitu dokter yang tidak tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit, tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Pasal 129

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

Pasal 130

Dokter Instalasi Gawat Darurat adalah Dokter Umum dan Dokter Spesialis yang terlatih menangani kegawatdaruratan sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh Rumah Sakit, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dan kewenangan di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 131

Peserta pendidikan dokter spesialis adalah peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 132

Peserta Magang adalah dokter atau perawat yang mengikuti pelatihan keprofesian berbasis pada pelayanan primer guna meningkatkan kompetensi, meningkatkan kinerja dan menerapkan standar

profesi pada praktik kedokteran dan keperawatan dan melakukan kerja praktek dengan supervisi dari dokter spesialis atau perawat senior dalam jangka waktu tertentu dengan tujuan mencari pengalaman kerja.

Bagian Keempat
Kewenangan Klinik
Pasal 133

- (1) Setiap Dokter yang diterima sebagai Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari staf medis yang bersangkutan dengan memperhatikan kondisi di rumah sakit.
- (3) Dalam hal ada kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari Kolegium terkait.

Pasal 134

Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 180 ayat (1) dievaluasi terus-menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

Pasal 135

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

Pasal 136

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan (*emergency care*) di luar kewenangan klinik reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Kelima
Pembinaan
Pasal 137

Dalam hal Staf Medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan atau kematian maka Komite Medik dapat melakukan penelitian.

Pasal 138

- (1) Bila hasil penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 186 membuktikan kebenaran maka Komite Medik dapat mengusulkan kepada Direktur untuk dikenai sanksi berupa sanksi administratif.

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

Bagian Keenam
Pengorganisasian Staf Medis Fungsional
Pasal 139

Semua Dokter yang melaksanakan praktik kedokteran di unit-unit pelayanan Rumah Sakit, termasuk unit-unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan Rumah Sakit, wajib menjadi anggota Kelompok Staf Medis Fungsional (KSM).

Pasal 140

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

Pasal 141

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

Pasal 142

Tugas Staf Medis adalah:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- b. membuat rekam medis secara faktual, tepat waktu, aktual dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan atau pelatihan

- berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran; dan
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 143

Tanggungjawab Kelompok Staf Medis adalah:

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

Pasal 144

Kewajiban Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah:

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

Pasal 145

Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis melalui proses:

- a. Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota;
- b. Ketua Kelompok Staf Medis dapat dijabat oleh Dokter Organik;
- c. Ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
- d. Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur; dan

- e. Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Bagian Ketujuh
Penilaian
Pasal 146

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan perundangundangan.
- (3) Staf medis yang memberikan pelayanan medis dan menetap di rumah sakit secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Bagian Kedelapan
Komite Medik

Paragraf 1
Pembentukan
Pasal 147

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.
- (3) Susunan organisasi Komite Medik sekurang-kurangnya terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Subkomite.
- (4) Ketua Komite Medik dipilih oleh Direktur, dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku serta masukan dari Kelompok Staf Medis Fungsional.
- (5) Ketua, Sekretaris dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (6) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Subkomite, yang terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial; yang bertugas menapis profesionalisme stafmedis;
 - b. Subkomite Mutu Profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Pasal 148

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;

- b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pengawasan dan pengkajian:
 - 1. kompetensi;
 - 2. kesehatan fisik dan mental;
 - 3. perilaku;
 - 4. etika profesi.
 - 5. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - 6. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - 7. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat.
 - 8. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - 9. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Ketua Kelompok Staf Medis Fungsional (KKSM); dan
 - 10. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis, Komite Medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasikegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis di Rumah Sakit; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis, Komite Medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. Pengawasan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan
 - d. pemberian nasehat dan atau pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada

asuhan medis pasien.

- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Medik senantiasa melibatkan mitra bestari untuk mengambil keputusan profesional.

Pasal 149

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang:

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

Pasal 150

- (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) Staf Medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah Sakit lain, perhimpunan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis, kolegium dokter atau dokter gigi, kolegium dokter spesialis atau dokter gigi spesialis, dan atau institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi.

Paragraf 2

Hubungan Komite Medik dengan Direktur

Pasal 151

Hubungan Komite Medik dengan Direktur sebagai berikut:

- a. Direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik; dan
- b. Komite medik bertanggungjawab kepada Direktur.
- c. Komite Medik wajib memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukan kepada Direktur.

- d. Direktur bersama Komite Medik menyusun tata laksana medis (*medical staff rules and regulations*) agar budaya profesional terjamin dan dirakasan pasien dari saat masuk Rumah Sakit hingga keluar dari Rumah Sakit.

Paragraf 3
Pembinaan dan Pengawasan
Pasal 152

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh Direktur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (3) 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.
- (4) Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

Paragraf 4
Kepengurusan
Pasal 153

- (1) Ketua Komite Medis dipilih oleh Direktur.
- (2) Persyaratan untuk dipilih menjadi Ketua Komite Medis adalah:
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan perumah-sakitan;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

Pasal 154

- (1) Sekretaris Komite Medis dipilih oleh Ketua Komite Medis.
- (2) Sekretaris Komite Medis dijabat oleh seorang Dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil (PNS).
- (3) Sekretaris Komite Medis dapat menjadi Ketua dari salah satu Subkomite.
- (4) Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite Medis dibantu oleh tenaga administrasi atau staf sekretariat purna waktu.

Pasal 155

Susunan Subkomite Medis terdiri dari:

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

Pasal 156

Subkomite Medis mempunyai kegiatan sebagai berikut:

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

Pasal 157

Tugas dan tanggung jawab Subkomite Peningkatan Mutu Profesi Medis adalah:

- a. membuat rencana atau program kerja;
- b. melaksanakan rencana atau jadwal kegiatan;
- c. membuat panduan mutu pelayanan medis;
- d. melakukan pantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis;
- e. menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, output proses, dan outcome;
- f. melakukan koordinasi dengan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit; dan
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 158

Tugas dan tanggungjawab Subkomite Kredensial adalah:

- a. melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis;
- b. membuat rekomendasi hasil review;
- c. membuat laporan kepada Komite Medis;
- d. melakukan review kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medis dalam rangka pemberian clinical privileges, reappointments dan penugasan staf medis pada unit kerja;
- e. membuat rencana kerja;
- f. melaksanakan rencana kerja;
- g. menyusun tata laksana dari instrumen kredensial;
- h. melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
- i. membuat laporan berkala kepada Komite Medis.

Pasal 159

Tugas dan tanggungjawab Subkomite Etika dan Disiplin Profesi adalah:

- a. membuat rencana kerja;
- b. melaksanakan rencana kerja;
- c. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;

- d. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
- e. mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika;
- f. melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit; dan
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 160

Kewenangan Subkomite adalah sebagai berikut:

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

Pasal 161

Tiap-tiap Subkomite Medis bertanggungjawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan.

Paragraf 5

Rapat-Rapat Komite Medik

Pasal 162

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari:
 - a. rapat rutin bulanan, dilakukan minimal sekali setiap satu (1) bulan;
 - b. rapat rutin bersama semua Kelompok Staf Medis dan atau dengan semua staf medis dilakukan minimal sekali setiap enam (3) bulan;
 - c. rapat bersama Direktur dan Bidang Pelayanan dilakukan minimal sekali setiap tiga (6) bulan;
 - d. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sifatnya sangat urgen; dan
 - e. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.
- (2) Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medik dalam hal Ketua tidak dapat hadir rapat dapat dipimpin oleh salah satu dari anggota yang hadir.
- (3) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit $\frac{2}{3}$ (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.
- (4) Setiap undangan rapat rutin disampaikan kepada setiap anggota dan dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 163

- (1) Rapat khusus diadakan apabila:
 - a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya medesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medis; atau
 - c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit $\frac{2}{3}$ (dua per tiga) anggota Komite Medis atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medis kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 164

- (1) Rapat tahunan Komite Medis diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medis wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas hari) sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 165

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

Pasal 166

- (1) Keputusan rapat Kelompok Staf Medis dan atau Komite Medis didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medis yang hadir.

Pasal 167

- (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 maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Pasal 168

Ketentuan lebih lanjut tentang Komite Medik diatur dalam Peraturan Internal Komit Medis yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kesembilan

Tindakan Korektif

Pasal 169

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

Pasal 170

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

Bagian Kesepuluh

Pemberhentian Staf Medis

Pasal 171

Staf Medis Organik diberhentikan dengan hormat karena:

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

Pasal 172

Staf Medis Mitra berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas persetujuan bersama.

Pasal 173

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

Bagian Kesebelas

Sanksi

Pasal 174

Staf Medis Rumah Sakit, baik yang berstatus organik, mitra, maupun voluntir yang melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, peraturan

rumah sakit, klausul-klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.

Pasal 175

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

- a. teguran lisan atau tertulis;
- b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
- c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis Organik; atau
- d. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Mitra yang masih beradadalam masa kontrak.

Bagian Kedua Belas
Kerahasiaan Informasi Medis

Pasal 176

- (1) Rumah Sakit menjaga kerahasiaaan informasi medis sebagai berikut:
 - a. berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan informasi medis yang berlaku di rumah sakit;
 - b. wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - c. dapat memberikan isi rekam medis kepada pasien ataupun pihak lain atas ijin pasien secara tertulis; dan
 - d. dapat memberikan isi dokumen rekam medis untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dokter rumah sakit menjaga kerahasiaaan informasi medis sebagai berikut:
 - a. berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau dari keluarganya;
 - b. wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
 - c. wajib menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika hukum dan kedokteran.
- (3) Pelapasai informasi medis Pasien rumah sakit:
 - a. berhak mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lain-lain hal yang berkaitan dengan pasien;
 - b. wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya;
 - c. berhak mendapatkan penjelasan secara

lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan dokter, yaitu:

1. diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medis;
2. tujuan tindakan medis;
3. tata-laksana tindakan medis;
4. alternatif tindakan lain jika ada;
5. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
6. akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan;
7. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
8. risiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medis.

Bagian Ketiga Belas
Hak dan Kewajiban

Paragraf 1

Hak

Pasal 177

- (1) Hak pasien meliputi :
 - a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat;
 - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - c. memperoleh layanan kesehatan 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 didapat;
 - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
 - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
 - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
 - k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga

- kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
 - m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
 - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
 - o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
 - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 - q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
 - r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Hak dokter meliputi :
- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
 - b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional; dan
 - c. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
 - d. menerima imbal jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
- (3) Hak Rumah Sakit meliputi :
- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit;
 - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi (jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan lain) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
 - d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
 - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
 - g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. mendapatkan insentif pajak bagi rumah sakit umum dan rumah sakit yang melaksanakan pendidikan.

Paragraf 2
Kewajiban
Pasal 178

- (1) Kewajiban Pasien meliputi :
 - a. mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit ;
 - b. memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal- hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
 - c. mengikuti rencana pengobatan yang diadviskan oleh dokter termasuk intruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai dokter;
 - d. memberlakukan staf rumah sakit dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan rumah sakit;
 - e. menghormati privasi orang lain dan barang milik rumah sakit;
 - f. tidak membawa alkohol, obat-obat yang tidak mendapat persetujuan dan senjata kedalam Rumah Sakit;
 - g. menghormati bahwa Rumah Sakit adalah area bebas rokok;
 - h. mematuhi jam kunjungan dari Rumah sakit;
 - i. meninggalkan barang berharga di Rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Rumah Sakit;
 - j. memastikan bahwa kewajiban financial atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit ; melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter;
 - k. bertanggung jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokternya; dan
 - l. memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.
- (2) Kewajiban Dokter meliputi :
 - a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
 - b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
 - c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
 - d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
 - e. menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.
- (3) Kewajiban Rumah Sakit meliputi :
 - a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit Indera kepada masyarakat;
 - b. memberi pelayanan kesehatan yang aman,

- bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
 - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
 - f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis untuk pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
 - g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan sebagai acuan dalam melayani pasien;
 - h. menyelenggarakan rekam medis;
 - i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
 - j. melaksanakan sistem rujukan;
 - k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
 - l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
 - m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
 - n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
 - o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
 - p. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
 - q. membuat daftar tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya yang melakukan praktik ;
 - r. melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
 - s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas; dan
 - t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

BAB IV
KERJASAMA OPERASIONAL
Pasal 179

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen administrasi untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dilakukan melalui perjanjian kerjasama operasional.

- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama mengenai objek tertentu.
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima tawaran rencana kerjasama tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dengan menyiapkan rancangan naskah perjanjian kerjasama paling sedikit memuat:
 - a. subjek kerjasama;
 - b. objek kerjasama;
 - c. ruang lingkup kerjasama;
 - d. hak dan kewajiban Para Pihak;
 - e. jangka waktu kerjasama;
 - f. pengakhiran kerjasama;
 - g. keadaan memaksa; dan
 - h. penyelesaian perselisihan.

Pasal 180

- (1) Isi materi perjanjian kerjasama dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat Pejabat yang berwenang kedua belah pihak yaitu :
 - a. Kerjasama klinis diajukan oleh bidang pelayanan melalui usulan unit secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarki struktur organisasi bidang pelayanan, Direktur bertanggung jawab atas kontrak klinis tersebut.
 - b. Kerjasama administrasi, umum dan keuangan diajukan oleh unit yang mengelola sumberdaya administrasi umum dan keuangan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarki organisasi administrasi umum dan keuangan, Direktur bertanggung jawab atas kontrak manajemen administrasi tersebut.
- (2) Setelah dibubuhi paraf/fiat Pejabat yang berwenang kedua belah pihak dilanjutkan pemberian nomor Para Pihak.

Pasal 181

- (1) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (2) Hasil kerjasama operasional dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, pemeriksaan laboratorium, jasa lainnya dan atau nonmaterial berupa keuntungan.

Pasal 182

- (1) Hasil kerjasama operasional sebagaimana dimaksud pada Pasal 181 ayat (2) berupa uang harus menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Hasil kerjasama operasional sebagaimana dimaksud pada Pasal 181 ayat (2) berupa barang harus dicatat sebagai aset rumah sakit secara

proporsional sesuai peraturan perundangundangan yang berlaku.

- (3) Hasil kerjasama operasional sebagaimana dimaksud pada Pasal 181 ayat (2) berupa hasil pelayanan, pengobatan, pemeriksaan laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerjasama yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.

Pasal 183

- (1) Evaluasi kerjasama operasional dilaksanakan oleh bidang pelayanan yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarkhi pejabat yang berwenang.
- (2) Bila hasil evaluasi kerjasama operasional dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat berwenang secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

BAB V

AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNG JAWABAN

Bagian Kesatu

Akuntansi

Pasal 184

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan rumah sakit dicatat dalam dokumen pendukung yang dikelola secara tertib.
- (3) Rumah sakit menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.

Pasal 185

- (1) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada pasal 184 ayat (3), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.
- (2) Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk rumah sakit.
- (3) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (4) Kebijakan akuntansi rumah sakit digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

Bagian Kedua
Pelaporan
Pasal 186

- (1) Laporan keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat terdiri dari :
 - a. laporan neraca;
 - b. laporan operasional;
 - c. laporan arus kas;
 - d. laporan realisasi anggaran; dan
 - e. catatan atas laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran rumah sakit.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Setiap tri wulan Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.

Bagian Ketiga
Pertanggungjawaban
Pasal 187

Rumah sakit wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada Pejabat Pengelola Keuangan dan Aset Daerah (PPKAD) melalui Direktur untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

BAB VI
PEMBINAAN , PENGAWASAN, EVALUASI, PENILAIAN
KINERJA DAN PERATURAN PERALIHAN

Bagian Kesatu
Pembinaan dan Pengawasan
Pasal 188

- (1) Pembinaan teknis pelayanan dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah
- (2) Pembinaan keuangan dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan dan Aset Daerah (PPKAD).

Pasal 189

- (1) Pengawasan Operasional rumah sakit dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh Bupati, PPKAD,

Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

Bagian Kedua
Evaluasi
Pasal 190

- (1) Visi dan Misi rumah sakit dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit.
- (2) Review visi dan misi rumah sakit dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat.
- (3) Perubahan Visi dan Misi diajukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi.
- (4) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Bupati dan dipublikasikan dalam Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit dan diupload di Website rumah sakit.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur Rumah Sakit dilaksanakan melalui DP3 (Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan), berdasarkan Petunjuk Teknis Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan melalui Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (7) Penilaian kinerja BLUD dilakukan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategi Bisnis (RSB) dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA).
- (8) Hasil pengukuran kinerja rumah sakit dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) tahunan yang disampaikan kepada Bupati.
- (9) Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) dilakukan monitoring dan evaluasi setiap 2 (dua) tahun sesuai perkembangan Rumah Sakit.
- (10) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (9) dilaksanakan oleh Rumah Sakit.

Bagian Ketiga
Penilaian Kinerja
Pasal 191

- (1) Penilaian kinerja rumah sakit dari aspek keuangan diukur berdasarkan tingkat kesehatan keuangan rumah sakit :
 - a. kemampuan memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (*rentabilitas*);
 - b. kemampuan memenuhi kewajiban jangka pendeknya (*likuiditas*);

- c. kemampuan memenuhi seluruh kewajibannya (*solvabilitas*); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (2) Penilaian kinerja rumah sakit dari aspek non keuangan, dapat diukur berdasarkan:
- a. perspektif pelanggan;
 - b. proses internal pelayanan;
 - c. pembelajaran, dan
 - d. pertumbuhan.
- (3) Laporan Pengeluaran Biaya Rumah Sakit Umum Daerah Cililin Kabupaten Bandung Barat sebagaimana tercantum dalam Lampiran III Peraturan Bupati ini.

BAB VII
PENUTUP
Pasal 192

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Ngamprah
pada tanggal 13 Juni 2023
BUPATI BANDUNG BARAT,

Ttd.

HENGKI KURNIAWAN

Diundangkan di Ngamprah
pada tanggal 13 Juni 2023
SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BANDUNG BARAT,

Ttd.

ADE ZAKIR