



BUPATI PENAJAM PASER UTARA
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

PERATURAN BUPATI PENAJAM PASER UTARA
NOMOR 34 TAHUN 2023

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
RATU AJI PUTRI BOTUNG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PENAJAM PASER UTARA

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka menyelenggarakan tata kelola Rumah sakit yang baik dan tata kelola klinis yang baik, perlu menyusun peraturan internal rumah sakit umum daerah ratu aji putri botung;
- b. bahwa Peraturan Bupati Nomor 13 Tahun 2011 tentang Tata Kelola Rumah Sakit (Hospital By Laws) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara sudah tidak sesuai dengan kondisi saat ini sehingga perlu diganti;
- c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 27 ayat (1) huruf r Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit, setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Aji Putri Botung;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Penajam Paser Utara di Provinsi Kalimantan Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4182);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
5. Undang-undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 141, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6897);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42,
9. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Penyelenggaraan Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Barang Milik Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 547);

13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 143);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213.);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perijinan Berbasis Resiko (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 316);
18. Peraturan Bupati Penajam Paser Utara Nomor 14 Tahun 2011 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara (Berita Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Tahun 2011 Nomor 14);
19. Peraturan Bupati Penajam Paser Utara Nomor 13 Tahun 2011 tentang Tata Kelola Rumah Sakit (Berita Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Tahun 2011 Nomor 13);
20. Peraturan Bupati Penajam Paser Utara Nomor 22 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Pembentukan Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Tahun 2016 Nomor 22);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RATU AJI PUTRI BOTUNG.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Penajam Paser Utara.
2. Bupati adalah Bupati Penajam Paser Utara.

3. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonom Kabupaten Penajam Paser Utara.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Aji Putri Botung Kabupaten Penajam Paser Utara yang selanjutnya disingkat RSUD Ratu Aji Putri Botung adalah Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah sebagai institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.
5. Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya di singkat UOBK adalah institusi pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh pemerintah daerah yang memberi pelayanan secara profesional melalui pemberian otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
6. Direktur adalah Direktur RSUD Ratu Aji Putri Botung.
7. Pemilik RSUD adalah Pemerintah Kabupaten Penajam Paser Utara.
8. Pemimpin BLUD adalah Direktur RSUD Umum Daerah Ratu Aji Putri Botung.
9. Pegawai adalah Aparatur Sipil Negara Daerah dan Pegawai Non Aparatur Sipil Negara.
10. Pegawai Aparatur Sipil Negara adalah Aparatur Sipil Negara dan Calon Aparatur Sipil Negara yang bekerja dilingkungan RSUD Ratu Aji Putri Botung.
11. Pegawai Non Aparatur Sipil Negara adalah Tenaga Harian Lepas yang bekerja di lingkungan RSUD Umum Daerah Ratu Aji Putri Botung.
12. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
13. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Penajam Paser Utara.
14. Peraturan Internal RSUD adalah Peraturan Organisasi Rumah Sakit dan peraturan staf medis Rumah Sakit yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
15. Peraturan Internal Korporasi (*corporate by laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan Komite Medik di Rumah Sakit.
16. Tata Kelola Klinis yang Baik (*good clinical governance*) adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, resiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional dan akreditasi RSUD.

17. Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff by laws*) adalah suatu peraturan organisasi staf medis dan komite medis di RSUD yang ditetapkan oleh pemilik RSUD.
18. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi RSUD yang terdiri dari Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub. Bagian dan Kepala Seksi.
19. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak seorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
20. Kelompok Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan 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.
21. Pejabat Pengelola adalah pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri dari Pemimpin, Pejabat Keuangan dan pejabat teknis.
22. Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis adalah Kepala Bagian atau Kepala Bidang dan Kepala Sub Bagian atau Kepala Seksi.
23. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD kepada masyarakat.
24. Rencana Strategis Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut Renstra BLUD adalah dokumen perencanaan 5 (lima) tahun yang disusun untuk menjelaskan strategi pengelolaan BLUD dengan mempertimbangkan alokasi sumber daya dan kinerja dengan menggunakan teknik analisis bisnis.
25. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran SKPD.
26. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh pemerintah daerah dan DPRD, dan ditetapkan dengan peraturan daerah.
27. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang selanjutnya disingkat APBN merupakan rencana tahunan keuangan pemerintahan negara yang persetujuannya disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat (DPR).
28. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
29. Standar Satuan Harga yang selanjutnya disingkat SSH adalah harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku disuatu daerah.

30. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
31. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
32. Tenaga Medis adalah dokter umum, dokter gigi, dokter subspesialis, dokter spesialis, dokter gigi subspesialis dan dokter gigi spesialis yang merupakan Staf Medis fungsional.
33. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis, Dokter Subspesialis dan Dokter Gigi subspesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan RSUD.
34. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dokter Subspesialis, dokter gigi spesialis dan dokter gigi subspesialis di RSUD yang dikelompokkan sesuai bidang spesialisasinya.
35. Dokter adalah tenaga medis dasar dan/atau tenaga medis spesialis yang melakukan pelayanan di RSUD Ratu Aji Putri Botung.
36. Dokter Tetap atau Dokter Purna Waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di RSUD Ratu Aji Putri Botung.
37. Dokter Kontrak adalah staf medis, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga ahli dengan perjanjian kontrak di RSUD Ratu Aji Putri Botung, yang ditetapkan dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.
38. Dokter Mitra adalah dokter yang direkrut oleh RSUD karena keahliannya, berkedudukan sejajar dengan RSUD, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional sesuai kesepakatan atau ketentuan yang berlaku di RSUD.
39. Dokter Tamu adalah dokter yang karena keahliannya atau reputasinya diundang oleh RSUD untuk melakukan tindakan yang tidak atau belum dapat dilakukan oleh staf medis yang ada di RSUD atau untuk melaksanakan alih ilmu pengetahuan dan teknologi.
40. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I) adalah dokter yang sedang mengikuti pendidikan Dokter Spesialis di RSUD Ratu Aji Putri Botung.
41. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik didalam maupun diluar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
42. Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan Kebidanan baik di dalam Negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik Kebidanan;

43. Komite Keperawatan adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan (nursing governance) dan Kebidanan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika, serta disiplin profesi keperawatan.
44. Kelompok Fungsional Keperawatan yang selanjutnya disingkat KFK adalah sekelompok tenaga keperawatan yang bertugas di instalasi dalam jabatan fungsional.
45. Manajer Pelayanan Pasien adalah staf fungsional yang diberi tugas dan tanggung jawab oleh direktur untuk membantu direktur dalam, mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan, mutu dan keselamatan pasien serta koordinasinya dibawah bidang pelayanan medis
46. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu Hemodialisa, Dapur dan Laundry.
47. Instalasi adalah fasilitas penyelenggara pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, Radiologi, Laboratorium, Bedah Sentral, Rawat jalan, Rawat inap, ICU, Rehabilitasi Medis, Gawat Darurat, CCSD dan pemeliharaan sarana RSUD Ratu Aji Putri Botung.
48. Unit kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
49. Kelompok Kerja adalah Tim yang dibentuk oleh Direktur dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas-tugas Rumah Sakit dengan keanggotaan yang berasal dari unit kerja dan atau instalasi lingkup RSUD.
50. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
51. Surat Izin Praktik medis dan paramedis yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah, maupun Surat Tugas untuk melakukan praktek kedokteran yang dikeluarkan oleh Pemerintah Provinsi kepada Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
52. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan RSUD untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
53. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur RSUD kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di RSUD tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
54. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
55. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.

56. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
57. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
58. Tenaga Administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran atau administrasi pelayanan guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.
59. Dewan Pengawas BLUD yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD RSUD.
60. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat RSUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
61. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan RSUD untuk tujuan dan tugas tertentu.
62. Komite Medik adalah perangkat RSUD untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di RSUD terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
63. 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 RSUD Ratu Aji Putri Botung atas usulan ketua Komite.
64. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keteknisan kesehatan agar staf tenaga kesehatan lainnya di RSUD terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi keteknisan kesehatan dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi masing-masing.
65. Komite Farmasi dan Terapi adalah organ non-struktural yang anggotanya terdiri dari dokter dan apoteker yang bertugas di RSUD dengan tugas membantu direktur dalam menentukan kebijakan-kebijakan penggunaan obat dan pengobatan.
66. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non struktural yang berfungsi memberikan pertimbangan dan saran, serta penyelesaian masalah yang terkait dengan aspek etika dan aspek hukum RSUD.
67. Remunerasi adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/atau pensiun yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan pegawai RSUD.

68. Jasa Pelayanan adalah imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik dan atau pelayanan lainnya.
69. Kelompok Kerja adalah tim yang dibentuk oleh Direktur dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas-tugas RSUD dengan keanggotaan yang berasal dari unit kerja dan atau instalasi lingkup RSUD.
70. Pengaduan adalah penyampaian keluhan yang disampaikan pengadu kepada pengelola pengaduan pelayanan publik atas pelayanan pelaksana yang tidak sesuai dengan standar pelayanan, atau pengabaian kewajiban dan/atau pelanggaran larangan oleh penyelenggara.
71. Standar Pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggara pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.

Pasal 2

(1) Peraturan Internal RSUD ini dimaksudkan untuk:

- a. Menyusun peraturan internal yang mengatur hubungan antara Pemilik RSUD atau yang mewakili, Direktur RSUD, dan Komite Medik sehingga penyelenggaraan RSUD dapat efektif, efisien, dan berkualitas; dan
- b. meningkatkan kinerja layanan secara profesional kepada masyarakat

(2) Peraturan Internal Rumah Sakit ini bertujuan untuk:

- a. sebagai pedoman dalam pengaturan hubungan tata kerja antara Pemilik dengan Pengelola, Tenaga Administrasi dan Tenaga Profesional Kesehatan; dan
- b. sebagai pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan RSUD.

BAB II

FUNGSI

Pasal 3

Peraturan Internal RSUD ini berfungsi:

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

BAB III
RUANG LINGKUP DAN PRINSIP TATA KELOLA

Pasal 4

- (1) Ruang Lingkup Peraturan Internal RSUD terdiri atas:
- a. Tata Kelola Korporasi, meliputi:
 1. Tata Kelola Staf Medis;
 2. Tata Kelola Staf Keperawatan dan Kebidanan; dan
 3. Tata Kelola Staf Tenaga Kesehatan Lainnya.
 - b. Manajemen Pengelolaan RSUD sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus meliputi:
 1. Pengelolaan Keuangan;
 2. Pengelolaan Barang Milik Daerah;
 3. Pengelolaan Kepegawaian.
 - a) Manajemen Sumber Daya;
 - b) Manajemen Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - c) Manajemen Budaya Keselamatan Kerja;
 - d) Manajemen Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - e) Manajemen Kerjasama/ Kontrak;
 - f) Manajemen Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian;
 - g) Manajemen Etik;
 - h) Manajemen Penanganan Pengaduan;
 - i) Manajemen Budaya Keselamatan;
 - j) Manajemen Pengelolaan Lingkungan dan Sumber Daya Lain;
 - k) Manajemen Standar Pelayanan Minimal;
 - l) Evaluasi dan Penilaian Kinerja;
 - m) Informasi Medis;
 - n) Tuntutan Hukum;
 - o) Pengisian Jabatan; dan
 - p) Pelaksanaan Peraturan Pola Tata Kelola.
- (2) Peraturan Internal RSUD menganut prinsip sebagai berikut:
- a. Transparansi, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
 - b. Akuntabilitas, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada RSUD agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak dan diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen Sumber Daya Manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.

- c. Responsibilitas, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat dengan perundang-undangan.
- d. Independensi, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

BAB IV
TATA KELOLA
Bagian Kesatu
Identitas RSUD
Pasal 5

- (1) RSUD merupakan RSUD milik Pemerintah Daerah dengan Identitas sebagai berikut:
 - a. Nama RSUD yaitu RSUD Ratu Aji Putri Botung;
 - b. RSUD Umum Daerah Ratu Aji Putri Botung Kabupaten Penajam Paser Utara merupakan Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) di lingkungan Pemerintah Daerah untuk mendukung penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Daerah;
 - c. Kelas RSUD yaitu RSUD Daerah Ratu Aji Putri Botung merupakan Rumah Sakt Umum Kelas C non Pendidikan yang menetapkan sistem BLUD;dan
 - d. Alamat RSUD berkedudukan di Jalan Propinsi KM. 09 Nipah-Nipah;
- (2) RSUD dipimpin oleh seorang Direktur yang merupakan seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitan.

Bagian Kedua
Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Program, Motto,
Nilai Dasar dan Janji Layanan

Pasal 6

- (1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional pada RSUD ditetapkan Visi yaitu "Rumah Sakit yang Modern dan Bermutu Pilihan Utama Masyarakat Penajam Paser Utara".
- (2) Dalam mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD mempunyai misi untuk:
 - a. memberikan pelayanan yang cepat, tepat dan aman berbasis informasi teknologi;
 - b. mewujudkan sistem manajemen RSUD yang akuntabel dan transparan; dan

- c. meningkatkan sumber daya manusia RSUD melalui pendidikan, pelatihan dan ibadah.
- (3) Untuk mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (2), RSUD mempunyai tujuan :
- a. meningkatkan mutu pelayanan RSUD dengan mengutamakan keseamatan pasien;
 - b. meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialisik disertai dengan peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan ;
 - c. mengembangkan, menambah dan memelihara sarana dan prasarana peralatan medis (*medicall Equipment*), terutama yang berkaitan dengan teknologi tinggi;
 - d. meningkatkan pelayanan dengan membuka spesialis/sub spesialis dan melengkapi sarana dan prasarana secara mencukupi;
 - e. peningkatan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efesiensi serta melakukan kerjasama dengan Pelayanan Kesehatan lokal dan nasional;
 - f. melakukan efesiensi dan efektifitas pelayanan pada semua unit kerja dan unit kegiatan; dan
 - g. melaksanakan akuntabilitas pelayanan dengan secara berkesinambungan melakukan audit medis, audit keuangan dan gugus kendali mutu
- (4) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), RSUD memiliki Sasaran Strategis sebagai berikut:
- a. meningkatnya efesiensi dan efektifitas dan mutu pelayanan kesehatan yang terakreditasi sesuai standar Pelayanan Minimal;
 - b. meningkatnya Pertumbuhan Produktifitas Pelayanan ;
 - c. meningkatnya kualitas sistem Tata Kelola RSUD yang akuntabel dan transparan;
 - d. mersedianya Data dan Informasi RS; dan
 - e. meningkatnya Kualitas SDM.
- (5) Program RSUD sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis RSUD adalah sebagai berikut:
- a. program pelayanan administrasi perkantoran;
 - b. program peningkatan sarana dan prasarana aparatur;
 - c. program peningkatan disiplin aparatur;
 - d. program peningkatan kapasitas sumber daya aparatur;
 - e. program peningkatan pengembangan system pelaporan capaian kinerja dan keuangan;
 - f. program obat dan perbekalan kesehatan;
 - g. program upaya kesehatan masyarakat;
 - h. program standarisasi Pelayanan Kesehatan;

- i. program pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana RSUD;
 - j. program pemeliharaan sarana dan prasarana RSUD; dan
 - k. program peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan RSUD.
- (6) Misi RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.
- (7) Perubahan misi RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan oleh Bupati.

Pasal 7

Dalam memberikan Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat, RSUD Ratu Aji Putri Botung memiliki motto “Profesionalisme Kami adalah Ibadah, Kesembuhan Anda adalah Amanah”.

Pasal 8

RSUD Ratu Aji Putri Botung akan memberikan pelayanan sesuai standar dengan mengutamakan keselamatan dan kenyamanan pasien.

Pasal 9

- (1) Falsafah RSUD yaitu RSUD yang memberikan Pelayanan Kesehatan dengan mutu yang setinggi-tingginya dan melaksanakan fungsi pendidikan kesehatan di RSUD dengan sebaik-baiknya yang diabdikan bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
- (2) RSUD menerapkan nilai dasar dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, meliputi :
- a. citra pelayanan yaitu berupa pelayanan cepat, tepat, akurat, mudah dijangkau, profesional dan penuh perhatian dalam pengobatan dan penyembuhan penyakit;
 - b. citra kebersihan yaitu melalui terciptanya RSUD yang bersih, tertib, sehat, indah dan menarik;
 - c. citra tertib Pelaksanaan yang meliputi tertib pelayanan, tertib administrasi, tertib pencatatan medis dan tertib anggaran;
 - d. citra keramahan yaitu melalui terciptanya penampilan yang baik, sopan, murah senyum dan tidak membedakan; dan
 - e. citra ikhlas bekerja yaitu terbentuknya sikap yang tulus menjalankan amanah dan penuh rasa tanggungjawab.

Bagian Ketiga
Tanggungjawab dan Wewenang Bupati

Pasal 10

- (1) Bupati bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan RSUD sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati berwenang:
 - a. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku Representasi Pemilik;
 - b. mengesahkan Tata Kelola RSUD;
 - c. mengesahkan Renstra RSUD sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus yang berstatus BLUD ;
 - d. mengesahkan RBA melalui Pejabat yang ditunjuk yaitu Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) dengan diketahui Dewan Pengawas;
 - e. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai peraturan yang berlaku;
 - f. mengevaluasi kinerja pejabat pengelola baik kinerja keuangan, maupun non keuangan 1 (satu) kali dalam satu tahun melalui Institusi yang ditunjuk;
 - g. menyetujui, menetapkan, dan mengesahkan Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, Nilai Dasar dan Janji Layanan RSUD;
 - h. menyediakan anggaran operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan RSUD dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis RSUD;
 - i. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan RSUD dan pengelolaan sumberdaya manusia RSUD;
 - j. memberikan arahan kebijakan RSUD;
 - k. memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi RSUD, serta melakukan evaluasi secara berkala misi RSUD.
- (3) Memberikan advokasi dan tanggung gugat kepada pihak manajemen RSUD dan para pekerja profesional kesehatan di RSUD.
- (4) Pemberian advokasi dan tanggung gugat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan jika terjadi kerugian pada pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan RSUD setelah dilakukan analisa sumber akar masalah, merupakan kesalahan dari pihak manajemen RSUD.
- (5) Bupati dapat mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur dalam melaksanakan fleksibilitas dalam rangka efisien dan efektivitas melaksanakan BLUD meliputi:
 - a. pengelompokan jenis pelayanan yang berlaku di RSUD;
 - b. menetapkan formula remunerasi RSUD;

- c. melaksanakan perjanjian kerjasama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan pada RSUD;
 - d. dalam keadaan darurat, melakukan pemenuhan kebutuhan Pegawai (BLUD);
 - e. menyusun tata cara kerjasama dalam Peraturan Direktur;
 - f. menetapkan SSH BLUD;
 - g. melakukan publikasi visi dan misi RSUD;
 - h. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi;
 - i. melakukan pengesahan evaluasi Renstra.
- (6) Kinerja pemilik merupakan bagian dalam Laporan Pertanggungjawaban Bupati dan dilakukan penilaian setiap tahun.

BAB V

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 11

- (1) Pemerintah Daerah wajib melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakitannya dan organisasi kemasyarakatan.
- (2) Pembinaan dan Pengawasan sebagaimana dimaksud ayat (1) diarahkan untuk:
 - a. pemenuhan kebutuhan Pelayanan Kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat;
 - b. peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan;
 - c. Keselamatan pasien;
 - d. pengembangan jangkauan pelayanan; dan
 - e. peningkatan kemampuan kemandirian RSUD
- (3) Pembina dan Pengawas RSUD terdiri atas:
 - a. pembina Teknis dan Pembina Keuangan;
 - b. Satuan Pengawas Internal; dan
 - c. Dewan Pengawas.
- (4) Selain pembinaan teknis sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf a terdapat aspek nonteknis perumahsakitannya yang dapat dilakukan secara internal dan eksternal RSUD.
- (5) Pembinaan dan Pengawasan nonteknis eksternal sebagaimana dimaksud ayat (4) dilaksanakan oleh Dewan Pengawas.

Bagian Kedua
Pembina Teknis dan Pembina Keuangan

Pasal 12

- (1) Pembina Teknis sebagaimana dalam Pasal 11 ayat (3) huruf a yaitu Kepala Dinas Kesehatan Daerah.
- (2) Pembina Keuangan sebagaimana dalam Pasal 11 ayat (3) huruf b yaitu Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD).

Bagian Ketiga
Satuan Pengawas Internal

Pasal 13

- (1) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dalam Pasal 11 ayat (3) huruf b dibentuk oleh Direktur untuk melakukan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis yang Sehat.
- (2) Pembentukan Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud ayat (6) mempertimbangkan:
 - a. Keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - b. Kompleksitas manajemen; dan
 - c. Volume dan/ atau jangkauan pelayanan.
- (3) Tugas satuan pengawas internal, membantu manajemen untuk:
 - a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
 - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Satuan Pengawas Internal berfungsi:
 - a. melaksanakan pemeriksaan /audit keuangan dan operasional;
 - b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian internal;
 - c. melakukan identifikasi resiko;
 - d. mencegah terjadinya penyimpangan;
 - e. memberikan konsultasi pengendalian internal; dan
 - f. melakukan hubungan dengan eksternal auditor.
- (5) Pelaksanaan Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (6) Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi satuan Pengawas Internal mengacu pada peraturan perundang-undangan.

Bagian Keempat

Dewan Pengawas

Paragraf 1

Umum

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dan bertanggung jawab kepada Bupati.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan paling banyak 5 (lima) orang sesuai dengan besarnya realisasi pendapatan atau nilai arag RSUD, serta seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (3) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhalangan tetap, maka Bupati mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi Ketua hingga masa jabatan berakhir atas usulan pimpinan (BLUD).

Pasal 15

Struktur Koordinasi Dewan Pengawas sebagai representasi Pemilik RSUD tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 16

Mekanisme rapat, undangan rapat Dewan Pengawas dan sejenisnya diatur dalam Standar Operasional Prosedur (SOP) atau Peraturan Direktur.

Paragraf 2

Tugas dan Tanggungjawab

Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai unit nonstruktural yang mewakili Pemilik RSUD dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitan secara internal di RSUD.
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (3) Dewan Pengawas mempunyai tugas/ tanggung jawab:
 - a. Menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. Menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. Menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. Mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;

- g. Mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi dan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. Melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - i. Memantau perkembangan kegiatan BLUD Rumah Sakit;
 - j. Menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit;
 - k. Memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - l. Memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - m. Memberikan pendapat dan saran kepada kepala daerah mengenai:
 - 1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD;
 - 3. kinerja BLUD.
- (4) Dewan Pengawas memiliki Tanggungjawab representatif:
- a. menyetujui dan mengkaji visi, misi rumah sakit secara periodik, memastikan masyarakat mengetahui misi rumah sakit;
 - b. menyetujui strategi dan rencana operasional rumah sakit;
 - c. menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional dan penelitian, mengawasi mutunya;
 - d. menyetujui dan menyediakan modal dana operasional dan sumber daya lain dan memenuhi Misi, Renstra Rumah Sakit;
 - e. melakukan evaluasi tahunan kinerja Direktur dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah ditetapkan;
 - f. mendukung Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan menyetujui program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP);
 - g. pengkajian laporan PMKP setiap 3 (tiga) bulan, umpan balik perbaikan, evaluasi pada pertemuan berikutnya secara tertulis; dan
 - h. pengkajian laporan manajemen resiko setiap 6 (enam) bulan, umpan balik, umpan balik perbaikan, evaluasi pada pertemuan berikutnya secara tertulis

Pasal 18

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan RSUD dari Direktur RSUD;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal RSUD dengan sepengetahuan Direktur RSUD dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;

- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSUD dengan sepengetahuan Direktur RSUD sesuai dengan Peraturan Internal RSUD (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit, di RSUD terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal RSUD (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur RSUD dalam menyusun Peraturan Internal RSUD (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan RSUD.

Paragraf 3

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 19

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

Paragraf 4

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 20

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

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

Pasal 21

- (1) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2) terdiri atas unsur:
 - a. 1 (satu) orang pejabat perangkat Daerah yang membidangi kegiatan perumahsakitatan;
 - b. 1 (satu) orang Pejabat perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli di bidang Perumahsakitatan.
- (2) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (3) terdiri atas unsur:
 - a. 2 (dua) orang Pejabat Daerah yang membidangi kegiatan perumahsakitatan;
 - b. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli di bidang Perumahsakitatan.
- (3) Tenaga Ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan ayat (2) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan RSUD.
- (4) Pengangkatan Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola diangkat.
- (5) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan RSUD;

- c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
- d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi RSUD;
- e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
- g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2);
- h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpinnya dinyatakan pailit;
- i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon Bupati atau calon wakil Bupati, dan/atau calon anggota legislatif.

Paragraf 5

Tata Kerja Dewan Pengawas

Pasal 22

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

Pasal 23

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

Paragraf 6

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 24

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

Paragraf 7

Pembiayaan dan Operasional Dewan Pengawas Honorarium Dewan Pengawas

Pasal 25

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada RSUD sebagai BLUD dan dimuat dalam RBA.

Pasal 26

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Anggaran Badan Layanan Umum Daerah RSUD Ratu Aji Putri Botung dan dimuat dalam RBA.
- (2) Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan berdasarkan Keputusan Direktur dengan mengacu pada Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Honorarium Dewan Pengawas pada RSUD
 - a. Honorarium ketua Dewan Pengawas sebesar 35% (tiga puluh lima persen) dari gaji dan tunjangan Direktur.
 - b. Honorarium anggota Dewan Pengawas sebesar 30% (tiga puluh persen) dari gaji dan tunjangan Direktur.
 - c. Honorarium Sekretaris Dewan Pengawas sebesar 10% (sepuluh persen) dari gaji dan tunjangan Direktur.

Paragraf 8
Rapat Dewan Pengawas
Pasal 27

Mekanisme rapat, undangan rapat dan sejenisnya, diatur dalam Standar Operasional Prosedur (SOP) atau Peraturan Direktur.

BAB VI
SUMBER DAYA MANUSIA BLUD

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 28

- (1) Sumber daya manusia Rumah Sakit terdiri atas:
 - a. Pejabat pengelola;
 - b. Pengawai.
- (2) Pejabat Pengelola RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang memangku jabatan rangkap sebagai:
 - a. Direksi BUMN;
 - b. Direksi pada RSUD Swasta;
 - c. Jabatan lain yang berhubungan dengan pengurusan perusahaan.
- (3) Direktur bertanggungjawab kepada Bupati terhadap operasional, Pengelolaan Keuangan dan Barang Milik Daerah serta Bidang Kepegawaian.
- (4) Kepala Bidang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, sampai dengan huruf e bertanggungjawab kepada Direktur sesuai bidang tanggungjawab masing-masing.
- (5) Susunan Pejabat Pengelola RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan perubahan, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (6) Perubahan susunan Pejabat Struktural sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan oleh Bupati.
- (7) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola RSUD ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (8) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (7) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatannya.
- (9) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (8) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan RSUD.
- (10) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

- (11) RSUD menetapkan struktur organisasi internal meliputi Komite, Instalasi dan Unit Organisasi lain serta tata hubungan kerja dengan para Pimpinan di RSUD sesuai dengan kebutuhan RSUD.
- (12) Struktur Organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (11) dapat mendukung:
 - a. proses budaya kerja manajemen RSUD, budaya keselamatan pasien dalam manajemen klinis di RSUD dan komunikasi antar profesi;
 - b. proses perencanaan pelayanan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan;
 - c. proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi;
 - d. proses pengawasan atas mutu pelayanan klinis; dan
 - e. Dalam menjamin manajemen mutu dan keselamatan pasien, Direksi dibantu oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP).
- (13) Manajer Pelayanan Pasien (MPP) sebagaimana dimaksud pada ayat (12) huruf e diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (14) Dalam rangka mewujudkan pelayanan klinis dan manajemen RSUD sehari-hari agar lebih efektif dan efisien maka RSUD dibagi menjadi subkelompok yang kohesif yaitu Instalasi, Kelompok Staf Medis, Kelompok Staf Keperawatan, Kelompok Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dan Komite atau jenis layanan tertentu yang berada di bawah arahan pimpinan pelayanan yang disebut organisasi pelaksana atau Instalasi.
- (15) Sub kelompok sebagaimana dimaksud pada ayat (14) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (16) Dalam pelaksanaan pelayanan Instalasi dapat terdiri dari unit-unit sesuai dengan kebutuhan RSUD.
- (17) Unit-unit sebagaimana dimaksud ayat (16) dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan RSUD.

Pasal 29

- (1) Selain Jabatan Struktural di RSUD dapat dibentuk Satuan Organisasi yang bersifat Non Struktural (Kelompok Fungsional) yang bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Kelompok Organisasi Non Struktural sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari:
 - a. Manager Pelayanan Pasien.
 - b. Tim, Panitia dan Kelompok Kerja
 - c. Instalasi dan Unit;
 - d. Komite.

Bagian Kedua
Pejabat Pengelola
Paragraf 1
Umum
Pasal 30

- (1) Pengelolaan RSUD dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (2) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara administratif dalam bentuk menyampaikan laporan kinerja kepada Pemilik/Representasi Pemilik RSUD.
- (3) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara substantif kepada Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (4) Pejabat pengelola, terdiri atas Direktur dan pejabat struktural lainnya berdasarkan SOTK RS;
- (5) Untuk melaksanakan kegiatan operasional RSUD Bupati menetapkan Direktur RSUD yang dibantu Kepala Bagian/Bidang dan Kepala Sub bagian /Seksi.
- (6) Bagan Susunan Organisasi RSUD adalah sebagaimana tercantum dalam lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Paragraf 2
Penetapan Direktur
Pasal 31

- (1) Direktur RSUD merupakan pimpinan tertinggi di RSUD yang ditetapkan oleh Bupati.
- (2) Direktur bertanggungjawab untuk menjalankan misi RSUD yang sudah ditetapkan oleh Pemilik atau Representasi Pemilik serta menyusun regulasi pelayanan dan manajemen untuk menjalankan RSUD.

Paragraf 3
Persyaratan Direktur
Pasal 32

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur:

- a. seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumaha-sakitan dan tidak boleh dirangkap oleh Pemilik RSUD serta berkewarganegaraan Indonesia;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian RSUD;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus ASN atau profesional lainnya;

- e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan dan bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan dan menjalankan praktik bisnis yang sehat di RSUD;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- g. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Paragraf 4

Tugas Fungsi dan Kewenangan Direktur

Pasal 33

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 mempunyai tugas:
 - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan RSUD agar lebih efisien dan produktivitas;
 - b. merumuskan penetapan kebijakan teknis RSUD serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Bupati;
 - c. menyusun Renstra;
 - d. menyiapkan RBA;
 - e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Bupati sesuai dengan ketentuan;
 - f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan RSUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
 - g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan RSUD yang dilakukan oleh Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional dan keuangan, Barang Milik Daerah serta bidang kepegawaian RSUD kepada Bupati; dan
 - h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Bupati sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Direktur dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan.

Pasal 34

- (1) Direktur melalui Komite Medik melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Staf Medis;
- (2) Direktur melalui Ketua Staf Medis melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Anggota Staf Medis;

Pasal 35

Tanggungjawab dan wewenang Direktur :

- a. mematuhi perundang-undangan yang berlaku;
- b. menjalankan visi dan misi RSUD yang telah ditetapkan
- c. menetapkan kebijakan dan regulasi di RSUD
- d. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh Regulator;
- e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
- f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada Representatif pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan.
- g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat RSUD yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di RSUD yang akan dilakukan pengukuran sebagai mutu prioritas RSUD.
- h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Representasi pemilik/Dewan Pengawas.
- i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Representasi pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.
- j. menjalankan operasional RSUD dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan;
- k. menjamin kepatuhan RSUD terhadap peraturan perundang-undangan;
- l. menjamin kepatuhan staf RSUD dalam implementasi semua regulasi RSUD yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
- m. menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
- n. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di RSUD;
- o. menetapkan kebijakan operasional RSUD;
- p. menetapkan regulasi RSUD meliputi peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap RSUD;
- q. mengusulkan formasi pegawai RSUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- r. melakukan seleksi penerimaan pegawai non Aparatur Sipil Negara baik internal maupun bekerjasama dengan pihak eksternal, mengangkat dan memberhentikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- s. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai RSUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- t. memberikan penghargaan kepada pegawai, yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
- u. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- v. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dibawah Direktur kepada Bupati;
- w. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;
- x. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- y. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- z. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;

Paragraf 5

Pemberhentian Direktur

Pasal 36

Direktur dapat diberhentikan karena:

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

Paragraf 6

Evaluasi Kinerja Direktur

Pasal 37

Evaluasi Kinerja Direktur :

- a. Evaluasi Kinerja Direktur berdasarkan pencapaian kinerja dan mutu RSUD berdasarkan Rencana Bisnis Anggaran (RBA).
- b. Evaluasi kinerja Direktur terdiri dari pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu non keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).

- c. Dewan Pengawas diberikan delegasi oleh Bupati untuk melakukan evaluasi kinerja Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.

Bagian Ketiga

Kepala Bidang/Bagian

Paragraf 1

Umum

Pasal 38

- (1) Pemilik menetapkan Kepala Bagian/Bidang RSUD dan secara bersama bertanggungjawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.
- (2) Kepala Bidang/ Bagian bertanggungjawab kepada Direktur, sesuai peraturan perundang-undangan pimpinan tersebut meliputi:
 - a. Kepala bagian tata usaha;
 - b. Kepala bidang pelayanan medis;
 - c. Kepala bidang keperawatan;
 - d. Kepala bidang perencanaan rekam medik.
- (3) Kualifikasi jabatan untuk para Kepala Bidang/Bagian tersebut sesuai dengan persyaratan.
- (4) Para Kepala Bidang/Bagian terlibat dalam mendefinisikan-operasionalkan misi RSUD, dan berdasarkan atas misi tersebut, para Kepala Bidang/Bagian bekerjasama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Paragraf 2

Persyaratan Jabatan, Tugas dan Fungsi

Kepala Bidang/Bagian

Pasal 39

- (1) Persyaratan Jabatan Kepala Bidang/Bagian:
 - a. Berstatus Pegawai Negeri Sipil, Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian kerja sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan ataupun Profesional lainnya.
 - b. Serendah-rendahnya memiliki 1 (satu) tingkat dibawah jenjang pangkat yang ditentukan.
 - c. Memiliki kualifikasi dan tingkat pendidikan yang ditentukan.
 - d. Semua unsur penilaian prestasi kerja sekurang-kurangnya bernilai baik dalam 2 (dua) Tahun terakhir.
 - e. Memiliki kompetensi jabatan yang diperlukan.

- (2) Uraian Tugas dan Fungsi Kepala Bagian / Bidang berpedoman pada peraturan bupati yang mengatur Tugas Pokok Dan Rincian Tugas Rumah Sakit Umum Daerah.

Paragraf 3

Evaluasi Kinerja Kepala Bidang/Bagian

Pasal 40

- (1) Evaluasi kinerja Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Bagian Bidang Perencanaan Rekam Medis dinilai Direktur.
- (2) Evaluasi Kinerja Kepala Bagian/Bidang berdasarkan pencapaian kinerja.
- (3) Evaluasi kinerja Kepala Bagian/ Bidang terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).

Bagian Keempat

Kepala Seksi / Sub Bagian

Paragraf 1

Umum

Pasal 41

- (1) Pemilik menetapkan Kepala Seksi/Sub Bagian RSUD dan seara bersama bertanggungjawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.
- (2) Kepala Seksi/Sub Bagian berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang/Kepala Bagian,
- (3) Kepala Seksi/Sub Bagian meliputi:
 - a. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
 - b. Sub Bagian Keuangan;
 - c. Sub Bagian Hukum, Humas dan Pemasaran;
 - d. Kepala Seksi Penunjang Medik, Rawat Jalan dan Rawat Inap;
 - e. Kepala Seksi Pengawas dan Pengendalian Fasilitas Medik dan Penunjang Medik;
 - f. Kepala Seksi Asuhan Pelayanan Keperawatan;
 - g. Kepala Seksi Mutu Keperawatan dan Etika Profesi Keperawatan;
 - h. Kepala Seksi Penyusun Program Pelaporan dan Evaluasi;
 - i. Kepala Seksi Rekam Medik dan Sistem Informasi Manajemen RSUD;
- (4) Kualifikasi jabatan untuk para Kepala Seksi/Kepala Sub Bagian tersebut sesuai dengan persyaratan.

- (5) Para Kepala Seksi/Kepala Sub Bagian terlibat dalam mengimplementasikan dan menyesuaikan rencana dan program dengan misi RSUD, dan berdasarkan atas misi tersebut, bekerjasama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Paragraf 2

Persyaratan, Tugas dan Fungsi

Kepala Seksi / Sub Bagian

Pasal 42

- (1) Persyaratan Jabatan Kepala Seksi/Sub Bagian:
- Berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - Serendah-rendahnya memiliki 1 (satu) tingkat dibawah jenjang pangkat yang ditentukan;
 - Memiliki kualifikasi dan tingkat pendidikan yang ditentukan;
 - Semua unsur penilaian prestasi kerja sekurang-kurangnya bernilai baik dalam 2 (Tahun) terakhir;
 - Memiliki kompetensi jabatan yang diperlukan.
- (2) Uraian Tugas dan Fungsi Kepala Sub/Seksi dalam menjalankan tugas mengacu pada ketentuan Peraturan Bupati yang mengatur Tugas Pokok Dan Rincian Tugas RSUD.

Paragraf 3

Evaluasi Kinerja Kepala Seksi/Sub Bagian

Pasal 43

- Evaluasi Kinerja Kepala Seksi/Sub Bagian berdasarkan pencapaian kinerja.
- Evaluasi kinerja Kepala Seksi/Sub Bagian terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
- Evaluasi Kinerja Kepala Seksi/Sub Bagian dinilai oleh Kepala Bagian/Bidang dalam 1 (satu) tahun sekali.

Bagian Kelima

Manajer Pelayanan Pasien

Pasal 44

- Untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengendalian pelayanan secara menyeluruh di RSUD, dibentuk Manajer Pelayanan Pasien.
- Manajer Pelayanan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kelompok jabatan fungsional lainnya yang bertugas melaksanakan pengawasan, mengkoordinasikan dan mengendalikan terhadap penyelenggaraan pelayanan, mutu dan keselamatan pasien.

- (3) Ketua, Sekretaris dan Anggota Manajer Pelayanan Pasien dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Manajer Pelayanan Pasien berada dibawah Bidang Pelayanan Medik dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Bidang Pelayanan Medik dan Bidang Keperawatan.
- (5) Manajer Pelayanan Pasien terdiri dari Aparatur Sipil Negara (ASN) dan Non Aparatur Sipil Negara (ASN) yang menguasai bidang perumahsakit.

Bagian Keenam

Tim, Panitia dan Kelompok Kerja

Pasal 45

- (1) Direktur dapat membentuk Tim, Panitia dan/atau Kelompok Kerja dan menetapkan honor dalam rangka peningkatan pelaksanaan Pelayanan Kesehatan pada RSUD untuk menyelesaikan suatu tugas tertentu.
- (2) Tim, Panitia dan Kelompok Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebijakan dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan RSUD, susunan keanggotaan, kualifikasi anggota dan jumlah anggota.

Bagian Ketujuh

Instalasi dan Unit

Paragraf 1

Umum

Pasal 46

Kepala Instalasi dan Unit Pelayanan bertanggung jawab membuat pedoman pelayanan tentang pelayanan yang dipimpinnya.

Paragraf 2

Pelayanan

Pasal 47

- (1) Kepala Unit / Kepala Instalasi Pelayanan mengusulkan rencana kegiatan dan anggaran serta program peningkatan mutu dan kinerja instalasi kepada pimpinan RSUD melalui pejabat di atasnya.
- (2) Pedoman pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal berisi tentang uraian pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan pelayanan yang direncanakan, serta mengatur pengetahuan dan keterampilan staf klinis yang melakukan assesmen pasien dan kebutuhan pasien.
- (3) Kepala Instalasi pelayanan bekerja sama dengan unit-unit pelayanan yang lain pada RSUD, untuk menetapkan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan pelayanan.

- (4) Kepala Instalasi Pelayanan menjamin adanya mekanisme aduan pelayanan pasien yang jelas demi pelayanan yang optimal kepada pasien.

Paragraf 3

Program Mutu

Pasal 48

Kepala Instalasi dan unit beserta seluruh stafnya turut serta dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan melakukan monitoring kegiatan klinis dan nonklinis bagi unit pelayanan tersebut.

Pasal 49

- (1) Kepala Instalasi dan Unit menerapkan pengawasan dan penilaian terkait peningkatan mutu di unit yang dikepalai sesuai dengan standar minimal indikator mutu yang digunakan.
- (2) Standar minimal indikator mutu di Instalasi dan unit sebagaimana diatur pada ayat (1) mencakup ;
 - a. Penilaian RSUD secara menyeluruh dan perbaikan yang ditetapkan oleh Direktur RSUD yang terkait secara spesifik dengan Instalasi dan unit mereka;
 - b. Penilaian yang terkait dengan prioritas Instalasi dan Unit secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana beresiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi; dan
 - c. Penilaian spesifik di Instalasi dan unit ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

Paragraf 4

Data dan Informasi

Pasal 50

Kepala Instalasi dan unit menyediakan data dan Informasi dari hasil kegiatan pelayanan di Instalasi dan unit yang selanjutnya dipergunakan untuk melakukan evaluasi dokter, perawat, dan staf klinis pemberi asuhan yang memberikan pelayanan di Instalasi dan unit tersebut.

Bagian Kedelapan
Komite Medis
Paragraf 1
Program Mutu Kelompok Staf Medis
Pasal 51

- (1) Tiap kelompok staf medis memilih dan menetapkan panduan praktik klinik, beserta dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*) dan/atau protokol klinis atau prosedur dan/atau *standing order* sebagai panduan asuhan klinis.
- (2) Pemilihan dan penetapan Panduan Praktik Klinik, Alur Klinis, atau Protokol sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi kriteria:
 - a. Sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi RSUD;
 - b. disesuaikan dengan teknologi, obat, sumber daya lain di RSUD atau norma profesional yang berlaku secara nasional;
 - c. Dilakukan assesment terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang;
 - d. Disetujui resmi atau digunakan oleh RSUD;
 - e. Dilaksanakan dan diukur efektivitasnya;
 - f. Dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau pathways; dan
 - g. Secara berkala diperbarui berdasar atas bukti serta evaluasi proses dan hasil proses.
- (3) Panduan Praktik Klinik, Alur Klinis, atau Protokol dijadikan acuan dan bahan evaluasi kelompok staf medis.

Pasal 52

- (1) Tiap ketua kelompok staf medis menetapkan secara bersama-sama minimal 5 (lima) panduan klinis prioritas setiap tahun untuk diimplementasikan di unit pelayanan.
- (2) Tiap-tiap unit pelayanan melakukan komunikasi dan koordinasi dengan unit pelayanan terkait agar dapat membantu penerapan dan evaluasi penerapan panduan klinis prioritas.

Pasal 53

Kepala unit pelayanan klinis ikut terlibat dalam evaluasi penerapan panduan praktik klinis, alur klinis dan protokol kelompok staf medis, sesuai dengan indikator mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 ayat (2).

Pasal 54

Komite Medis bersama-sama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/DPJP terhadap panduan praktek klinis.

BAB VII
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bagian Kesatu
Kelompok Staf Medis

Pasal 55

- (1) Untuk menjadi Kelompok Staf Medis RSUD seorang staf medis harus memiliki:
 - a. Kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. Surat Tanda Registrasi (STR); dan
 - c. Surat Ijin Praktek (SIP).
- (2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf medis harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang layak untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.

Pasal 56

- (1) Kelompok Staf Medis RSUD berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dibidang pelayanan medis.
- (2) Kelompok Staf Medis Fungsional dapat melimpahkan tindakan medis tertentu kepada Perawat berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.

Pasal 57

Dalam melaksanakan fungsinya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 ayat (1), Kelompok Staf Medis mempunyai tugas :

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

Pasal 58

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 57, Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian sama.

- (3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok Staf Medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 59

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- (2) Ketua kelompok Staf Medis dapat dijabat oleh Dokter PNS atau Dokter Non PNS.
- (3) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur.
- (4) Ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis selama 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Pasal 60

Tanggungjawab Kelompok Staf Medis meliputi :

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

Pasal 61

Kewajiban Kelompok Staf Medis meliputi :

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

Pasal 62

Staf Medis yang memberikan pelayanan medik dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggungjawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Pasal 63

Staf Medis RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 ayat (1) terdiri atas:

- a. Staf Medis PNS;
- b. Staf Medis Non PNS;
- c. Staf Medis Tamu; dan
- d. Peserta Program Pendayagunaan Dokter Spesialis (PPDS).

Pasal 64

Staf Medis PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 huruf a, yaitu dokter PNS yang bekerja purna waktu sebagai pegawai tetap RSUD, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama RSUD serta bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 65

- (1) Staf Medis Non PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 huruf b, yaitu dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang berstatus tenaga kontrak dan yang telah terikat perjanjian kerja dengan RSUD ditetapkan berdasarkan Keputusan Penempatan di RSUD oleh Direktur.
- (2) Staf Medis Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis RSUD apabila telah menyelesaikan masa kontrak 1 (satu) tahun atau berhenti atas persetujuan bersama.
- (3) Staf Medis Non PNS yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat bekerja kembali untuk masa kontrak 1 (satu) berikutnya setelah menandatangani perjanjian kerja baru dengan pihak RSUD.

Pasal 66

Staf Medis Tamu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 huruf c, yaitu dokter dari luar RSUD yang karena reputasi dan / atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medik yang ada di RSUD atau untuk melaksanakan tugas suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Pasal 67

Peserta PPDS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 huruf d merupakan Dokter yang secara sah diterima sebagai peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis, serta membantu memberikan Pelayanan Kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dibidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Kewenangan Klinis Staf Medis

Pasal 68

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

Pasal 69

- (1) Untuk dapat memberikan rekomendasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (1) Komite medik menetapkan rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) dari syarat kompetensi yang dibutuhkan untuk setiap jenis pelayanan medis bagi setiap jenis pelayanan di RSUD.
- (2) Penetapan rincian kewenangan klinis dan syarat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium spesialisasi dan didokumentasikan oleh Komite Medik dalam buku putih.
- (3) Buku putih sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menjadi dasar bagi Komite Medik dalam mengeluarkan rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk Staf Medis.

Bagian Ketiga

Surat Penugasan Klinis

Pasal 70

- (1) Pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (2) diberikan oleh Direktur melalui penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (2) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Staf Medis sebagai dasar untuk melakukan pelayanan medis di RSUD

- (3) Berdasarkan Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka seorang staf medis tergabung menjadi anggota kelompok (*member*) staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medik di RSUD.
- (4) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite medik atau alasan tertentu.
- (5) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medik di RSUD.

Pasal 71

Direktur dapat memberikan Surat Penugasan Klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*) kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti.

Pasal 72

Dalam keadaan *emergency* atau bencana yang menimbulkan banyak korban, semua Staf Medis RSUD dapat diberikan kewenangan klinis oleh Direktur untuk melakukan tindakan penyelamatan diluar kewenangan klinis yang dimilikinya sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Keempat

Masa Kerja Staf Medis

Pasal 73

- (1) Staf Medis PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 huruf a, memiliki masa kerja sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai ketentuan peraturan perundang undangan.
- (2) Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 huruf b dan huruf c, memiliki masa kerja sesuai dengan perjanjian dan/atau Keputusan Direktur.

Pasal 74

- (1) Staf Medis PNS yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Non PNS atau Staf Medis Tamu sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan tenaganya masih dibutuhkan oleh RSUD.
- (2) Untuk dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Non PNS atau diangkat kembali sebagai Staf Medis Tamu, harus terlebih dahulu mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan tersebut.

- (3) Dalam pengambilan keputusan untuk menerima atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur meminta Komite Medik untuk melakukan kajian kompetensi calon staf medis melalui Subkomite Kredensial Staf Medis.
- (4) Selain Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) RSUD/Direktur juga dapat mempekerjakan Staf Medis Spesialis Mandiri/dari luar yang diikat dengan Perjanjian Kerja Sama/Kontrak berdasarkan analisis kebutuhan yang dilakukan dengan membuat kajian terlebih dahulu oleh Komite Medik Sub Komite Kredensial.
- (5) Jangka waktu perjanjian kerjasama sebagaimana dimaksud ayat (4) berdasarkan kesepakatan kedua belah pihak dengan mempertimbangkan efektivitas, efisien dan kemampuan keuangan.
- (6) Tata cara pelaksanaan Perjanjian Kerja Sama diatur dalam Peraturan Direktur sebagai pedoman dalam pengelolaan kerjasama di RSUD Umum Daerah Ratu Aji Putri Botung.

Pasal 75

Staf Medis diberhentikan dengan hormat karena:

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

Pasal 76

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

Bagian Kelima

Komite Medik

Paragraf 1

Pembentukan

Pasal 77

- (1) Komite Medik merupakan wadah perwakilan Staf Medis.
- (2) Komite Medik berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur, meliputi hal-hal yang berkaitan dengan:
 - a. mutu pelayanan medis;
 - b. pembinaan etik kedokteran; dan
 - c. pengembangan profesi medis.

- (3) Komite Medik mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (4) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan bagi Komite Medik untuk melaksanakan fungsinya.

Paragraf 2

Susunan, Fungsi, Tugas dan Kewenangan

Pasal 78

Susunan Organisasi Komite Medik terdiri atas:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Sub Komite.

Pasal 79

- (1) Ketua sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 huruf a, ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (2) Sekretaris dan ketua Sub Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 huruf b dan huruf c ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit.
- (5) Dalam hal diperlukan Wakil Ketua Komite Medik, maka Wakil Ketua Komite Medik diusulkan oleh Ketua Komite Medik dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.

Pasal 80

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi Staf Medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Komite Medik terbagi dalam 3 (tiga) Sub Komite, yaitu :
 - a. Sub Komite Kredensial Staf Medis;
 - b. Sub Komite Mutu Profesi Medis;
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi Medis.

- (3) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

Pasal 81

- (1) Pelaksanaan tugas-tugas Komite Medik dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk bahan pertimbangan berupa rekomendasi.
- (2) Rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Pasal 82

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*);
- 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.

Pasal 83

- (1) Organisasi Sub Komite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80 ayat (2) huruf a paling sedikit terdiri atas ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Sub Komite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Sub Komite Kredensial Staf Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkomplikasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang meliputi:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental; dan
 3. perilaku etika profesi.
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:

- c. evaluasi data pendidikan professional kedokteran/ kedokteranigigi berkelanjutan;
- d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
- f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite 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.

Pasal 84

- (1) Organisasi Sub Komite Mutu Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80 ayat (2) huruf b, paling sedikit terdiri atas ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Sub Komite Mutu Profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas memelihara mutu profesi staf medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Sub Komite Mutu Profesi Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis Rumah Sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
 - e. pemantauan dan pengendalian mutu profesi.
- (4) Pemantauan dan pengendalian mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf e dilakukan melalui:
 - a. pemantauan kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading*; dan
 - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Pasal 85

- (1) Organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80 ayat (2) huruf c, paling sedikit terdiri atas ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi.

- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit ; dan
 - d. pemberian nasehat/ pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf 4

Kredensial

Pasal 86

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

Pasal 87

- (1) Setelah seorang staf medis dinyatakan kompeten melalui suatu proses Kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (2) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang staf medis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Paragraf 4

Rekredensial

Pasal 88

- (1) Paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum Penerbitan Surat Penugasan Klinis habis masa berlakunya, Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rumah sakit melalui Sub Komite Kredensial Staf Medis harus melakukan Rekredensial terhadap Staf Medis yang bersangkutan.
- (3) Mekanisme dan proses rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
- (4) Proses Rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Medik kepada Direktur berupa:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/ dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Pasal 89

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

Paragraf 5

Rapat Komite Medik

Pasal 90

Rapat Komite Medik terdiri atas:

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

Pasal 91

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.

- (2) Rapat Rutin bersama semua kelompok Staf Medis dan/atau dengan semua Staf Medis, dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (3) Rapat dipimpin oleh Ketua Medik atau Wakil Ketua dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu dari anggota yang hadir dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik tidak hadir.
- (4) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.
- (5) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 92

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 huruf b diadakan apabila:
 - a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota Staf Medis;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik.
- (2) Rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.
- (3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (5) 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 93

- (1) Rapat tahunan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 huruf c, diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 94

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 huruf b dan huruf c wajib dihadiri oleh Direktur dan pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.

Pasal 95

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

Pasal 96

- (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.

Paragraf 6

Panitia Adhoc

Pasal 97

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc*.
- (2) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Mitra Bestari (*per group*) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan sekelompok Staf Medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
- (5) Staf Medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Paragraf 7

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 98

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh badan yang berwenang sesuai dengan ketentuan 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 (2) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan, pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administrative berupa teguran lisan atau tertulis.

BAB VIII

TATA KELOLA STAF KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN

(NURSING STAF BY LAWS)

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 99

- (1) Peraturan internal staf keperawatan merupakan peraturan penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan mekanisme tata kerja komite keperawatan.
- (2) Peraturan internal staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan sebagai acuan dan dasar hukum yang sah bagi komite keperawatan dan Direktur dalam pengambilan keputusan tentang staf keperawatan.

Bagian Kedua

Kewenangan Klinis

Pasal 100

- (1) Asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi kewenangan melalui proses Kredensial kepada staf keperawatan berdasarkan kategori jenjang klinis keperawatan.
- (2) Staf keperawatan dapat memperoleh pelimpahan tindakan medis tertentu dari Staf Medis Fungsional berdasarkan rincian kompetensi staf keperawatan.
- (3) Jenjang klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. jenjang perawat klinik IA, IB;
 - b. jenjang perawat klinik II;
 - c. jenjang perawat klinik III;
 - d. jenjang perawat klinik IV;
 - e. jenjang perawat klinik V.
- (4) Dalam keadaan tertentu kewenangan klinis dapat diberikan kepada staf keperawatan dengan melihat kondisi yang meliputi:
 - a. kewenangan klinis sementara;
 - b. kewenangan klinis dalam keadaan darurat; dan
 - c. kewenangan klinis bersyarat.

- (5) Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dijabarkan dalam Buku Putih.
- (6) Buku Putih sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disusun oleh Panitia *Adhoc* yang dibentuk oleh komite keperawatan dengan melibatkan Mitra Bestari.

Pasal 101

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

Bagian Ketiga

Penugasan Klinis

Pasal 102

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

Bagian Keempat

Komite Keperawatan

Paragraf 1

Pembentukan

Pasal 103

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan.

- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

Paragraf 2

Susunan, Fungsi, Tugas dan Kewenangan

Pasal 104

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

Pasal 105

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dengan cara:
 - a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatandan kebidanan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.

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

Pasal 106

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:

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

Paragraf 3

Kredensial

Pasal 107

- (1) Rekomendasi dari Komite Keperawatan untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada Staf Keperawatan dilakukan melalui proses Kredensial.
- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur rumah sakit kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan atas asuhan kebidanan dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu.
- (3) Proses Kredensial Komite Keperawatan dilakukan oleh Subkomite Kredensial Komite Keperawatan.
- (4) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf keperawatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (5) Tujuan dilakukan Kredensial adalah:
 - a. memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - b. melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas; dan
 - c. pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga keperawatan yang berada di semua level pelayanan.

Pasal 108

- (1) Staf Keperawatan dinyatakan kompeten untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (2) staf keperawatan tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit jika tidak diberi kewenangan klinis dari Direktur.

Paragraf 4

Rekredensial

Pasal 109

- (1) Paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum habis masa berlakunya Surat Penugasan Klinis, staf keperawatan yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rumah sakit melalui Subkomite Kredensial Komite Keperawatan harus melakukan rekredensial terhadap staf keperawatan yang bersangkutan.
- (3) Proses rekredensial Komite Keperawatan dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Keperawatan.

- (4) Mekanisme dan proses rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
- (5) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur berupa:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/ dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Paragraf 5

Rapat Komite Keperawatan

Pasal 110

Rapat Komite Keperawatan terdiri dari atas :

- a. rapat Komite; dan
- b. rapat dengan Tim/ Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Pasal 111

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua anggota komite PPI yang dilakukan setiap 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
- (2) Rapat dengan Tim/Komite PPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 huruf b adalah rapat yang dilakukan oleh Infection Prevention Control Nurse (IPCN) dan Infection Prevention Control Link Nurse (IPCLN) atau dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 112

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

Pasal 113

- (1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat komite atau rapat tim komite PPI 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 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Paragraf 6

panitia Adhoc

Pasal 114

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

Paragraf 7

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 115

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

Pasal 116

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Keperawatan dalam rangka menjamin mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

BAB IX
TATA KELOLA STAF TENAGA KESEHATAN LAINNYA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 117

- (1) Tata kelola staf kesehatan lainnya dilaksanakan dengan maksud agar Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat menyelenggarakan tata kelola yang baik melalui mekanisme Kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi di Rumah Sakit.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas beberapa profesi tenaga kesehatan, meliputi:
 - a. Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian;
 - b. Tenaga Gizi;
 - c. Tenaga Kesehatan Lingkungan;
 - d. Fisioterapi, Okupasi Terapi, Perekam Medis dan Informasi Kesehatan;
 - e. Ahli Teknologi Laboratorium Medik;
 - f. Teknisi Pelayanan Darah,;
 - g. Terapis Gigi dan Mulut;
 - h. Refraksionis Optisien/Optometriss;
 - i. Radiografer;
 - j. Elektromedik;
 - k. Pembimbing Kesehatan Kerja;
 - l. Radioterapis;
 - m. Fisikawan Medis; dan
 - n. Ortotik Prostetik.

Bagian Kedua

Kewenangan Klinis

Pasal 118

- (1) Kompetensi masing-masing profesi hanya boleh dilakukan oleh staf tenaga kesehatan lainnya yang telah diberi kewenangan melalui proses Kredensial kepada staf tenaga kesehatan lainnya berdasarkan kategori jenjang klinis masing-masing profesi.
- (2) Untuk mendapatkan kewenangan klinis, staf tenaga kesehatan mengajukan secara tertulis kepada Direktur dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan, dan selanjutnya Direktur menugaskan kepada Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk melakukan proses kredensial.

- (3) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya menugaskan kepada Sub Komite Kredensial untuk melakukan proses Kredensial kepada staf tenaga kesehatan lainnya sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan profesi masing-masing.

Bagian Ketiga
Penugasan Klinis

Pasal 119

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

Bagian Keempat
Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Paragraf 1

Pembentukan

Pasal 120

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang terdiri dari beberapa unsur sebagaimana tercantum dalam Pasal 117 ayat (2)
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lainnya.

Paragraf 2

Susunan, Fungsi, Tugas dan Kewenangan

Pasal 121

- (1) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sekurang-kurangnya terdiri atas:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Sub Komite.
- (2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.

- (3) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di Rumah Sakit.
- (4) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. Sub Komite Kredensial;
 - b. Sub Komite mutu profesi; dan
 - c. Sub Komite etik dan disiplin profesi.
- (5) Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lainnya.
- (6) Sub Komite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b bertugas melakukan audit tenaga kesehatan lainnya dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lainnya.
- (7) Sub Komite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 122

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya dengan cara:
 - a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan lainnya yang akan melakukan pelayanan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lainnya; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku tenaga kesehatan lainnya masing-masing profesi.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi Kredensial, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain untuk diteruskan kepada Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lain;
 - c. melakukan audit tenaga kesehatan lain;

- d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan; dan
 - e. membuat laporan kegiatan dan menyampaikannya kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lain;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lain;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan kesehatan lain;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan tenaga kesehatan lain; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan kesehatan lain.

Pasal 123

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berwenang :

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

Paragraf 3

Kredensial

Pasal 124

- (1) Rekomendasi dari Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada staf tenaga kesehatan lainnya dilakukan melalui proses Kredensial.
- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur rumah sakit kepada tenaga kesehatan lainnya untuk melakukan kompetensi masing-masing profesi dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu.

- (3) Proses Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan oleh Sub Komite Kredensial.
- (4) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf tenaga kesehatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (5) Tujuan dilakukan Kredensial adalah:
 - a. memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga kesehatan lainnya;
 - b. melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga kesehatan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas;
 - c. pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga kesehatan lainnya yang berada di semua level pelayanan.
- (6) Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi staf tenaga kesehatan lainnya dinyatakan kompeten untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (7) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang tenaga kesehatan lainnya tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Paragraf 4

Rekredensial

Pasal 125

- (1) Paling lambat 2 (dua) minggu sebelum habis masa berlakunya Surat Penugasan Klinis, staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rumah sakit melalui Sub Komite Kredensial harus melakukan Rekredensial terhadap staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan.
- (3) Proses Rekredensial dilakukan oleh Sub Komite Kredensial.
- (4) Mekanisme dan proses rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses Kredensial.
- (5) Proses Rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya kepada Direktur berupa:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Paragraf 5

Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 126

Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari:

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

Pasal 127

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 126 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua Staff Komite yang dilakukan setiap 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
- (2) Rapat anggota Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 126 huruf b adalah rapat yang dilakukan dengan unit terkait lainnya dilakukan setiap 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 128

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

Pasal 129

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

Paragraf 6

Panitia Adhoc

Pasal 130

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat dibantu oleh Panitia Adhoc.
- (2) Panitia Adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

- (3) Panitia Adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga kesehatan lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Tenaga kesehatan lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah sakit lain, organisasi profesi masing-masing tenaga kesehatan, dan/atau institusi pendidikan tenaga kesehatan sesuai dengan profesi masing-masing.

Paragraf 7

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 131

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Tenaga kesehatan Lainnya dilakukan oleh Dewan Pengawas dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

Pasal 132

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 131 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dalam rangka menjamin mutu pelayanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

BAB X

PENGELOLAAN RUMAH SAKIT

SEBAGAI UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 133

- (1) Dalam menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
- (2) Otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perencanaan, penganggaran, penatausahaan, pelaksanaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah.

- (3) Dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur bertanggungjawab kepada Kepala Daerah melalui penyampaian laporan keuangan, laporan pengelolaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit.
- (4) Menyampaikan laporan keuangan, laporan penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan Perundang-undangan.

Bagian Kedua

Pengelolaan Keuangan

Paragraf 1

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

Pasal 134

Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab atas pelaksanaan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan Rumah Sakit.

Pasal 135

- (1) Direktur Rumah Sakit dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 133 ayat (2) bertanggungjawab secara administratif dalam bentuk laporan kepada Kepala Daerah.
- (2) Direktur Rumah Sakit dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 133 ayat (2) bertanggungjawab secara substantif kepada Bupati melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (3) Dalam penyampaian laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur melakukan penyusunan laporan keuangan yang merupakan bagian dari laporan kinerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Tata cara dan format penyusunan laporan keuangan diatur lebih lanjut dalam Penatausahaan Keuangan dengan Peraturan Direktur.

Pasal 136

- (1) Dalam melaksanakan otonomi pengelolaan keuangan, Direktur Rumah Sakit selaku Pengguna Anggaran memiliki tugas dan kewenangan:
 - a. menyusun Rencana Kerja dan Anggaran (RKA);
 - b. menyusun DPA;
 - c. menandatangani Surat Perintah Membayar (SPM);
 - d. mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - e. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;

- f. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan (PPTK) dan pejabat penatausahaan keuangan (PPK); dan
 - g. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah;
 - h. mengusulkan Kuasa Pengguna Anggaran (KPA), Bendahara Pengeluaran (BP), Bendahara Penerimaan dan Bendahara Pengeluaran Pembantu (BPP) kepada Bupati.
- (2) RKA dan RBA serta DPA sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2) huruf (a) dan huruf (b) disampaikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) untuk diverifikasi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (3) Direktur menandatangani Surat Perintah Membayar (SPM) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi Uang Persediaan (UP), Ganti Uang (GU), Ganti Uang Persediaan (GUP), Tambahan Uang Persediaan (TUP), Lumsum (LS).
- (4) Direktur mengelola utang dan piutang Daerah yang menjadi tanggungjawabnya sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf d yang merupakan konsekwensi dari pelaksanaan (DPA).

Pasal 137

- (1) Rencana Kegiatan dan Anggaran (RKA) Rumah Sakit merupakan lampiran dari DPA Rumah Sakit.
- (2) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan, Direktur melaksanakan belanja sesuai DPA berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Rumah Sakit juga melaksanakan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan.

Pasal 138

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

Pasal 139

- (1) Pagu Anggaran belanja Rumah Sakit dalam RKA RSUD yang sumber dananya berasal dari pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 138 ayat (2) dan surplus anggaran Rumah Sakit dirinci dalam satu program, satu kegiatan, satu out put dan jenis belanjanya untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan.

- (2) Rincian lebih lanjut dari Pagu Anggaran Belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam RBA.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan lampiran dari DPA Dinas (Rumah sakit).

Pasal 140

- (1) Pembiayaan Rumah Sakit merupakan Lampiran RKA RSUD selanjutnya diintegrasikan pada akun pembiayaan Dinas.
- (2) Rumah Sakit dapat melakukan pergeseran rincian belanja yang ada di RBA, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sepanjang tidak melebihi pagu anggaran perjenis belanja di DPA dengan mengetahui Dewan Pengawas.

Paragraf 2

Prinsip Pengelolaan Keuangan

Pasal 141

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan, Bupati mengangkat Pejabat Pengelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Aji Putri Botung.
- (3) Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhak mendapatkan honorarium sesuai kemampuan keuangan Rumah sakit yang dituangkan dalam Keputusan Direktur.
- (4) Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan Sistem Akuntansi berbasis Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

Paragraf 3

Fleksibilitas

Pasal 142

- (1) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 141 ayat (1) Rumah Sakit dengan status BLUD memperoleh fleksibilitas berupa:
 - a. pengelolaan pendapatan dan belanja;
 - b. pengelolaan kas;
 - c. pengelolaan utang;
 - d. pengelolaan piutang;
 - e. pengelolaan investasi;
 - f. pengelolaan barang dan/atau jasa;
 - g. pengadaan barang/jasa;

- h. penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban;
 - i. pengelolaan surplus dan defisit;
 - j. kerjasama dengan pihak lain;
 - k. mempekerjakan tenaga Non Aparatur Sipil Negara (Non ASN);
 - l. pengelolaan dana secara langsung; dan
 - m. perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur dalam Peraturan Bupati.

Paragraf 4

Tarif Layanan

Pasal 143

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

Pasal 144

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Bupati.
- (2) Penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (4) Pola tarif dan penetapan besaran tarif disusun oleh Tim Tarif yang dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.

Pasal 145

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

Paragraf 5

Struktur Anggaran BLUD

Pasal 146

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

Pasal 147

- (1) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 ayat (2) huruf a berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 ayat (2) huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain.
- (3) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (2), digunakan sesuai dengan tujuan pemberian hibah, sesuai dengan peruntukannya yang selaras dengan tujuan BLUD sebagaimana tercantum dalam naskah perjanjian hibah.
- (4) Pendapatan BLUD yang bersumber dari Hasil kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 ayat (2) huruf c dapat berupa hasil yang diperoleh dari kerja sama BLUD.
- (5) Pendapatan BLUD yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 ayat (2) huruf d berupa pendapatan yang berasal dari DPA APBD dan APBN.

- (6) Pendapatan BLUD yang bersumber dari lain-lain pendapatan BLUD yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 ayat (2) huruf e, meliputi:
- a. jasa giro;
 - b. pendapatan bunga;
 - c. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - d. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD;
 - e. investasi; dan
 - f. pengembangan usaha.

Pasal 148

- (1) Pengembangan usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 147 ayat (6) huruf f dilakukan melalui pembentukan unit usaha untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat.
- (2) Unit usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari BLUD yang bertugas melakukan pengembangan layanan dan mengoptimalkan sumber pendanaan untuk mendukung kegiatan BLUD.

Pasal 149

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 ayat (2) dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran BLUD sesuai RBA, kecuali yang berasal dari hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (2) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui Rekening Kas BLUD.
- (3) Seluruh pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 ayat (2) dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan rumah sakit.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 150

- (1) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 ayat (1) huruf b terdiri atas:
 - a. belanja operasi; dan
 - b. belanja modal.
- (2) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mencakup seluruh belanja BLUD untuk menjalankan tugas dan fungsi.

- (3) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja bunga dan belanja lain.
- (4) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b mencakup seluruh belanja BLUD untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD.
- (5) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi belanja tanah, belanja peralatan dan mesin, belanja gedung dan bangunan, belanja jalan, irigasi dan jaringan, dan belanja aset tetap lainnya.
- (6) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilakukan berdasarkan ketentuan tentang pengadaan barang dan jasa dengan jenjang nilai yang diatur dalam Peraturan Direktur.

Pasal 151

- (1) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. penerimaan pembiayaan; dan
 - b. pengeluaran pembiayaan.
- (2) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun anggaran berikutnya.

Pasal 152

- (1) Penerimaan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 151 ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya;
 - b. divestasi; dan
 - c. penerimaan utang/pinjaman.
- (2) Pengeluaran pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf b meliputi:
 - a. investasi; dan
 - b. pembayaran pokok utang/pinjaman.

Paragraf 6

Perencanaan dan Penganggaran BLUD

Pasal 153

- (1) Rumah Sakit menyusun Renstra BLUD.

- (2) Renstra BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan Rumah Sakit.
- (3) Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan.
- (4) Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuatu visi yang ditetapkan, agar tujuan organisasi dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.
- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang dan kendala yang ada atau mungkin timbul.
- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisis atas faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Pasal 154

Renstra BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 153 ayat (1), dipergunakan sebagai dasar penyusunan RBA dan evaluasi kinerja.

Pasal 155

RBA merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan Rumah Sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

Pasal 156

- (1) Direktur wajib menyusun Renstra BLUD setiap 5 (lima) tahun sekali.
- (2) Rencana strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD).
- (3) Sebelum ditetapkan oleh Bupati, rancangan rencana strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Dewan Pengawas, untuk mendapat persetujuan.
- (4) Rumah sakit yang menerapkan BLUD menyusun RBA mengacu pada Renstra BLUD.

- (5) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan:
 - a. anggaran berbasis kinerja;
 - b. standar satuan harga; dan
 - c. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya, APBD, dan sumber pendapatan BLUD lainnya.
- (6) Anggaran berbasis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a merupakan analisis kegiatan yang berorientasi pada pencapaian output dengan penggunaan sumber daya secara efisien.
- (7) Standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf b merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku di suatu daerah.
- (8) BLUD menyusun standar satuan harga yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (9) Dalam hal BLUD belum menyusun standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (8), BLUD menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan oleh Keputusan Bupati.
- (10) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf c merupakan pagu belanja yang dirinci menurut belanja operasi dan belanja modal.

Pasal 157

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 155, meliputi:
 - a. ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - b. rincian anggaran pendapatan, belanja, dan pembiayaan;
 - c. perkiraan harga;
 - d. besaran persentase ambang batas; dan
 - e. perkiraan maju atau *forward estimate*.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu presentase ambang batas tertentu.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disertai dengan SPM.

Pasal 158

- (1) Ringkasan pendapatan, belanja, dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 157 ayat (1) huruf a merupakan ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) Rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 157 ayat (1) huruf b. merupakan rencana anggaran untuk seluruh kegiatan tahunan yang dinyatakan dalam satuan uang yang tercermin dari rencana pendapatan, belanja dan pembiayaan.

- (3) Perkiraan harga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 157 ayat (1) huruf c, merupakan estimasi harga jual produk barang dan/atau jasa setelah memperhitungkan biaya per satuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari Tarif Layanan.
- (4) Besaran persentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 157 ayat (1) huruf d, merupakan besaran persentase perubahan anggaran bersumber dari pendapatan operasional yang diperkenankan dan ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional BLUD.
- (5) Perkiraan maju sebagaimana dimaksud dalam Pasal 157 ayat (1) huruf e, merupakan perhitungan kebutuhan dana untuk tahun anggaran berikutnya dari tahun yang direncanakan guna memastikan kesinambungan program dan kegiatan yang telah disetujui dan menjadi dasar penyusunan anggaran tahun berikutnya.

Pasal 159

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf e diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA RSUD pada akun pendapatan daerah pada kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan dari BLUD.
- (2) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 150 ayat (1) huruf b yang sumber dananya berasal dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e dan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD, diintegrasikan / dikonsolidasikan ke dalam RKA RSUD pada akun belanja daerah yang selanjutnya dirinci dalam I (satu) program, I (satu) kegiatan, I (satu) output dan jenis belanja.
- (3) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan serta kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan.
- (4) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 151 ayat (1) diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA RSUD selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan pada akun pembiayaan pada Satuan Kerja Pengelolaan Keuangan Daerah selaku Bendahara Umum Daerah.
- (5) BLUD dapat melakukan pergeseran rincian belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), sepanjang tidak melebihi pagu anggaran dalam jenis belanja pada DPA untuk selanjutnya disampaikan kepada PPKD.
- (6) Rincian belanja dicantumkan dalam RBA.

Pasal 160

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 157 ayat (1) diintegrasikan/dikonsolidasikan dan merupakan kesatuan dari RKA.

- (2) RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan rancangan peraturan daerah tentang APBD.

Pasal 161

- (1) PPKD menyampaikan RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 160 ayat (2) kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah untuk dilakukan penelaahan.
- (2) Hasil penelaahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain digunakan sebagai dasar pertimbangan alokasi dana APBD untuk BLUD.

Pasal 162

- (1) Tim Anggaran Pemerintah Daerah menyampaikan kembali RKA beserta RBA yang telah dilakukan penelaahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 161 ayat (1) kepada PPKD untuk dicantumkan dalam rancangan peraturan daerah tentang APBD yang selanjutnya ditetapkan menjadi Peraturan Daerah tentang APBD.
- (2) Tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan RBA mengikuti tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan APBD.

Paragraf 7

Pelaksanaan Anggaran BLUD

Pasal 163

Rumah Sakit menyusun DPA berdasarkan peraturan daerah tentang APBD untuk diajukan kepada PPKD.

Pasal 164

- (1) DPA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 163 memuat pendapatan, belanja, dan pembiayaan.
- (2) PPKD mengesahkan DPA sebagai dasar pelaksanaan anggaran BLUD.

Pasal 165

- (1) DPA yang telah disahkan oleh PPKD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 156 ayat (2) menjadi dasar pelaksanaan anggaran yang bersumber dari APBD.
- (2) Pelaksanaan anggaran yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk belanja pegawai, belanja modal dan belanja barang dan/atau jasa yang mekanismenya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (3) Pelaksanaan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan secara berkala sesuai dengan kebutuhan yang telah ditetapkan, dengan memperhatikan anggaran kas dalam DPA, dan memperhitungkan:
 - a. jumlah kas yang tersedia;
 - b. proyeksi pendapatan; dan
 - c. proyeksi pengeluaran.
- (4) Pelaksanaan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dengan melampirkan RBA.

Pasal 166

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

Pasal 167

- (1) Dalam pelaksanaan anggaran, Direktur menyusun laporan pendapatan BLUD, laporan belanja BLUD dan laporan pembiayaan BLUD secara berkala kepada PPKD.
- (2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab yang ditandatangani oleh Direktur.
- (3) Berdasarkan laporan yang melampirkan surat pernyataan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur menerbitkan surat permintaan pengesahan pendapatan, belanja, dan pembiayaan untuk disampaikan kepada PPKD.
- (4) Berdasarkan Surat Permintaan Pengesahan pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud ayat (3), PPKD melakukan pengesahan dengan menerbitkan Surat Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan.

Pasal 168

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

Pasal 169

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

Pasal 170

Dalam pelaksanaan anggaran, rumah sakit melakukan penatausahaan keuangan paling sedikit memuat:

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

Paragraf 8

Pengelolaan Belanja BLUD

Pasal 171

- (1) Pengelolaan belanja BLUD diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan belanja yang disesuaikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA dan DPA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilaksanakan terhadap belanja rumah sakit yang bersumber dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 160 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, huruf e, dan hibah tidak terikat.
- (4) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan besaran persentase realisasi belanja yang diperkenankan melampaui anggaran dalam RBA dan DPA.
- (5) Dalam hal belanja BLUD melampaui ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), terlebih dahulu mendapat persetujuan Bupati.
- (6) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, BLUD mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada PPKD.

Pasal 172

- (1) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 163 ayat (4) dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal kas.
- (2) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhitungkan fluktuasi kegiatan operasional, meliputi:
 - a. kecenderungan/tren selisih anggaran pendapatan BLUD selain APBD tahun berjalan dengan realisasi 2 (dua) tahun anggaran sebelumnya; dan
 - b. kecenderungan/tren selisih pendapatan BLUD selain APBD dengan prognosis tahun anggaran berjalan.
- (3) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dicantumkan dalam RBA dan DPA.
- (4) Pencantuman ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa catatan yang memberikan informasi besaran presentase ambang batas.
- (5) Pesentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dicapai, terukur, rasional, dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (6) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), digunakan apabila pendapatan BLUD sebagaimana Pasal 138 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c. dan huruf e diprediksi melebihi target pendapatan yang telah ditetapkan RBA dan DPA tahun yang dianggarkan.

Paragraf 9

Piutang Dan Utang/Pinjaman

Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 173

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

Pasal 174

- (1) Piutang dapat dihapus secara mutlak atau bersyarat.
- (2) Tata cara penghapusan piutang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Bupati.

Pasal 175

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

Pasal 176

- (1) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 175 ayat (2) merupakan utang/pinjaman yang memberikan manfaat kurang dari 1 (satu) tahun yang timbul karena kegiatan operasional dan/atau yang diperoleh dengan tujuan untuk menutup selisih antara jumlah kas yang tersedia ditambah proyeksi jumlah penerimaan kas dengan proyeksi jumlah pengeluaran kas dalam 1 (satu) tahun anggaran.
- (2) Pembayaran utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang harus dilunasi dalam tahun anggaran berkenaan.
- (3) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dalam bentuk perjanjian utang/pinjaman yang ditandatangani oleh Direktur dan pemberi utang/pinjaman.
- (4) Pembayaran kembali utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah melalui RSUD Ratu Aji Putri Botung.
- (5) Mekanisme pengajuan utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Bupati.

Pasal 177

- (1) Utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana, dimaksud dalam Pasal 175 ayat (2) merupakan utang/pinjaman yang memberikan manfaat lebih dari 1 (satu) tahun anggaran dengan masa pembayaran kembali atas utang/pinjaman tersebut lebih dari 1 (satu) tahun anggaran.
- (2) Utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya untuk pengeluaran belanja modal.
- (3) Pembayaran utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang meliputi pokok utang/pinjaman, bunga dan biaya lain yang harus dilunasi pada tahun anggaran berikutnya sesuai dengan persyaratan perjanjian utang/pinjaman yang bersangkutan.

- (4) Mekanisme pengajuan utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 10

Investasi

Pasal 178

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

Pasal 179

- (1) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 178 ayat (2) merupakan investasi yang dapat segera dicairkan dan dimaksudkan untuk dimiliki selama 12 (dua belas) bulan atau kurang.
- (2) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan mengoptimalkan surplus kas jangka pendek dengan memperhatikan rencana pengeluaran.
- (3) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. deposito pada bank umum dengan jangka waktu 3 (tiga) sampai dengan 12 (dua belas) bulan dan/atau yang dapat diperpanjang secara otomatis;
 - b. surat berharga negara jangka pendek; dan
 - c. lain-lain investasi yang memenuhi kriteria investasi jangka pendek.
- (4) Karakteristik investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
 - a. dapat segera diperjualbelikan/dicairkan;
 - b. ditujukan untuk manajemen kas; dan
 - c. instrumen keuangan dengan risiko rendah.

Paragraf 11

Sisa Lebih Perhitungan Anggaran

Pasal 180

- (1) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD merupakan selisih lebih antara realisasi penerimaan dan pengeluaran BLUD selama 1 (satu) tahun anggaran.

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

Paragraf 12

Defisit Anggaran

Pasal 181

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

Paragraf 13
Penyelesaian Kerugian
Pasal 182

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

Paragraf 14
Pertanggungjawaban Keuangan
Pasal 183

- (1) BLUD menyelenggarakan akuntansi dan menyusun laporan keuangan.
- (2) Dalam rangka akuntabilitas keuangan laporan keuangan BLUD sebelum dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal dilakukan reviu oleh Satuan Pengendali Internal (SPI).
- (3) laporan keuangan dan pertanggungjawaban keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) wajib dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal.

Pasal 184

- (1) BLUD menyusun pelaporan dan pertanggungjawaban berupa laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. laporan realisasi anggaran (LRA);
 - b. laporan perubahan saldo anggaran lebih;
 - c. neraca;
 - d. laporan operasional;
 - e. laporan arus kas (LAK);
 - f. laporan perubahan ekuitas; dan
 - g. catatan atas laporan keuangan (Calk).
- (3) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disusun berdasarkan standar akuntansi pemerintahan (SAP).

- (4) Dalam hal standar akuntansi pemerintahan tidak mengatur jenis usaha BLUD, BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi.
- (5) BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) yang diatur dengan Peraturan Bupati.
- (6) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil atau keluaran BLUD.

Pasal 185

- (1) Rumah sakit menyusun laporan keuangan semesteran dan tahunan.
- (2) Laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling lama 2(dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaporkan oleh BLUD kepada PPKD untuk selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan Pemerintah Daerah.

Bagian Ketiga

Pengelolaan Barang Milik Daerah

Pasal 186

- (1) Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan Barang Milik Daerah.
- (2) Otonomi dalam pengelolaan Barang Milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban penggunaan dan penatausahaan Barang Milik Daerah.
- (3) Rumah Sakit berwenang dan bertanggungjawab dalam pengelolaan Barang Milik Daerah dan merupakan keseluruhan kegiatan yang meliputi perencanaan kebutuhan dan penganggaran, pengadaan, penggunaan, pemanfaatan, pengamanan dan pemeliharaan, penilaian, penatausahaan dan pengendalian dalam rangka melaksanakan tugas dan fungsi Rumah Sakit dalam lingkup Barang Milik Daerah yang ada dalam penguasaannya.
- (4) Direktur mempunyai wewenang dan bertanggungjawab dalam pelaksanaan penggunaan dan penatausahaan Barang Milik Daerah meliputi:
 - a. mengajukan rencana kebutuhan dan penganggaran barang milik daerah bagi Rumah Sakit yang dipimpinnya;
 - b. mengajukan permohonan penetapan status penggunaan barang yang diperoleh dari beban APBD dan perolehan lainnya yang sah;
 - c. melakukan pencatatan dan inventarisasi barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;

- d. menggunakan barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya untuk kepentingan penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit yang dipimpinnya;
- e. mengamankan dan memelihara barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;
- f. mengajukan usul pemanfaatan dan pemindah tanganan barang milik daerah berupa tanah dan/atau bangunan yang tidak memerlukan persetujuan DPRD dan barang milik daerah selain tanah dan/atau bangunan;
- g. menyerahkan barang milik daerah berupa tanah dan/atau bangunan yang tidak digunakan untuk kepentingan penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah yang dipimpinnya dan sedang tidak dimanfaatkan pihak lain, kepada Bupati melalui Pengelola Barang;
- h. mengajukan usul pemusnahan dan penghapusan barang milik daerah;
- i. melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian atas penggunaan barang milik daerah yang ada dalam penguasaannya;
- j. menyusun dan menyampaikan laporan barang pengguna semesteran dan laporan barang pengguna tahunan yang berada dalam penguasaannya kepada Pengelola Barang; dan
- k. Hasil pemanfaatan barang milik daerah merupakan pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah BLUD.

Bagian Keempat

Pengelolaan Kepegawaian

Paragraf 1

Umum

Pasal 187

- (1) Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Aji Putri Botung memiliki otonomi dalam pengelolaan bidang kepegawaian.
- (2) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian pegawai yang berasal dari Aparatur Sipil Negara kepada pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (3) Direktur memiliki kewenangan dalam menyelenggarakan pembinaan pegawai yang berasal dari Aparatur Sipil Negara dalam pelaksanaan tugas dan fungsi dalam jabatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

- (4) Direktur memiliki kewenangan dalam pengelolaan dan pembinaan pegawai di lingkungan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

Paragraf 2

Klasifikasi Pegawai Rumah Sakit

Pasal 188

Pegawai Rumah Sakit terdiri atas:

- a. Aparatur Sipil Negara;
- b. Pegawai Non ASN;

Pasal 189

Kedudukan, Hak dan Kewajiban Pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Aji Putri Botung yang berasal dari Aparatur Sipil Negara (ASN) sebagaimana dimaksud Pasal 188 huruf a sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 190

- (1) Pegawai Non ASN terdiri atas :
 - a. Pegawai BLUD;
 - b. Tenaga Harian Lepas;
- (2) Kedudukan, hak dan kewajiban Pegawai Rumah Sakit tunduk pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Paragraf 3

Pegawai BLUD

Pasal 191

- (1) Pegawai BLUD terdiri atas :
 - a. Pegawai Tidak Tetap;
 - b. Pegawai Paruh Waktu;
 - c. Pegawai dengan perjanjian kerja professional.

- (2) Pegawai Tidak tetap sebagaimana pada ayat (1) huruf a adalah pegawai Non Nakes yang dibiayai BLUD, dengan jangka waktu tertentu sesuai kontrak.
- (3) Selain Pegawai Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b Rumah Sakit dapat mempekerjakan Tenaga Medis Spesialis paruh waktu sebagai Dokter Mitra.
- (4) Tenaga Medis Spesialis paruh waktu sebagai Dokter Mitra sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari ASN sepanjang tidak mengganggu melaksanakan tugas pokok dan fungsinya selaku ASN pada institusi asal, yang ditunjukkan dengan surat persetujuan / izin dari institusi asal.
- (5) Pegawai Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c adalah Tenaga Medis Spesialis yang mempunyai keahlian khusus yang dibutuhkan, dapat dilakukan kontrak kerja profesional, dengan batasan usia mengikuti Surat Tanda Registrasi (STR) yang dikeluarkan oleh Ketua Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).

Paragraf 4

Pengadaan Pegawai BLUD

Pasal 192

- (1) Pengadaan Pegawai BLUD didasarkan pada formasi kebutuhan yang disusun berdasarkan:
 - a. jenis dan sifat pelayanan yang diberikan;
 - b. kemampuan pendapatan operasional;
 - c. sarana dan prasarana yang tersedia;
 - d. uraian dan peta jabatan/analisa beban kerja;
- (2) Formasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan terlebih dahulu kepada Bupati selaku pemilik BLUD untuk mendapatkan persetujuan
- (3) Ketentuan mengenai Formasi diatur lebih lanjut dengan Keputusan Direktur.
- (4) Ketentuan mengenai Persyaratan dan tata cara seleksi penerimaan Pegawai BLUD selanjutnya diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 5

Hari kerja

Pasal 193

Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang maksimal, efektif dan efisien maka perlu ditentukan hari kerja dan jam kerja pegawai yang ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

BAB XI
MANAJEMEN SUMBER DAYA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 194

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

Pasal 195

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

Bagian Kedua

Perencanaan

Pasal 196

- (1) RSUD menyusun analisa kebutuhan Sumber Daya yang merupakan Usulan dari seluruh komponen rumah sakit dan dituangkan dalam Rencana Kerja Unit (RKU).
- (2) Rencana Kerja Unit (RKU) sebagaimana dimaksud ayat (1) dibuat masing-masing Unit dalam format yang ditetapkan Direktur.
- (3) Rencana Kerja Unit merupakan tahapan dalam proses perencanaan Rumah Sakit, berdasarkan:
 - a. Renstra Rumah Sakit;
 - b. Target capaian terhadap status akreditasi dan program kerja Rumah Sakit;
 - c. Laporan Kinerja pada periode sebelumnya;
 - d. Kemampuan Sumber Daya Rumah Sakit;
 - e. Resiko yang dihadapi dalam proses pelaksanaan kegiatan dalam program kerja.

Bagian Ketiga

Pengadaan

Pasal 197

- (1) Pengadaan barang dan jasa dilakukan oleh Instalasi Pengadaan Barang dan Jasa yang ditetapkan oleh Direktur;
- (2) Pengadaan barang dan Jasa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mengacu pada DPA yang telah disahkan;
- (3) Rumah sakit dalam pembelian alat kesehatan, bahan medis bekas pakai dan obat yang beresiko termasuk vaksin, harus memperhatikan perihal sebagai berikut:
 - a. akte pendirian perusahaan dan pengesahan dari Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia;
 - b. Surat Izin Usaha Perusahaan (SIUP);
 - c. NPWP;
 - d. Izin Pedagang Besar Farmasi Penyalur Alat Kesehatan (PBF PAK);
 - e. Perjanjian Kerja Sama antara distributor dan prinsipal serta rumah sakit;
 - f. nama dan Surat izin Kerja Apoteker untuk apoteker penanggung jawab Pedagang Besar Farmasi;
 - g. alamat dan denah kantor Pedagang Besar Farmasi;
 - h. surat garansi jaminan keaslian produk yang didistribusikan (dari prinsipal).
- (5) Selain persyaratan sebagaimana diatur dalam ayat (3) diatas, untuk mengetahui keaslian produk yang akan diadakan Direktur melalui Instalasi Pengadaan Barang/ Jasa mencari data/ informasi tentang rantai distribusi obat, serta perbekalan farmasi yang aman untuk melindungi pasien dan staf dari produk yang berasal dari pasar gelap, palsu, terkontaminasi , atau cacat.

Bagian Keempat

Pengelolaan

Pasal 198

- (1) RSUD dalam melaksanakan pengelolaan sarana dan prasarana mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Direktur mengatur dan menetapkan Kebijakan Pengelolaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit.
- (3) Setiap Kepala Unit Kerja di lingkungan rumah sakit melakukan pengawasan atas penyelenggaraan pengelolaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Unit kerja di lingkungan rumah sakit wajib mengelola dan menatausahakan sarana dan prasarana rumah sakit yang berada dalam pengawasannya dengan sebaik-baiknya.

Pasal 199

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

Pasal 200

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

BAB XII

MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Pasal 201

- (1) Direktur merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (2) Direktur, para pimpinan klinis, dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien.
- (3) Direktur bertanggungjawab memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen rumah sakit terhadap mutu.
- (4) Direktur mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi rumah sakit serta dukungan pemilik rumah sakit membentuk suatu budaya mutu di rumah sakit.
- (5) Direktur memilih pendekatan yang digunakan oleh rumah sakit untuk mengukur, menilai serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
- (6) Pengukuran mutu dilakukan menggunakan indikator mutu di tingkat rumah sakit dan di tingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.
- (7) Direktur menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien untuk mengatur dan mengarahkan pelaksanaan setiap harinya.
- (8) Direktur dapat membentuk Komite Peningkatan Mutu dan Komite Keselamatan Pasien.
- (9) Direktur menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di rumah sakit untuk memastikan koordinasi diseluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan.
- (10) Direktur bertanggungjawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik sebagai berikut:
 - a. setiap tiga bulan yang meliputi capaian dan analisis indikator mutu area klinis, area manajemen, sasaran keselamatan pasien, capaian implementasi panduan praktik klinik, dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien.
 - b. setiap 6 bulan Direktur Rumah Sakit melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik antara lain mencakup:
 1. jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan / insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya.
 2. Apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut.

3. Tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respon terhadap kejadian tersebut.
 4. Apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.
- c. khusus untuk kejadian sentinel, Direktur Rumah Sakit wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan Dewan Pengawas RSUD Ratu Aji Putri Botung paling lambat 2 x 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 hari.
- (11) Direktur menetapkan Regulasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang dapat berbentuk Pedoman dan prosedur lainnya berisi sebagai berikut:
- a. penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur, serta mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - b. peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - c. peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat rumah sakit (indikator area klinik, area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien) serta keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah;
 - d. peran Direktur dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai area focus untuk perbaikan;
 - e. monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan dan bagaimana melakukan monitoringnya;
 - f. proses pengumpulan data, analisis, feedback, dan pemberian informasi kepada staf;
 - g. bagaimana alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik rumah sakit;
 - h. bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan surveillance infeksi.
- (12) Direktur dengan para pimpinan dan Komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas rumah sakit dengan memperhatikan beberapa hal:
- a. misi Rumah Sakit;
 - b. data-data permasalahan yang ada (komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, terdapat kejadian tidak diharapkan);
 - c. terdapat sistem serta proses yang memperhatikan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak misalnya pelayanan pasien stroke yang dilakukan oleh lebih satu dokter spesialis saraf dan memperhatikan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi;

- d. dampak dan perbaikan misalnya penilaian perbaikan efisiensi suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan stroke, pelayanan jantung dan lainnya, dan/atau identifikasi pengurangan biaya serta sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Sehingga perlu pembuatan program (tool) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru;
 - e. dampak pada perbaikan sistem sehingga efek perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya sistem manajemen obat di rumah sakit;
 - f. riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk rumah sakit pendidikan.
- (13) Direktur membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan mengembangkan standarisasi proses dan hasil asuhan klinis pelayanan prioritas serta mengembangkan pengukuran mutu klinis, manajerial, dan penerapan sasaran keselamatan pasien.
- (14) Dalam Pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit, Direktur dapat menetapkan kebijakan dan/atau Standar Prosedur Operasional.
- (15) Dalam rangka pengawasan kegiatan operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pengawasan mutu pelayanan, Direktur dapat menetapkan Komite Mutu yang bekerja dibawah koordinasi SPI.

BAB XIII

MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN KERJA

Pasal 202

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS).
- (2) Penyelenggaraan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. membentuk dan mengembangkan Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit; dan
 - b. menerapkan standar K3RS.
- (3) Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja (SMK3) RSUD meliputi:
- a. penetapan kebijakan K3RS;
 - b. perencanaan K3RS;
 - c. pelaksanaan rencana K3RS;
 - d. pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS; dan
 - e. peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS.
- (4) Kebijakan K3RS sebagaimana yang dimaksud ditetapkan secara tertulis dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit dan disosialisasikan ke seluruh SDM Rumah Sakit.

- (5) Kebijakan K3RS meliputi:
 - a. penetapan kebijakan dan tujuan dari program K3RS;
 - b. penetapan organisasi K3RS; dan
 - c. penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana.
- (6) Perencanaan K3RS sebagaimana dimaksud dibuat berdasarkan manajemen risiko K3RS, peraturan perundang-undangan, dan persyaratan lainnya.
- (7) Perencanaan K3RS ditetapkan oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit.
- (8) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud meliputi:
 - a. manajemen risiko K3RS;
 - b. keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit;
 - c. pelayanan Kesehatan Kerja;
 - d. pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
 - e. pencegahan dan pengendalian kebakaran;
 - f. pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
 - g. pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja; dan
 - h. kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.
- (9) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud harus didukung oleh sumber daya manusia di bidang K3RS, sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai.
- (10) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilakukan oleh sumber daya manusia di bidang K3RS yang ditugaskan oleh Direktur.
- (11) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal SMK3 Rumah Sakit.
- (12) Hasil pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.
- (13) Peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilakukan untuk menjamin kesesuaian dan efektivitas penerapan SMK3 Rumah Sakit.
- (14) Peninjauan sebagaimana dimaksud dilakukan terhadap penetapan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan rencana, dan pemantauan dan evaluasi.
- (15) Hasil peninjauan sebagaimana digunakan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja K3RS.

BAB XIV

MANAJEMEN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Pasal 203

- (1) Direktur menetapkan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Direktur Bertanggung jawab terhadap tersedianya fasilitas sarana dan prasarana termasuk anggaran yang dibutuhkan untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi
- (3) Direktur menentukan kebijakan strategi pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi:
 - a. Pelaksanaan kebersihan tangan;
 - b. Penggunaan APD yang tepat sesuai level resiko;
 - c. Surveilans resiko infeksi;
 - d. Investigasi wabah (outbreak) penyakit infeksi;
 - e. Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikroba secara aman;
 - f. Asesmen berkala terhadap resiko;
 - g. Menerapkan sasaran penurunan resiko;
 - h. Mengukur dan mereview resiko infeksi.
- (4) Direktur mengadakan evaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- (5) Direktur mengadakan evaluasi kebijakan pemakaian antibiotika yang rasional dan desinfektan di rumah sakit berdasarkan saran dari komite Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI).
- (6) Direktur menutup suatu unit perawatan atau instalasi yang dianggap potensial menularkan penyakit untuk beberapa waktu sesuai kebutuhan berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- (7) Dalam pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit terkait Pencegahan dan pengendalian Infeksi, Direktur mengesahkan Regulasi dan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (8) Direktur memfasilitasi kebutuhan program kesehatan kerja atau karyawan terutama bagi petugas di area beresiko.

BAB XV
MANAJEMEN KONTRAK

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 204

- (1) RSUD dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain, untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan.
- (2) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan saling menguntungkan.
- (3) Prinsip saling menguntungkan sebagaimana pada ayat (2) dapat berbentuk finansial dan/atau non finansial.
- (4) Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) meliputi:
 - a. kerja sama operasional;
 - b. kerja sama pemanfaatan barang milik Daerah;
 - c. kerja sama klinis (kontrak klinis);
 - d. kerja sama manajemen (kontrak manajemen).
- (5) Penatalaksanaan Kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud ayat (4) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Bagian Kedua

Pengelolaan Jenis Kerja Sama

Pasal 205

- (1) Kerja Sama Operasional sebagaimana dimaksud pada Pasal 204 ayat (4) huruf a dilakukan melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan mitra kerja sama dengan tidak menggunakan atau menggunakan barang milik Daerah.
- (2) Kerjasama Pemanfaatan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada Pasal 204 ayat (4) huruf b dilakukan melalui pendayagunaan barang milik Daerah dan/atau optimalisasi barang milik Daerah dengan tidak mengubah status kepemilikan untuk memperoleh pendapatan dan tidak mengurangi kualitas.
- (3) Kerjasama Klinis (Kontrak Klinis) sebagaimana dimaksud Pasal 204 ayat (4) huruf c dapat dilakukan dengan Tenaga Staf Medis Spesialis, Spesialis Konsultan, Subspesialis, berdasarkan analisis kebutuhan Rumah Sakit berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh Kelompok Staf Medis Fungsional dengan Wakil Direktur Pelayanan setelah mendapat persetujuan dari Direktur atas usulan dari Ketua Komite Medik.
- (4) Kontrak Klinis dengan Tenaga Staf Medis /Individu Staf Klinis Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dilengkapi Pakta Integritas Staf Klinis untuk mematuhi Peraturan perundang-undangan dan Regulasi Rumah Sakit.

- (5) Regulasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud ayat (4) meliputi Kredensial, Rekredensial, Penilaian Kinerja, Standar Prosedur Operasional (SPO), Kode Etik, dan Peraturan Perundang-Undangan yang mengatur tentang Rumah Sakit.
- (6) Selain Kerjasama Klinis (Kontrak Klinis) sebagaimana dimaksud ayat (4) Rumah Sakit juga dapat Kerjasama dengan Badan Hukum/ Institusi dalam rangka pelaksanaan bidang kesehatan sebagai Rumah Sakit Rujukan Regional.
- (7) Kerjasama Manajemen (Kontrak Manajemen) sebagaimana dimaksud Pasal 204 ayat (4) huruf d dilakukan dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan operasional Rumah Sakit dan kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan Badan Hukum/ Institusi yaitu:
 - a. Kerjasama Penunjang Medis / Non Medis.
 - b. Kerjasama pelaksanaan sebagai Rumah Sakit Pendidikan dan Pengembangan Penelitian.
- (8) Kontrak manajemen sebagaimana dimaksud ayat (7) huruf a dapat meliputi kontrak untuk alat laboratorium, peralatan kedokteran, peralatan penunjang medis, obat-obatan, kontrak pelayanan, kontrak sumber daya manusia, pelayanan akuntansi keuangan, kebersihan, kerumahtanggaan seperti petugas keamanan, parkir, makanan, linen/laundry, pengolah limbah dan kontak manajemen lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit
- (9) Pendapatan yang berasal dari kerjasama sebagaimana dimaksud Pasal 204 ayat (4) yang sepenuhnya untuk menyelenggarakan tugas dan fungsi kegiatan Rumah Sakit merupakan pendapatan Rumah Sakit.
- (10) Pembiayaan yang timbul akibat dilakukannya kerjasama sebagaimana dimaksud Pasal 204 ayat (4) dibebankan pada anggaran fungsional Rumah Sakit berdasarkan kesepakatan kedua pihak.
- (11) Pemanfaatan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada Pasal 204 ayat (4) huruf b mengikuti peraturan perundang_undangan.
- (12) Direktur rumah sakit menjabarkan secara tertulis jenis dan ruang lingkup, sifat dan cakupan pelayanan yang disediakan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.
- (13) Direktur rumah sakit bertanggung jawab terhadap kerjasama (kontrak) atau pengaturan lainnya.
- (14) Kepala Bidang/ Bagian secara berjenjang berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan kontrak manajemen.
- (15) Tata cara pelaksanaan kerjasama/kontrak selanjutnya diatur dengan Peraturan Direktur.

Bagian Ketiga

Evaluasi Kontrak

Pasal 206

- (1) Rumah sakit melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien berdasarkan atas kontrak atau perjanjian kerjasama lainnya.

- (2) Kontrak dan perjanjian kerjasama lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan berdasarkan kontrak tersebut.
- (3) Setiap kerjasama /kontrak yang telah dilengkapi indikator mutu harus dilaporkan ke rumah sakit sesuai dengan mekanisme pelaporan mutu di rumah sakit.
- (4) Kepala Bidang/Bagian melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen dibawah tanggungjawabnya.

BAB XVI

MANAJEMEN PENDIDIKAN, PELATIHAN DAN PENELITIAN

Bagian Kesatu

Pendidikan dan Pelatihan

Pasal 207

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

Pasal 208

Monitoring dan kendali mutu pendidikan dan pelatihan dilaksanakan oleh Tim Diklat dan Satuan Pengawas Internal (SPI) rumah sakit.

Pasal 209

Tim Diklat dan Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 208 dibentuk dengan Keputusan Direktur.

Bagian Kedua

Praktek Klinik Mahasiswa

Pasal 210

- (1) Salah satu pelayanan Rumah sakit yaitu menjadi lahan praktik klinik, tempat magang mahasiswa/ Siswa;
- (2) Pengelolaan pelaksanaan praktik klinik bagi mahasiswa mahasiswa tenaga keperawatan serta mahasiswa tenaga kesehatan lainnya diatur dalam Keputusan Direktur.

Pasal 211

- (1) Rumah sakit memberikan pembekalan kepada mahasiswa praktik klinik sebelum menjalankan praktik klinik dengan materi paling sedikit meliputi :
 - a. profil rumah sakit;
 - b. program peningkatan mutu rumah sakit;
 - c. program Keselamatan pasien rumah sakit;
 - d. program pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - e. program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) rumah sakit;
 - f. bantuan hidup dasar (BHD);
 - g. komunikasi efektif.
- (2) Rumah sakit menyediakan pendamping klinik dan atau pembimbing klinik.

Bagian Ketiga

Penelitian

Pasal 212

- (1) Orang Pribadi/Badan Hukum/Instansi dapat melakukan penelitian/pengambilan data di rumah sakit dengan memenuhi syarat dan ketentuan yang berlaku;
- (2) Rumah sakit membentuk Komisi Etik Penelitian Kesehatan untuk melakukan kaji etik penelitian;
- (3) Penelitian kesehatan yang dilakukan di rumah sakit harus memiliki surat keterangan lolos Kaji Etik Penelitian dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan rumah sakit dan atau Komisi Etik Penelitian Kesehatan yang terakreditasi.

BAB XVII

MANAJEMEN ETIK

Pasal 213

- (1) Rumah sakit menetapkan regulasi etik sebagai sarana edukasi untuk seluruh staf rumah sakit.
- (2) regulasi etik sebagaimana dimaksud ayat (1) mengatur :
 - a. Tanggung jawab Direktur Rumah Sakit secara profesional dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan serta budaya kerja budaya kerja yang berpedoman pada etika dan perilaku etis termasuk etika pegawai;
 - b. Penerapan etika dengan bobot yang sama pada kegiatan bisnis/ manajemen maupun kegiatan klinis/pelayanan rumah sakit;
 - c. Acuan keselarasan antara kinerja dan sikap organisasi tenaga kesehatan dan staf rumah sakit dengan visi, misi dan pernyataan nilai nilai rumah sakit, serta kebijakan sumber daya manusia.

- d. Pedoman bagi tenaga kesehatan, staf, serta pasien dan keluarga pasien ketika menghadapi dilema etis dalam asuhan pasien seperti perselisihan antarprofesional serta perselisihan antara pasien dan dokter mengenai keputusan dalam asuhan dan pelayanan.
- e. Pertimbangan norma-norma nasional dan internasional berkaitan dengan penyusunan kerangka etik dan pedoman lainnya.

Pasal 214

Rumah sakit membentuk dan menetapkan Komite yang mengelola etik rumah sakit dengan keputusan Direktur.

Pasal 215

Rumah Sakit dalam menjalankan kegiatan secara etik harus :

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

BAB XVIII
MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN

Pasal 216

- (1) Direktur Rumah Sakit menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh área rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Direktur Rumah Sakit melaksanakan, melakukan monitor, dan mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh área rumah sakit.
- (3) Direktur Rumah Sakit menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf rumah sakit. Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan adalah:
 - a. Perilaku yang tidak layak (*inappropriate*) seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat atau memaki;
 - b. Perilaku yang mengganggu (*disruptive*) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau non verbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, dan celetukan maut adalah komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain.
 - c. Perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama dan suku termasuk gender;
 - d. Pelecehan seksual.
- (4) Hal-hal penting menuju budaya keselamatan:
 - a. Staf Rumah Sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit beresiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman;
 - b. regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera;
 - c. Direktur Rumah Sakit mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
 - d. mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.
- (5) Direktur Rumah Sakit melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data dan diskusi kelompok.
- (6) Direktur Rumah Sakit mendorong agar terbentuk kerjasama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini.

- (7) Direktur Rumah Sakit menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau dokter part time, serta anggota representasi pemilik.
- (8) Direktur Rumah Sakit mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas.
- (9) Direktur Rumah Sakit mengidentifikasi, mendokumentasi, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima.
- (10) Direktur Rumah Sakit menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi yang terkait dengan budaya keselamatan rumah sakit dapat diidentifikasi dan dikendalikan.
- (11) Direktur Rumah Sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam rumah sakit.
- (12) Direktur Rumah Sakit menetapkan sistem menjaga kerahasiaan, sederhana, dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam rumah sakit secara tepat waktu.
- (13) Direktur melakukan investigasi secara tepat waktu terhadap laporan terkait budaya keselamatan rumah sakit.
- (14) Dilakukan identifikasi masalah pada sistem yang menyebabkan tenaga kesehatan melakukan perilaku yang berbahaya.
- (15) Direktur Rumah sakit menggunakan pengukuran/indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam rumah sakit serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tersebut.
- (16) Direktur Rumah Sakit menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian / dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan.

BAB XIX

MANAJEMEN PENANGANAN PENGADUAN

Bagian Kesatu

Pengaduan Internal dan Eksternal

Pasal 217

- (1) Pengaduan Internal merupakan pengaduan di lingkup Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Aji Putri Botung
- (2) Pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat berupa:
 - a. pengaduan ketidakpuasan, dan /atau keluhan Pegawai Rumah Sakit terhadap Manajemen Rumah Sakit;
 - b. pelanggaran pelaksanaan tugas dan fungsi yang dilakukan Pegawai;
 - c. informasi tentang dugaan pelanggaran kode etik dan perilaku;

Pasal 218

- (1) Pengaduan Eksternal adalah pengaduan yang dilakukan oleh masyarakat baik perseorangan maupun kelompok terhadap Rumah Sakit.
- (2) Pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat berupa informasi/pemberitahuan berisi keluhan, dan /atau ketidakpuasan terkait dengan perilaku/pelayanan langsung maupun tidak langsung yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit Umum.
- (3) Pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat disampaikan dengan Surat resmi maupun secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.
- (4) Pengaduan sebagaimana dimaksud dan ayat (3) dapat disampaikan melalui kotak saran, media elektronik, media cetak, dan secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.

Bagian Kedua

Penanganan Pengaduan

Pasal 219

- (1) Penanganan terhadap pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 217 ayat (2) huruf a dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit, harus diselesaikan dengan cara musyawarah dan mufakat.
- (2) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 217 ayat (2) huruf b dilakukan oleh Atasan Langsung Pegawai dimaksud secara berjenjang.
- (3) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 217 ayat (2) huruf c dilakukan oleh Komite Etik Rumah Sakit, Sub Komite Etik Komite Medik dan Sub Komite Etik Komite Keperawatan.
- (4) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 217 ayat (1) dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit melalui Tim Penanganan Pengaduan.
- (5) Tim penanganan pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (4) ditetapkan dengan Keputusan Direktur

BAB XX

MANAJEMEN PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT DAN SUMBER DAYA LAIN

Pasal 220

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

Pasal 221

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 220 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, yang terdiri dari limbah medis dan limbah non medis.
- (2) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan perundang-undangan.

Pasal 222

- (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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.

BAB XXI

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 223

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit, Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dengan Peraturan Bupati.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diusulkan oleh Direktur.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

Pasal 224

Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 223 ayat (3) harus memenuhi persyaratan :

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

Pasal 225

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 224 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.

- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 224 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 224 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 224 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 224 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

BAB XXII

EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pasal 226

Bupati melakukan penilaian Kinerja terhadap Dewan Pengawas.

Pasal 227

- (1) Dewan Pengawas melakukan Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD dilakukan setiap tahun oleh Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan setiap tahun terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (3) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan BLUD sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.
- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja terhadap aspek keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diukur paling sedikit meliputi:
 - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas) ;
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja terhadap aspek non keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (6) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

- (7) Evaluasi dan Penilaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) didasarkan pada laporan pelaksanaan tugas dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan.

Pasal 228

Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 227 ayat (1) dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

Pasal 229

Direktur melakukan penilaian kinerja terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi Staf Medis sesuai ketentuan yang berlaku.

Pasal 230

Evaluasi yang menyangkut keprofesian Staf Medis dilakukan oleh Komite medik sesuai ketentuan yang berlaku.

BAB XXIII

INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu

Hak dan Kewajiban RSUD

Pasal 231

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

Bagian Kedua

Hak dan Kewajiban Dokter Rumah Sakit

Pasal 232

- (1) Dokter Rumah Sakit berhak mendapatkan mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya.
- (2) Dokter Rumah Sakit berkewajiban untuk:
 - a. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan

- b. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, etika dan hukum profesi kedokteran.

Bagian Ketiga

Hak dan Kewajiban Pasien Rumah Sakit

Pasal 233

(1) Pasien Rumah Sakit berhak untuk:

- a. memperoleh informasi tentang tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
- c. memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi;
- d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya termasuk data-data medisnya;
- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternative tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan, atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;

- q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana;
 - r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui medis cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pasien Rumah Sakit berkewajiban untuk:
- a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya; dan
 - b. mentaati seluruh prosedur yang berlaku di Rumah Sakit.

BAB XXIV

TUNTUTAN HUKUM DAN PEMBERIAN BANTUAN HUKUM

Pasal 234

- (1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit dituntut berkaitan dengan hukuman pidana dan/atau perdata, maka tindak lanjut berdasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan merupakan kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka Rumah Sakit bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan/SPO yang telah ditetapkan.
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu yang tidak mematuhi aturan/SPO yang telah ditetapkan, maka Rumah Sakit tidak bertanggung jawab atas tuntutan tersebut.
- (4) Apabila hasil penelitian menunjukkan kebenaran dugaan pelanggaran, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberlakukan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (5) Pemerintah Daerah dapat menyediakan anggaran terhadap kasus penyelesaian hukum terhadap masyarakat sebagai perlindungan hukum dan bantuan hukum sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud ayat (5) dilakukan sesuai mekanisme permohonan dari pihak berwajib / penegak hukum.
- (7) Mekanisme pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud ayat (6) dilakukan dengan mekanisme permohonan dari Penegak Hukum melalui RSUD Disampaikan kepada Bagian Hukum Sekretariat Daerah.
- (8) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud ayat (7) dengan anggaran APBD Kabupaten Penajam Paser Utara

BAB XXV
PENGISIAN JABATAN

Pasal 235

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati dari Pegawai Aparatur Sipil Negara / Non Aparatur Sipil Negara yang memenuhi syarat atas usul Sekretaris Daerah Kabupaten selaku Ketua Badan Pertimbangan Jabatan dan Kepangkatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (2) Jabatan Struktural selain Direktur diisi Pegawai Aparatur Sipil Negara atas usulan Direktur kepada Bupati sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (3) Pegawai Aparatur Sipil Negara yang menduduki jabatan pimpinan tinggi, jabatan administrator dan jabatan pengawas Rumah Sakit memenuhi persyaratan kompetensi:
 - a. teknis;
 - b. manajerial; dan
 - c. sosial kultural.
- (4) Selain memenuhi kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Pegawai Aparatur Sipil Negara yang menduduki jabatan harus memenuhi kompetensi Pemerintahan.
- (5) Kompetensi teknis sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf a diukur dari tingkat dan spesialisasi pendidikan, pelatihan teknis fungsional dan pengalaman bekerja secara teknis yang dibuktikan dengan sertifikasi.
- (6) Kompetensi manajerial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b diukur dari tingkat pendidikan, pelatihan struktural atau manajemen dan pengalaman kepemimpinan.
- (7) Kompetensi sosial kultural sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c diukur dari pengalaman kerja berkaitan dengan masyarakat majemuk dalam hal agama, suku dan budaya sehingga memiliki wawasan kebangsaan.
- (8) Kompetensi pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi kompetensi pengetahuan, sikap, dan ketrampilan yang terkait dengan kebijakan desentralisasi, hubungan Pemerintah Pusat dan Daerah, pemerintahan umum, pengelolaan keuangan daerah, Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah, hubungan Pemerintah Daerah Kabupaten dengan Dewan Perwakilan Rakyat Kabupaten, serta etika pemerintahan.
- (9) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XXVI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 237

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku:

- a. Peraturan Bupati Penajam Paser Utara Nomor 13 Tahun 2011 tentang Tata Kelola Rumah Sakit (Hospital By Laws) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara (Berita Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Tahun 2011 Nomor 13); dan
- b. Peraturan Bupati Penajam Paser Utara Nomor 22 Tahun 2016 Tentang Petunjuk Teknis Pembentukan Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Tahun 2016 Nomor 22);

dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 238

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Penajam
pada tanggal 20 Desember 2023
Pj.BUPATI PENAJAM PASER UTARA,

Ttd

MAKMUR MARBUN

Diundangkan di Penajam
pada tanggal 20 Desember 2023
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA,

Ttd

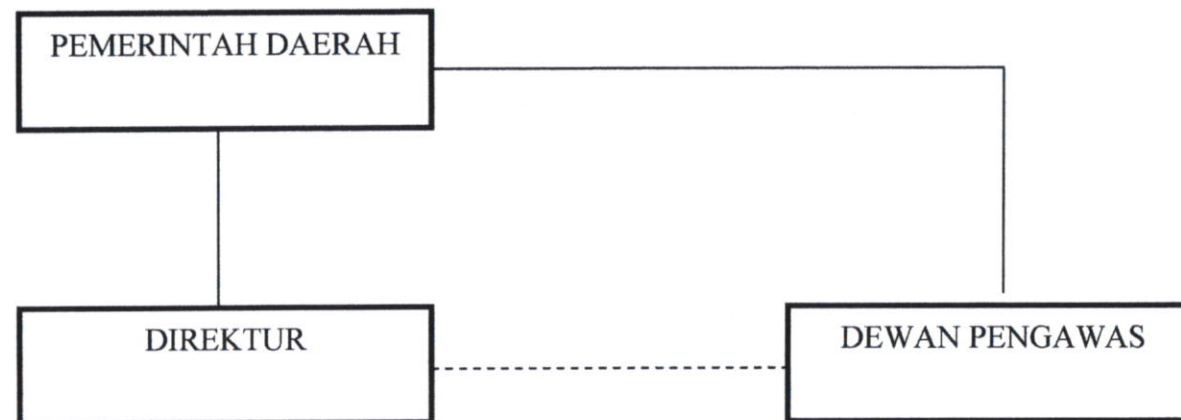
TOHAR

BERITA DAERAH KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA TAHUN 2023 NOMOR 34.



LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI PENAJAM PASER UTARA
NOMOR 34 TAHUN 2023
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
RATU AJI PUTRI BOTUNG

STRUKTUR KOORDINASI DEWAN PENGAWAS
SEBAGAI REPRESENTASI PEMILIK RSUD



Pitono, S.H.,M.H.
NIP. 19730117 200604 1 008

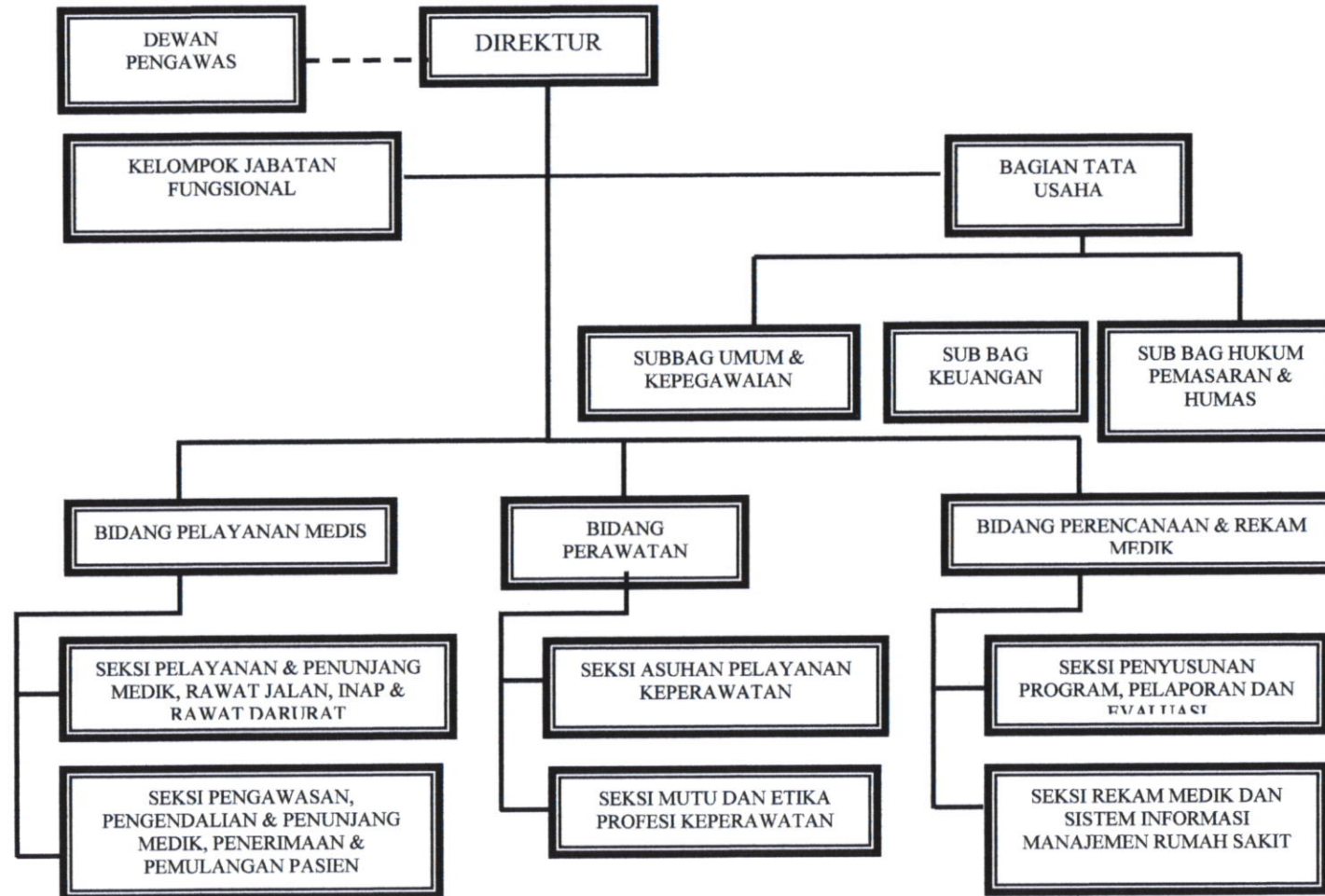
Pj.BUPATI PENAJAM PASER UTARA,

Ttd

MAKMUR MARBUN

LAMPIRAN II
PERATURAN BUPATI PENAJAM PASER UTARA
NOMOR 34 TAHUN 2023
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
RATU AJI PUTRI BOTUNG

BAGAN SUSUNAN ORGANISASI RSUD RATU AJI PUTRI BOTUNG



sesuai dengan aslinya
SEKRETARIAT DAERAH
PENAJAM PASER UTARA
Kantor Bagian Hukum,
Pitono, S.H.,M.H.
NIP. 19730117 200604 1 008

Pj.BUPATI PENAJAM PASER UTARA,

Ttd

MAKMUR MARBUN