



GUBERNUR JAWA TIMUR

PERATURAN GUBERNUR JAWA TIMUR

NOMOR 26 TAHUN 2017

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*)  
RUMAH SAKIT KUSTA KEDIRI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR JAWA TIMUR,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Kusta Kediri.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1950 tentang Pembentukan Propinsi Djawa Timur (Himpunan Peraturan-Peraturan Negara Tahun 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 18 Tahun 1950 tentang Perubahan dalam Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1950 (Himpunan Peraturan-Peraturan Negara Tahun 1950);  
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);  
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);  
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);

5. Undang-Undang

5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 1441, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);

13. Peraturan

13. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
14. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
15. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor PER/02/M.PAN/1/2007 tentang Pedoman Organisasi Satuan Kerja di Lingkungan Instansi Pemerintah Yang Menerapkan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 147/MENKES/PER/I/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medis di Rumah Sakit;

### 23. Keputusan

23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*);
25. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
26. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 922/MENKES/SK/X/2008 tentang Pedoman Teknis Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan antara Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota;
27. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 30 Tahun 2013 tentang Pengangkatan dan Pemberhentian Pegawai Badan Layanan Umum Daerah Non PNS;
28. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 98 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerapan Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah Provinsi Jawa Timur sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Gubernur Nomor 38 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 98 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerapan Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah Provinsi Jawa Timur;
29. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 49 Tahun 2015 tentang Pedoman Teknis Penetapan Remunerasi Bagi Pejabat Pengelola Pegawai dan Dewan Pengawas Badan Layanan Umum Daerah Provinsi Jawa Timur;
30. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 57 Tahun 2015 tentang Tarif Layanan dan Pemakaian Kekayaan Daerah pada BLUD Unit Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur;
31. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 104 Tahun 2016 tentang Nomenklatur, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

MEMUTUSKAN

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG PERATURAN INTERNAL  
(*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT KUSTA KEDIRI.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan :

1. Provinsi adalah Provinsi Jawa Timur.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Timur.
3. Gubernur adalah Gubernur Provinsi Jawa Timur.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
5. Unit Pelaksana Teknis yang selanjutnya disingkat UPT adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
6. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Kusta Kediri yang merupakan UPT Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
7. Direktur adalah Kepala UPT Rumah Sakit Kusta Kediri sekaligus sebagai pemimpin Badan Layanan Umum Daerah.
8. Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Provinsi Jawa Timur.
9. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari Direktur Rumah Sakit Kusta dan Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Kepala Seksi Upaya Kesehatan Masyarakat dan Penelitian dan Pengembangan, Kepala Seksi Pelayanan Medis.
10. Jabatan fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak seseorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
11. Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit meliputi peraturan Internal Korporasi, peraturan Internal Staf Medis dan peraturan Internal Staf Keperawatan.

12. Peraturan

12. Peraturan Internal Korporasi (*corporate bylaws*) 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.
13. Peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga Profesionalisme Staf Medis di Rumah Sakit.
14. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
15. Pola Pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah Pola Pengelolaan Keuangan BLUD yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
16. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
17. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
18. Unit pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu Rawat Jalan, Rawat Inap, Gawat Darurat, Rawat Intensif, Kamar Operasi, Radiologi, Laboratorium, Kemoterapi, PONEK, Fisioterapi, Prothesa, Farmasi, Gizi.
19. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

20. Sub Komite

20. Sub Komite adalah kelompok kerja di bawah Komite Medis yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus, yang anggotanya terdiri dari staf medis dan tenaga profesi lainnya
21. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).
22. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Kepala UPT rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
23. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
24. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
25. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
26. Dokter mitra adalah dokter yang direkrut oleh rumah sakit karena keahliannya, berkedudukan sejajar dengan rumah sakit, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional sesuai kesepakatan atau ketentuan yang berlaku di rumah sakit.
27. Dokter tamu adalah dokter yang karena keahlian atau reputasinya diundang oleh rumah sakit untuk melakukan tindakan yang tidak atau belum dapat dilakukan oleh staf medis yang ada di rumah sakit atau untuk melaksanakan alih ilmu pengetahuan dan teknologi.
28. Satuan Pengawas Intern yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.

29. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah Pegawai Negeri Sipil pada Rumah Sakit Kusta Kediri yang ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan kepegawaian.
30. Pegawai Non PNS adalah pegawai yang berkedudukan bukan pegawai negeri sipil direkrut oleh rumah sakit berdasarkan formasi kebutuhan rumah sakit.

## BAB II

### RUANG LINGKUP

#### Pasal 2

- (1) Peraturan Gubernur ini mengatur mengenai Tata Kelola (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Kusta Kediri terdiri dari Tata Kelola Korporasi, Tata Kelola Staf Medis dan Tata Kelola Keperawatan serta hal-hal lain yang berhubungan dengan pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Tata Kelola (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Kusta Kediri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan peraturan internal, yang didalamnya memuat:
  - a. struktur organisasi;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan tugas dan fungsi-fungsi logis;
  - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (3) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (4) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (5) Pengelompokan fungsi logis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan kesehatan dan fungsi penunjang yang sesuai dengan prinsip pengendalian internal dalam rangka efektifitas dan efisiensi pencapaian tujuan organisasi.
- (6) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitas dan kompetensi untuk mencapai tujuan organisasi secara efisien, efektif dan produktif.

#### Pasal 3



Pasal 3

- (1) Tata Kelola (*Hospital By Laws*) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
  - a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. responsibilitas; dan
  - d. independensi.
- (2) Transparansi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan memperoleh informasi, yang secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
- (3) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan pengelolaan organisasi yang diwujudkan dalam perencanaan, pelaksanaan, laporan/pertanggungjawaban, monitoring dan evaluasi dalam sistem pengelolaan keuangan, sumber daya manusia, pengelolaan aset dan pelayanan.
- (4) Responsibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kesesuaian dan kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat sesuai dengan perundang-undangan.
- (5) Independensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan, pengaruh dan tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan bisnis yang sehat.

BAB III

TATA KELOLA KORPORASI

Bagian Kesatu

Maksud dan Tujuan

Pasal 4

- (1) Tata Kelola Korporasi Rumah Sakit dimaksudkan sebagai pedoman bagi Rumah Sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Sakit.
- (2) Tata Kelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk :
  - a. tercapainya kerjasama yang baik antara Pemerintah Daerah, Pejabat Pengelola, dan Staf Medis.
  - b. memacu

- b. memacu profesionalisme dengan tanggung jawab terhadap mutu layanan Rumah Sakit.
- c. memaksimalkan kinerja organisasi guna mewujudkan pelayanan prima yang profesional, beretika, dan berorientasi pada pelanggan dengan prinsip transparansi, akuntabilitas, dapat dipercaya dan memiliki daya saing yang kuat baik regional maupun nasional.
- d. mendorong pengelolaan Rumah Sakit yang profesional, transparan dan efisien, serta memberdayakan fungsi dan kemandirian.

Bagian Kedua  
Falsafah, Visi, Misi, Tujuan Strategis  
Nilai-Nilai Dasar, Identitas dan Lambang

Pasal 5

- (1) Dalam rangka mencapai pelayanan yang optimal dan profesional, Rumah Sakit mempunyai falsafah “Memberikan pelayanan kesehatan dengan mutu yang setinggi-tingginya dan melaksanakan tugas dan fungsi rumah sakit dengan sebaik-baiknya dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat”.
- (2) Untuk mewujudkan falsafah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai visi “Menjadi Rumah Sakit dengan Pelayanan Kesehatan Kusta secara Paripurna serta Pelayanan Kesehatan Umum Lainnya yang Berkualitas dan Terjangkau”.
- (3) Untuk mencapai visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Rumah Sakit mempunyai misi :
  - a. meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang terjangkau dan paripurna.
  - b. meningkatkan kuantitas dan kualitas sistem manajemen rumah sakit yang transparan dan akuntabel.
  - c. meningkatkan kerjasama dengan institusi kesehatan, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan.
- (4) Untuk mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), Rumah Sakit mempunyai tujuan strategis untuk :
  - a. menyediakan jasa unggulan berupa jasa layanan kesehatan berbasis teknologi informasi (trustworthy healing information).

b. menggunakan

- b. menggunakan teknologi unggulan berupa jasa layanan kesehatan dihasilkan melalui proses bisnis terintegrasi berbasis teknologi informasi.
  - c. modal manusia merupakan basis untuk membangun daya saing Rumah Sakit yang dikelola dengan sistem manajemen yang memperlakukan personel sebagai manusia berpengetahuan.
  - d. memiliki basis keuangan yang kuat.
- (5) Dalam memberikan pelayanan dalam rangka mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) Rumah Sakit menerapkan motto Melayani Dengan Sepenuh Hati
- (6) Dalam melakukan pelayanan guna mewujudkan visi, misi dan tujuan strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sampai dengan ayat (4) Rumah Sakit menerapkan nilai-nilai dasar adalah :
- a. berjiwa kepemimpinan;
  - b. memiliki integritas kejujuran;
  - c. keramahan;
  - d. menghargai perbedaan dan berwawasan lingkungan; dan
  - e. menghasilkan produk layanan prima yang bernilai ekonomis bagi pelanggan dan organisasi.

### Bagian Ketiga

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

#### Pasal 6

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai UPT Dinas Kesehatan dibawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif penyakit kusta dan penelitian pengembangan penyakit kusta serta melaksanakan UKM Strata II di wilayah kerjanya.
- (3) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), rumah sakit mempunyai fungsi :
- a. penyusunan rencana dan program rumah sakit kusta;
  - b. pelaksanaan ketatausahaan;
  - c. pengawasan dan pengendalian operasional rumah sakit kusta;

d. pelayanan

- d. pelayanan medis penyakit kusta;
- e. penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan non medis;
- f. pelaksanaan pelayanan kesehatan umum masyarakat;
- g. penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
- h. penyelenggaraan pelayanan rujukan pasien, spesimen, Iptek dan program;
- i. penyelenggaraan koordinasi dan kemitraan kegiatan rumah sakit kusta;
- j. penyelenggaraan penelitian, pengembangan dan diklat;
- k. pelaksanaan monitoring dan evaluasi program;
- l. pelaksanaan pembinaan wilayah di bidang teknis;
- m. pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) baik UKP maupun UKM di dalam gedung maupun di luar gedung di wilayah kerjanya; dan
- n. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Dinas.

Bagian Keempat  
Kedudukan Pemerintah Daerah Provinsi

Pasal 7

- (1) Pemerintah Daerah Provinsi bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Daerah Provinsi mempunyai kewenangan:
  - a. menetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) dan Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit beserta perubahannya;
  - b. mengangkat, menetapkan dan memberhentikan Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural dan Dewan Pengawas, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - e. menyetujui dan mengesahkan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) dan Rencana Strategis Bisnis (RSB);
  - g. melakukan evaluasi dan/atau meminta laporan mengenai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan.

(2) Tanggung

- (3) Tanggung jawab Pemerintah Daerah yaitu:
- a. Pemerintah Provinsi bertanggung jawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen.

Bagian Kelima  
Pejabat Pengelola  
Paragraf 1  
Susunan

Pasal 8

- (1) Susunan Pejabat Pengelola Rumah Sakit terdiri atas :
  - a. Direktur;
  - b. Kepala Sub Bagian Tata Usaha;
  - c. Kepala Seksi Pelayanan Medis; dan
  - d. Kepala Seksi UKM dan Litbang
- (2) Susunan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (3) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Gubernur.

Paragraf 2  
Direktur

Pasal 9

Direktur bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Kepala Dinas terhadap operasional dan keuangan rumah sakit secara umum dan keseluruhan.

Pasal 10

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi seorang Direktur adalah:

- a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;

d. tidak

- d. tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di Rumah Sakit.

#### Pasal 11

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 mempunyai tugas memimpin dan membina, mengkoordinasikan, mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap pelaksanaan tugas rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur mempunyai kewenangan:
  - a. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di rumah sakit;
  - b. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
  - c. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis, panduan dan prosedur tetap Rumah Sakit;
  - d. memberikan penghargaan kepada pegawai, karyawan dan profesional yang berprestasi sesuai peraturan perundang-undangan;
  - e. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
  - f. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Gubernur;
  - g. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen manakala diperlukan;
  - h. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
  - i. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
  - j. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya; dan
  - k. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola dibawahnya.
- (3) Dalam pelaksanaan tugas dan kewenangannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) Direktur bertanggung jawab atas:
  - a. kebenaran kebijakan Rumah Sakit;
  - b. kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan rumah sakit;
  - c. kebenaran

- c. kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya; dan
- d. meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.

Paragraf 3

Kepala Sub Bagian Tata Usaha

Pasal 12

- (1) Kepala Sub Bagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf b merupakan pejabat struktural dibawah Direktur bertindak sebagai Pejabat Keuangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Sub Bagian Tata Usaha dibantu oleh:
  - a. Koordinator Kelompok Jabatan Umum dan Kepegawaian;
  - b. Koordinator Kelompok Jabatan Keuangan dan Anggaran; dan
  - c. Koordinator Kelompok Jabatan Perencanaan Rumah Sakit dan Pengembangan Sumber Daya Manusia.
- (3) Koordinator kelompok jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Koordinator kelompok jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mempunyai tugas dan fungsi sesuai dengan bidangnya dan bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Sub Bagian Tata Usaha.

Pasal 13

- Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Tata Usaha adalah:
- a. seorang dengan latar belakang pendidikan minimal S1 atau setara S1 yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman dilingkup administrasi rumah sakit, tata usaha, keuangan dan/atau akuntansi;
  - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan tata usaha guna kemandirian keuangan;
  - c. mampu memimpin, mengarahkan melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum, tata usaha dan keuangan Rumah Sakit;
  - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;

e. tidak

- e. tidak pernah menjadi pengelola dan/atau penanggung jawab keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit ;
- f. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
- g. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan tata usaha dan keuangan yang sehat di Rumah Sakit; dan
- h. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 14

- (1) Kepala Sub Bagian Tata Usaha, mempunyai tugas:
  - a. menyusun perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan surat menyurat, urusan rumah tangga, kehumasan dan protokol, kearsipan serta perpustakaan;
  - b. menyusun perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi administrasi kepegawaian serta pengembangan SDM;
  - c. menyusun perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi administrasi dan penatausahaan dan pengelola keuangan;
  - d. menyusun perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi perlengkapan peralatan kantor dan asset;
  - e. menyusun perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pengelolaan tata laksana dan tata kelola organisasi, peraturan perundang-undangan serta perizinan operasional serta peralatan penunjang medis dan non medis;
  - f. menyusun perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pelayanan penunjang yang meliputi pengelolaan Instalasi Pemeliharaan Sarana, Instalasi Pengelolaan Limbah dan lingkungan serta laundry/linen, ambulans, gudang, pengelolaan medis/penunjang medis, gas elpiji, penanggulangan kebakaran, teknik dan pemeliharaan fasilitas serta pengelolaan air bersih; dan
  - g. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.



Paragraf 4  
Kepala Seksi Pelayanan Medis

Pasal 15

- (1) Kepala Seksi Pelayanan Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf c merupakan pejabat struktural dibawah Direktur bertindak sebagai Pejabat Teknis
- (2) Dalam melaksanakan tugas, Kepala Seksi Pelayanan Medis dibantu oleh:
  - a. Koordinator Kelompok Jabatan Fungsional Medis;
  - b. Koordinator Kelompok Jabatan Fungsional Keperawatan; dan
  - c. Koordinator Kelompok Jabatan Fungsional Penunjang Medis.
- (3) Koordinator kelompok jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Koordinator kelompok jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mempunyai tugas dan fungsi sesuai dengan bidangnya dan bertanggung jawab kepada Direktur

Pasal 16

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Kepala Seksi Pelayanan Medis adalah sebagai berikut:

- a. seorang tenaga medis/Sarjana S2 manajemen rumah sakit yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang pengalaman di lingkup pelayanan medis;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan Medis yang profesional;
- c. mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan medis;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- e. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit; dan
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 17

Pasal 17

- (1) Kepala Seksi Pelayanan Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (1), mempunyai tugas:
  - a. menyusun perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program pelayanan medis, keperawatan dan penunjang ;
  - b. mengelola kegiatan pelayanan medis yang meliputi pelayanan gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, pelayanan kamar operasi serta pelayanan lainnya sesuai kebutuhan dan perkembangan di masyarakat;
  - c. mengelola kegiatan pelayanan keperawatan yang meliputi asuhan keperawatan dan/atau asuhan kebidanan dalam pelayanan gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, pelayanan kamar operasi serta pelayanan keperawatan lainnya sesuai kebutuhan dan perkembangan di masyarakat;
  - d. mengelola kegiatan pelayanan penunjang yang meliputi penunjang medis dan penunjang klinis yang terdiri dari rawat intensif, farmasi, radiologi, laboratorium, sanitasi, bagian pusat pelayanan sterilisasi (*central sterilization services department*), rekam medik, rehabilitasi medic (*ortotik prostetik dan fisioterapi*), gizi dan jasa boga, pemulasaraan jenazah serta pelayanan penunjang lainnya sesuai kebutuhan dan perkembangan di masyarakat;
  - e. mengelola data dan informasi yang berkaitan dengan pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis; dan
  - f. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

Paragraf 5

Seksi Upaya Kesehatan Masyarakat dan  
Penelitian dan Pengembangan

Pasal 18

- (1) Seksi Upaya Kesehatan Masyarakat dan Penelitian dan Pengembangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf d merupakan pejabat struktural dibawah Direktur bertindak sebagai Pejabat Teknis.

(2) Kepala

- (2) Kepala Seksi Upaya Kesehatan Masyarakat dan Penelitian dan Pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh Koordinator Kelompok Kerja Upaya Kesehatan Masyarakat dan Penelitian dan Pengembangan.
- (3) Koordinator kelompok jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Koordinator kelompok jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mempunyai tugas dan fungsi sesuai dengan bidangnya dan bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Upaya Kesehatan Masyarakat dan Penelitian dan Pengembangan.

#### Pasal 19

Persyaratan untuk dapat diangkat menjadi Kepala Seksi Upaya Kesehatan Masyarakat dan Penelitian dan Pengembangan adalah:

- a. seorang tenaga medis atau sarjana S2 non medik lainnya di bidang kesehatan yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman di lingkup upaya kesehatan masyarakat dan penelitian dan pengembangan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan upaya kesehatan masyarakat dan penelitian dan pengembangan yang profesional;
- c. mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi di lingkup upaya kesehatan masyarakat dan penelitian dan pengembangan;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- e. berstatus PNS;
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit; dan
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

#### Pasal 20

Kepala Seksi Upaya Kesehatan Masyarakat dan Penelitian dan Pengembangan, mempunyai tugas:

- a. menyusun perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program kesehatan sesuai dengan program prioritas;
- b. mengkoordinasikan dan memfasilitasi kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat di wilayah binaan (kabupaten/kota);
- c. mengkoordinasi

- c. mengkoordinasi, menyelenggarakan serta memfasilitasi kegiatan pendidikan, penelitian dan pengembangan program pelayanan kesehatan;
- d. mengkoordinasi penyusunan perencanaan, monitoring dan evaluasi program;
- e. menyusun perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pelayanan penunjang yang meliputi Instalasi Pembuangan Limbah dan pengelolaan lingkungan, laundry dan penata graha, serta UKM;
- f. melaksanakan dan mengkoordinasi survey kepuasan masyarakat;
- g. mengelola Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit;
- h. mengelola data dan informasi yang berkaitan dengan kegiatan UKM dan Litbang rumah sakit;
- i. menyusun dan menganalisa program kerjasama di bidang pendidikan, pelatihan, penelitian dan pelayanan kesehatan termasuk sarana dan SDM.
- j. menyusun dan menganalisa laporan tahunan dan profil rumah sakit;
- k. menyusun perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program promosi serta pelayanan publik rumah sakit; dan
- l. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

Paragraf 6  
Pengangkatan

Pasal 21

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

Pasal 22

Pasal 22

- (1) Direktur yang berasal dari unsur PNS, merupakan pengguna anggaran/kuasa pengguna anggaran dan barang daerah,
- (2) Dalam hal Direktur berasal dari unsur non PNS, yang menjadi pengguna anggaran/kuasa pengguna anggaran dan barang daerah adalah Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Kepala Seksi Pelayanan Medis, atau Kepala Seksi Upaya Kesehatan Masyarakat dan Penelitian dan Pengembangan.

Paragraf 7

Pemberhentian

Pasal 23

- (1) Pejabat Pengelolaberhenti karena:
  - a. meninggal dunia;
  - b. memasuki masa pensiun.
- (2) Pejabat Pengelola dapat diberhentikan karena :
  - a. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
  - b. tidak melaksanakan tugas dan kewajiban dengan baik;
  - c. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
  - d. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan
  - e. Terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum.

Bagian Keenam

Organisasi Pelaksana

Paragraf 1

Instalasi

Pasal 24

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur, berdasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

(3) Instalasi

- (3) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Instalasi dibentuk dari gabungan beberapa unit pelayanan.
- (5) Kepala Instalasi atau bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medis.
- (6) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan Instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang/bagian dan/atau seksi/sub bagian terkait.
- (7) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (8) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Gubernur melalui Kepala Dinas Kesehatan.

#### Pasal 25

- (1) Kepala instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (3), mempunyai tugas:
  - a. membuat program, tujuan, dan sasaran kegiatan pelayanan di unit masing-masing;
  - b. mengelola sumber daya, aset dan bahan pakai habis pada Instalasi masing-masing;
  - c. membuat pedoman kerja, pengendalian mutu dan administrasi pada instalasi masing-masing; dan
  - d. melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kajian pekerjaan kepada Direktur.

#### Paragraf 2

#### Staf Fungsional

#### Pasal 26

- (1) Staf fungsional terdiri dari:
  - a. Staf Medis Fungsional;
  - b. Staf Keperawatan Fungsional; dan
  - c. Staf Fungsional lainnya.
- (2) Staf Medis Fungsional yang kemudian disingkat SMF, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan kelompok profesi medik terdiri dari dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang melaksanakan tugas profesi meliputi diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan di instalasi dalam jabatan fungsional.

(3) Staf

- (3) Staf Keperawatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kelompok profesi keperawatan yang melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan keperawatan di instalasi dalam jabatan fungsional;
- (4) Staf fungsional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan tenaga fungsional diluar tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) sesuai dengan peraturan perundang undangan yang berlaku.

#### Pasal 27

- (1) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.
- (2) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, staf fungsional dikelompokkan berdasarkan bidang keahliannya.

#### Bagian Ketujuh Organisasi Pendukung Paragraf 1 SPI

#### Pasal 28

- (1) Guna membantu Direktur dalam bidang pengawasan internal dan monitoring dibentuk SPI.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
  - a. melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan dan operasional rumah sakit;
  - b. menilai pengendalian pengelolaan/pelaksanaan kegiatan rumah sakit; dan
  - c. memberikan saran perbaikan kepada Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2),SPI mempunyai fungsi :
  - a. pengawasan terhadap segala kegiatan rumah sakit;
  - b. penelusuran kebenaran laporan atau informasi tentang penyimpangan yang terjadi; dan
  - c. pemantauan tindak lanjut hasil pemeriksaan aparat pengawas fungsional.

(4) SPI

- (4) SPI berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (5) SPI dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (6) Masa kerja SPI selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.

Paragraf 2

Komite

Pasal 29

- (1) Komite rumah sakit merupakan lembaga khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk tujuan dan tugas tertentu.
- (2) Rumah Sakit memiliki:
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Etik dan Hukum;
  - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
  - e. Komite Farmasi dan Terapi; dan
  - f. Komite Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien.
- (3) Setiap komite dipimpin oleh seorang ketua yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Setiap komite mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan profesi, memantau pelaksanaan standar profesi, melaksanakan pembinaan etika profesi dan memberikan saran pertimbangan dalam pengembangan pelayanan profesi.
- (5) Untuk membantu pelaksanaan tugas Komite dapat dibentuk Sub Komite dan/atau Panitia yang merupakan kelompok kerja tertentu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 30

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (2) huruf a merupakan organisasi non struktural dan bukan merupakan wadah perwakilan SMF.
- (2) Komite Medik berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur untuk hal-hal yang berkaitan dengan:
  - a. mutu pelayanan medis;
  - b. pembinaan etik kedokteran; dan
  - c. pengembangan profesi medis.

(3) Komite



- (3) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat(2) mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (4) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan bagi Komite Medik untuk melaksanakan fungsinya.

#### Pasal 31

- (1) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. anggota yang terdiri dari Sub Komite-Sub Komite
- (2) Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (3) Sekretaris Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (4) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (5) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit.

#### Pasal 32

- (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 medik di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:

##### 1. Kompetensi

1. Kompetensi;
  2. Kesehatan fisik dan mental;
  3. Perilaku;
  4. Etika profesi.
- c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap permohonan 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;
  - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik rumah sakit.
  - d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran.
  - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.
  - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di rumah sakit.
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

### Pasal 33

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang:

a. memberikan

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

#### Pasal 34

- (1) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (1) dibentuk Sub Komite.
- (2) Sub Komite dipimpin oleh seorang Ketua Sub Komite yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.
- (3) Sub Komite yang ada di Rumah Sakit Kusta Kediri terdiri dari
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

#### Pasal 35

- (1) Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (3) huruf a memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf medik di rumah sakit, sebagai upaya memproteksi masyarakat terhadap pelayanan staf medis yang tidak kompeten.
- (2) Sub Komite Kredensial terdiri dari:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

(3) Sub

- (3) Sub Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan Kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan.
- (4) Instrumen kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan oleh Direktur.

#### Pasal 36

Tata cara pelaksanaan kredensial, sebagai berikut:

- a. Staf medis mengajukan permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung;
- b. berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur kepada Komite Medik;
- c. Komite Medik, melalui Sub Komite Kredensial melakukan kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- d. Sub Komite Kredensial menyampaikan hasil rekredensial berupa masukan kepada Komite Medik.
- e. Berdasarkan masukan Sub Komite Kredensial, Komite Medik memberikan rekomendasi kepada Direktur.
- f. berdasarkan rekomendasi Komite Medik, Direktur memutuskan memberikan atau menolak pemberian Kewenangan Klinis kepada Staf Medis yang bersangkutan.

#### Pasal 37

Kewenangan Klinis yang diberikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 huruf f, mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.

#### Pasal 38

- (1) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis dengan rekomendasi berupa :
  - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. kewenangan

- 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;
- (2) Dalam hal staf medis yang ingin memulihkan Kewenangan Klinis yang dikurangi atau menambah Kewenangan Klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Direktur melalui Komite Medik.
- (3) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

#### Pasal 39

- (1) Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (3) huruf b memiliki peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis sebagai upaya menjaga mutu profesi para staf medis.
- (2) Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari :
- a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.

#### Pasal 40

- (1) Audit medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (3) huruf a, harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu :
- a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
  - b. sebagai dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis/Clinical Privilege sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis/Clinical Privilege;
  - d. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf medis.

(2) Langkah

- (2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
  - a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
  - b. penetapan standar dan kriteria;
  - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
  - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
  - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
  - f. menerapkan perbaikan;
  - g. rencana reaudit.
- (3) Subkomite Mutu Profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis.
- (4) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.

#### Pasal 41

- (1) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (3) huruf c memiliki peran dalam upaya pendisiplinan staf medis.
- (2) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.

#### Pasal 42

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan :
  - a. Tata Kelola Rumah Sakit;
  - b. Tata Kelola Staf medis;
  - c. etika rumah sakit;
  - d. norma etika medis; dan
  - f. norma-norma bioetika.
- (2) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu:
  - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - b. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar Kewenangan Klinis di rumah sakit;
  - d. kode etik kedokteran Indonesia;

e. pedoman

- e. pedoman perilaku profesional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
- f. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- g. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
- h. standar prosedur operasional asuhan medis

#### Pasal 43

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :
  - a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
  - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur Rumah Sakit Kediri atau Direktur Rumah Sakit terlapor.

#### Pasal 44

- (1) Pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, dapat dilakukan karna adanya laporan dan/atau dugaan adanya pelanggaran disiplin profesi.
- (2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat bersumber dari:
  - a. Perorangan; dan/atau
  - b. non perorangan, seperti hasil referensi kematian dan/atau hasil referensi klinis.
- (3) Dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain:
  - a. kompetensi klinis;
  - b. penatalaksanaan kasus medis;
  - c. pelanggaran disiplin profesi;
  - d. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit; dan

e. ketidakmampuan

- e. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.
- (4) Pemeriksaan terhadap adanya laporan atau dugaan pelanggaran disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan mekanisme sebagai berikut:
- a. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
  - b. melalui proses pembuktian;
  - c. dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik;
  - d. terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
  - e. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
  - f. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.
- (5) Keputusan panel diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit.
- (6) Dalam hal terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru.
- (7) Keputusan Panel bersifat final dan dilaporkan oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi berupa remonedasi kepada Direktur melalui Komite Medik.
- (8) Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa:
- a. peringatan tertulis;
  - b. limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
  - c. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut; dan
  - d. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.
- (9) Rekomendasi Keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diserahkan kepada Direktur oleh Ketua Komite Medik untuk dilakukan eksekusi.



Pasal 45

- (1) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran.
- (2) Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya

Pasal 46

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
  - a. rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan staf medis yang diselenggarakan setiap 1(satu) bulan sekali;
  - b. rapat koordinasi dengan pejabat pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
  - c. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya urgent; dan
  - d. Rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahunan.
- (2) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris apabila ketua tidak dapat hadir;
- (3) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) 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 dalam batas waktu 15 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum.
- (4) Rapat khusus dan rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan huruf d wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.

Pasal 47

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf c, diadakan apabila :
  - a. ada permintaan dan tanda tangan paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis; dan
  - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh komite medik.

(2) Rapat

- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit  $\frac{2}{3}$  (dua per tiga) anggota Komite Medik, atau dalam hal kourum, tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan;
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut;
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf a harus dilakukan 7(tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

#### Pasal 48

- (1) Rapat Tahunan Komite Medik diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

#### Pasal 49

- (1) Keputusan rapat komite medik didasarkan atas suara terbanyak.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama, Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.
- (4) Direktur mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (5) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

#### Pasal 50

Pasal 50

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (2) huruf b merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Kepala UPT.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.
- (3) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite.
- (4) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (5) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

Pasal 51

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas membantu Direktur melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan;
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi :
  - a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
  - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
  - c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;
  - d. penggalan inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
  - e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki; dan
  - f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.
- (3) Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai wewenang :

a. membuat

- a. membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (Panitia Ad Hoc) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan;
- b. mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
- c. mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- d. membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir;
- e. memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

Pasal 52

- (1) Komite Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari:
  - a. Rapat Kerja;
  - b. Rapat Rutin;
  - c. Rapat Pleno; dan
  - d. Sidang Tahunan.
- (3) Rapat Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dilaksanakan dengan ketentuan:
  - a. setahun sekali dan bersifat terbuka dengan agenda membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.
  - b. dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, sub komite, kasi keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan;
- (4) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilaksanakan dengan ketentuan:
  - a. 3 (tiga) bulan sekali dengan agenda rapat rutin membahas masalah-masalah Keperawatan;
  - b. dipimpin oleh Kepala Seksi Keperawatan atau Ketua Komite Keperawatan., dan dihadiri oleh Seksi Keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota Komite Keperawatan;
- (5) Rapat Pleno sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilaksanakan dengan ketentuan:

a. diadakan

- a. diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan, dengan agenda membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan; dan
  - b. dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Seksi Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan Kasi Keperawatan.
- (6) Sidang Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d dilaksanakan dengan ketentuan:
- a. diadakan satu kali dalam setahun dengan agenda membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu;
  - b. dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Seksi Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Kasi Keperawatan, Panitia-Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan;
  - c. keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 peserta yang hadir.

#### Pasal 53

- (1) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (2) huruf c dibentuk guna membantu Direktur dalam melaksanakan tugas untuk:
  - a. mensosialisasikan kewajiban rumah sakit kepada semua unsur yang ada di rumah sakit yang meliputi kewajiban umum rumah sakit, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, dan kewajiban rumah sakit terhadap staf;
  - b. menyelesaikan masalah medikolegal dan etika rumah sakit; dan
  - c. melakukan koordinasi dengan Biro Hukum Sekretariat Daerah Provinsi dan/atau Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemerintah Provinsi dalam menyelesaikan masalah medikolegal;
- (2) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur;
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Komite Etik dan Hukum mempunyai fungsi:
  - a. penyelenggaraan

- a. penyelenggaraan dan peningkatan komunikasi medikoetikolegal, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;
- b. penyelenggaraan dan peningkatan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit;
- c. penyelenggaraan dan peningkatan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit.

#### Pasal 54

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (2) huruf d dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari pengelola lain.
- (4) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai tugas:
  - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
  - b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi rumah sakit;
  - c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa bersama Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi Rumah Sakit;
  - d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
  - e. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa rumah sakit; dan

h. menerima

- h. menerima laporan atas kegiatan Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi dan membuat laporan berkala kepada Direktur.

Pasal 55

- (1) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (2) huruf e dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur
- (3) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para pengelola lain.
- (4) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mempunyai tugas:
  - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
  - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
  - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
  - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam rumah sakit yang sarasanya berhubungan dengan obat;
  - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
  - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus; dan
  - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.

Pasal 56

Pasal 56

- (1) Komite Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (2) huruf f dibentuk bertanggungjawab kepada Direktur
- (2) Susunan Komite Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari:
  - a. ketua; dan
  - b. koordinator:
    1. mutu klinik;
    2. mutu manajemen; dan
    3. keselamatan pasien.
- (3) Masa tugas Komite Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Ketua Komite Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a mempunyai tugas:
  - a. menyusun kebijakan dan strategi dan membuat program Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
  - b. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
  - c. mengevaluasi terhadap implementasi SPO Pelayanan dan administrasi, program penjamin mutu serta menjalankan peran dan melakukan motivator, edukator, konsultasi, monitoring, evaluasi implementasi program keselamatan pasien rumah sakit;
  - d. menyusun dan mensosialisasikan laporan hasil pencapaian program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
  - e. menyusun jadwal besar kegiatan akreditasi nasional dan internasional;
  - f. memfasilitasi kegiatan terkait penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
  - g. melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/komite/unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus pada pasien dan manajemen;
  - h. bersama-sama dengan bagian diklat rumah sakit melakukan pelatihan internal mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;

i. menghadiri



- i. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik dan manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
- (2) Koordinator Mutu Klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b angka 1 mempunyai tugas :
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Klinik;
  - b. mengevaluasi implementasi SPO Pelayanan;
  - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu klinik;
  - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu klinik;
  - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator mutu klinik;
  - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian indikator mutu klinik;
  - g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal atau eksternal rumah sakit;
  - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
  - i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
  - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (3) Koordinator Mutu Manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b angka 2 mempunyai tugas :
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Manajemen;
  - b. mengevaluasi implementasi SPO administrasi dan sumber daya;
  - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu manajemen;
  - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu manajemen;
  - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator manajemen;
  - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen;

g. menghadiri

- g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
  - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
  - i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali; dan
  - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (4) Koordinator Keselamatan Pasien Klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b angka 3 mempunyai tugas :
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
  - b. melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
  - c. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
  - d. secara berkala membuat laporan kegiatan ke pimpinan rumah sakit.

## BAB V TATA KERJA

### Pasal 57

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya setiap kepala instalasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* (pendekatan lintas fungsional) secara vertikal dan horisontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.
- (2) Setiap kepala instalasi bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.
- (3) Setiap kepala instalasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala pada waktunya.

(4) Setiap

- (4) Setiap laporan yang diterima oleh koordinator dan penanggungjawab instalasi dari bawahan wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberi petunjuk kepada bawahan.
- (5) Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Kepala Seksi Pelayanan Medis, Kepala Seksi UKM dan Litbang, Koordinator Kelompok Jabatan Fungsional dan Kepala Unit wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya.
- (6) Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya dan disampaikan pula kepada instalasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.
- (7) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap Koordinator Kelompok Jabatan fungsional dibantu oleh kepala instalasi di bawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan masing-masing wajib mengadakan rapat berkala.

BAB VI  
PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 58

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien.

Bagian Kedua

Penerimaan, Pengangkatan dan Pemberhentian Pegawai

Pasal 59

- (1) Sumber Daya Manusia Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. PNS; dan
  - b. Non PNS.
- (2) Mekanisme penerimaan pegawai Rumah Sakit diatur sebagai berikut :
  - a. penerimaan PNS dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - b. penerimaan Pegawai Non PNS dapat dengan cara:

1) rekrutmen

- 1) rekrutmen ;
  - 2) penyerahan sebagian pelaksanaan pekerjaan kepada pihak ketiga(*Outsourcing*);
  - 3) kerja Sama Operasional;
- (3) Rekrutmen pegawai Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b angka 1), dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan dan dilakukan dengan cara seleksi yang meliputi:
- a. seleksi administrasi;
  - b. test psikologi;
  - c. seleksi akademik dan ketrampilan;
  - d. wawancara; dan
  - e. test kesehatan.
- (4) Penerimaan tenaga *Outsourcing* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b angka 2), dilaksanakan berdasarkan kebutuhan tenaga yang ditetapkan oleh Direktur dan dilakukan oleh Panitia Pengadaan Barang dan Jasa sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (5) Kerjasama Operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b angka 3), dilaksanakan sesuai kebutuhan dan dilakukan oleh Direktur dengan pihak ketiga.

#### Pasal 60

- (1) Pegawai Rumah Sakit non PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (1) huruf b, dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak kerja.
- (2) Pengangkatan pegawai non PNS dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam peningkatan pelayanan.
- (3) Pengangkatan dan pemberhentian pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS diatur dalam Peraturan Gubernur tersendiri.

#### Bagian Ketiga Mutasi Pegawai

#### Pasal 61

- (1) Mutasi PNS dan non PNS dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Mutasi dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
  - a. penempatan

- a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan ketrampilannya;
  - b. masa kerja di unit tertentu;
  - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu; dan
  - d. kegunaannya dalam menunjang karir.
- (3) Promosi jabatan PNS dan Pegawai Non PNS diberikan kepada pegawai atas dasar kinerja, pangkat/golongan dan/atau pendidikan formal/non formal dan ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keempat  
Disiplin Pegawai

Pasal 62

- (1) Disiplin merupakan suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban.
- (2) Penilaian disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan pertimbangan pada data-data yang tertuang dalam :
  - a. daftar hadir;
  - b. laporan kegiatan; dan
  - c. Daftar Penilaian Pekerjaan Pegawai.
- (3) Penerapan disiplin dan pemberian sanksi kepada Pegawai Negeri Sipil Rumah Sakit mengacu kepada Peraturan dan Perundang-undangan tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil.
- (4) Penerapan disiplin dan pemberian sanksi kepada Pegawai Non PNS Rumah Sakit akan diatur oleh Direktur.

Bagian Kelima  
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 63

- (1) Dalam rangka mendorong motivasi kerja dan produktifitas pegawai, rumah sakit menerapkan kebijakan pemberian penghargaan bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dengan memberikan kesempatan pengembangan karir dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.

(2) Penghargaan

- (2) Penghargaan kepada PNS diberikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur PNS.
- (3) Penghargaan kepada pegawai non PNS ditetapkan oleh Direktur.

#### Pasal 64

- (1) Kenaikan pangkat PNS merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian pegawai yang bersangkutan terhadap negara berdasarkan sistem kenaikan pangkat reguler dan kenaikan pangkat pilihan sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Penghargaan terhadap pegawai non PNS merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja pegawai yang bersangkutan terhadap kinerja Rumah Sakit dan diberikan berdasarkan sistem remunerasi Rumah Sakit.
- (3) PNS yang melakukan pelanggaran akan diberikan sanksi sesuai dengan ketentuan perundangan yang berlaku.
- (4) Pegawai non PNS yang melakukan pelanggaran akan diberikan sanksi sesuai dengan peraturan rumah sakit yang ditetapkan oleh Direktur.

#### Bagian Keenam Pemberhentian Pegawai

#### Pasal 65

- (1) Pemberhentian PNS diatur menurut peraturan tentang pemberhentian PNS.
- (2) Pemberhentian pegawai non PNS dilakukan menurut Peraturan Gubernur.

#### Bagian Ketujuh Remunerasi

#### Pasal 66

- (1) Remunerasi merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, jasa pelayanan yang diberikan kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan pegawai Rumah Sakit.
- (2) Ketentuan mengenai Pemberian Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Gubernur tersendiri.

BAB VII  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 67

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh rumah sakit, Gubernur menetapkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diusulkan oleh Direktur melalui Kepala Dinas Kesehatan.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

BAB VIII  
TATA KELOLA STAF MEDIK  
Bagian Kesatu  
Staf Medis Fungsional  
Paragraf 1  
Keanggotaan

Pasal 68

- (1) Setiap staf medis yang melaksanakan praktik kedokteran pada unit-unit pelayanan Rumah Sakit, termasuk unit-unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan Rumah Sakit, wajib menjadi anggota Kelompok SMF.
- (2) Untuk menjadi anggota Staf Medis Fungsional rumah sakit seorang staf medis harus memiliki:
  - a. Kompetensi yang dibutuhkan;
  - b. Surat Tanda Registrasi; dan
  - c. Surat Ijin Praktik.
- (3) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf medis harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang baik untuk melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.

Pasal 69

- (1) Keanggotaan Kelompok SMF merupakan hak khusus (privilege) yang dapat diberikan kepada dokter yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.

(2) Keanggotaan

- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.

#### Paragraf 2

Tugas, fungsi, tanggungjawab dan kewajiban

#### Pasal 70

SMF Rumah Sakit bertugas melaksanakan pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.

#### Pasal 71

Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 SMF mempunyai fungsi:

- a. pelaksanaan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- b. pembuatan rekam medis sesuai fakta, tepat waktu dan akurat;
- c. peningkatan kemampuan profesi melalui program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan;
- d. penjagaan agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran; dan
- e. penyusunan, pengumpulan, penganalisaan dan pembuatan laporan pemantauan indikator mutu klinik.

#### Pasal 72

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 70 SMF dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok SMF 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 SMF yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

#### Pasal 73



Pasal 73

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

Pasal 74

Dalam melaksanakan tugasnya, Kelompok SMF bertanggung jawab:

- 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-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
- d. memberikan laporan secara teratur paling sedikit 1 (satu) kali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai 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-dokumen yang terkait.

Pasal 75

Kewajiban Kelompok SMF 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 76

Pasal 76

- (1) Terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi SMF dilakukan penilaian kinerja oleh Direktur sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medik sesuai ketentuan yang berlaku.
- (3) SMF yang memberikan pelayanan medik dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Paragraf 3

Kelompok Staf Medis Fungsional

Pasal 77

SMF Rumah Sakit terdiri dari:

- a. SMF PNS;
- b. SMF Non PNS;
- c. Staf Medik Tamu; dan
- d. Peserta PPDS/PPDGS.

Pasal 78

SMF PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf a, terdiri dari Dokter PNS dan Non PNS yang bekerja penuh waktu sebagai pegawai tetap Rumah Sakit, berkedudukan sebagai sub kordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 79

- (1) SMF Non PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf b, terdiri dari dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang berstatus tenaga kontrak dan yang telah terkait perjanjian dengan rumah sakit dan/atau Institusi Pendidikan dan ditetapkan berdasarkan Keputusan penempatan di rumah sakit oleh Direktur.
- (2) SMF Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis Fungsional Rumah Sakit apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas persetujuan bersama.

(3) SMF

- (3) SMF Non PNS yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat bekerja kembali untuk masa kontrak berikutnya setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.

#### Pasal 80

Staf Medik Tamu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf c, yaitu dokter dari luar Rumah Sakit yang karena reputasi dan/atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medik yang ada di Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

#### Pasal 81

Peserta PPDS/PPDGS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf d, yaitu Dokter/Dokter Gigi yang secara sah diterima sebagai Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis, serta membantu memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### Paragraf 4

#### Masa Kerja Staf Medik Fungsional

#### Pasal 82

- (1) Masa kerja SMF PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf a, sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan.
- (2) Masa kerja SMF sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 huruf b, sampai dengan huruf d sesuai dengan perjanjian dan/atau Keputusan Direktur.

#### Pasal 83

SMF PNS yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai SMF Non PNS atau Staf Medis Tamu sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan.

#### Pasal 84

Pasal 84

- (1) Untuk dapat diangkat kembali sebagai SMF 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.
- (2) Dalam pengambilan keputusan untuk menerima atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur meminta Komite Medik untuk melakukan kajian kompetensi calon staf medik melalui Subkomite Kredensial Staf Medis.

Paragraf 5  
Pemberhentian

Pasal 85

SMF diberhentikan dengan hormat karena:

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

Pasal 86

SMF dapat diberhentikan dengan tidak hormat apabila melakukan perbuatan melawan hukum dengan ancaman pidana lebih dari 5 (lima) tahun.

Paragraf 6  
Pembinaan dan Sanksi

Pasal 87

- (1) Dalam hal SMF dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan/atau kematian maka Komite Medik dapat melakukan penelitian.
- (2) Bila hasil penelitian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membuktikan bahwa SMF melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan, maka Komite Medik dapat mengusulkan kepada Direktur agar SMF yang bersangkutan dikenai sanksi berupa sanksi administratif.

(3) Pemberlakuan

- (3) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada SMF yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (4) Dalam hal SMF tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan.
- (5) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
- (6) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (5) bersifat final.

#### Pasal 88

Seluruh Staf Medis Rumah Sakit, yang melakukan pelanggaran terhadap aturan perundang-undangan, aturan rumah sakit, klausul-klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.

#### Pasal 89

Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 88 dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Medik dalam hal ini Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.

#### Pasal 90

Sanksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 89 dapat berupa:

- a. teguran lisan atau tertulis;
- b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
- c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi SMF PNS; atau
- d. pemutusan perjanjian kerja bagi SMF Non PNS yang masih berada dalam masa kontrak kerja.

Bagian Kedua  
Kewenangan Klinis Staf Medis  
Paragraf 1  
Kewenangan Klinis  
Pasal 91

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur.
- (2) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa Surat Penugasan Klinis.
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik melalui Subkomite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota SMF.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota SMF untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Subkomite Kredensial Komite Medik.
- (6) Kepada Dokter Tamu dapat diberikan kewenangan klinis sementara.
- (7) Kewenangan Klinis Sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit asal dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di Rumah Sakit.

Paragraf 2  
Proses Penilaian Kewenangan Klinis  
Pasal 92

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis, meliputi:

- a. pendidikan:
  1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi;
  2. menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
- b. perizinan (lisensi):
  1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
  2. memiliki ijin praktek dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
- c. kegiatan penjagaan mutu profesi:
  1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya;

2. berpartisipasi

2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. kualifikasi personal:
1. riwayat disiplin dan etik profesi;
  2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
  3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
  4. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;
  5. memiliki asuransi proteksi profesi.
- e. pengalaman di bidang keprofesian:
1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
  2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

### Paragraf 3

#### Pembatasan Kewenangan Klinis

#### Pasal 93

- (1) Komite Medik dapat memberi rekomendasi kepada Direktur agar Kewenangan Klinis anggota SMF dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Subkomite Kredensial;
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dipertimbangkan bila anggota SMF tersebut dalam pelaksanaan tugasnya dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku.
- (3) Ketidaksesuaian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dipandang baik dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis maupun dari sudut hukum.

#### Pasal 94

Mekanisme untuk penerbitan rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota SMF oleh Sub Komite Kredensial adalah sebagai berikut:

- a. Ketua SMF mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;

b. Komite

- b. Komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Subkomite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota SMF yang bersangkutan;
- c. Subkomite Kredensial berhak memanggil anggota SMF yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan;
- d. Subkomite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

#### Paragraf 4

#### Pencabutan Kewenangan Klinis

#### Pasal 95

- (1) Pencabutan kewenangan klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan SubKomite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila:
  - a. ada gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - b. ada kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; dan/atau
  - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

#### Paragraf 5

#### Pengakhiran Kewenangan Klinis

#### Pasal 96

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis:
  - a. habis masa berlakunya; atau
  - b. dicabut oleh Direktur.

Bagian



Bagian Ketiga  
Penugasan Klinis

Pasal 97

- (1) Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan Klinis dari Direktur berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap staf medis yang direkomendasikan Komite Medik.
- (2) Dalam hal seorang staf medis tidak memiliki Surat Penugasan Klinis, maka tidak dapat menjadi anggota kelompok staf medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis.

Bagian Keempat  
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 98

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan aturan-aturan profesi bagi staf medis secara tersendiri diluar tata kelola staf medis.
- (2) Aturan-aturan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan aturan yang berkaitan dengan:
  - a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
  - b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai;
  - c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

Bagian Kelima  
Kerahasiaan Informasi Medis

Pasal 99

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.

(2) Pemberian

- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur atau Kepala Seksi Pelayanan Medis.
- (3) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai :
  - a. keadaan kesehatan pasien;
  - b. rencana terapi dan alternatifnya;
  - c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
  - d. prognosis; dan
  - e. kemungkinan komplikasi.

Bagian Keenam  
Hak dan Kewajiban  
Paragraf 1  
Pasien

Pasal 100

- (1) Hak pasien meliputi :
  - a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
  - c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
  - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
  - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
  - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
  - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;

j. mendapat

- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
  - k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
  - l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
  - m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
  - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
  - o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
  - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
  - q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana, dan
  - r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kewajiban Pasien meliputi :
- a. mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit ;
  - b. memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
  - c. mengikuti rencana pengobatan yang diadvikan oleh dokter termasuk intruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai dokter;
  - d. memberlakukan staf rumah sakit dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan rumah sakit;
  - e. menghormati privasi orang lain dan barang milik rumah sakit;

f. tidak

- f. tidak membawa alkohol dan obat-obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata kedalam Rumah Sakit;
- g. menghormati bahwa Rumah Sakit adalah area bebas rokok;
- h. mematuhi jam kunjungan dari Rumah sakit;
- i. meninggalkan barang berharga di Rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Rumah Sakit;
- j. memastikan bahwa kewajiban financial atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit ; melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter;
- k. bertanggung jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokternya; dan
- l. memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.

Paragraf 2

Dokter

Pasal 101

- (1) Hak dokter meliputi :
  - a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
  - b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
  - c. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
  - d. menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
- (2) Kewajiban Dokter meliputi :
  - a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
  - b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
  - c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
  - d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
  - e. menambah Iptek dan mengikuti perkembangan.

Paragraf 3

Paragraf 3  
Rumah Sakit

Pasal 102

- (1) Hak Rumah Sakit meliputi :
  - a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
  - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
  - d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
  - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan; dan
  - g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi :
  - a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
  - b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
  - c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
  - d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
  - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
  - f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
  - g. membuat

- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (hospital by laws);
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

BAB IX  
PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

Bagian Kesatu  
Perencanaan

Pasal 103

- (1) Rumah Sakit wajib menyusun Rencana Strategi Bisnis.
- (2) Rencana Strategi Bisnis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi, misi program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan.

Pasal 104

Pasal 104

Rencana Strategis Bisnis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 103 ayat (1), dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis Anggaran dan evaluasi kinerja.

Bagian Kedua  
Penganggaran

Pasal 105

- (1) Rumah Sakit menyusun Rencana Bisnis Anggaran tahunan yang berpedoman kepada Rencana Strategis Bisnis.
- (2) Rencana Bisnis Anggaran merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan Rumah Sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan.
- (3) Penyusunan Rencana Bisnis Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disusun berdasarkan:
  - a. prinsip anggaran berbasis kinerja;
  - b. perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan; dan
  - c. kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, APBD, APBN dan sumber-sumber pendapatan rumah sakit lainnya.

Pasal 106

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 105 memuat :
  - a. kinerja tahun berjalan;
  - b. asumsi makro dan mikro;
  - c. target kinerja;
  - d. analisis dan perkiraan biaya satuan;
  - e. perkiraan harga;
  - f. anggaran pendapatan dan biaya;
  - g. besaran persentase ambang batas;
  - h. prognosa laporan keuangan;
  - i. perkiraan maju (forward estimate);
  - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan RKA-SKPD/APBD.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Bagian

Bagian Ketiga  
Pelaksanaan Anggaran

Pasal 107

- (1) DPA-BLUD rumah sakit mencakup antara lain :
  - a. pendapatan dan biaya;
  - b. proyeksi arus kas; dan
  - c. jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang akan dihasilkan.
- (2) DPA-BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diusulkan oleh kepala PPKD untuk mendapat pengarahan.
- (3) DPA-BLUD yang telah disahkan oleh PPKD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
- (4) Dalam hal DPA-BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2), belum disahkan oleh PPKD, Rumah Sakit dapat melakukan pengeluaran uang setinggi-tingginya sebesar angka DPA-BLUD tahun lalu.

BAB X

PENGELOLAAN DAN PENATAUSAHAAN KEUANGAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 108

- (1) Penatausahaan keuangan Rumah Sakit didasarkan pada prinsip pengelolaan keuangan bisnis yang sehat.
- (2) Pengelolaan keuangan sebagaimana pada ayat (1) dilakukan secara tertib, efektif, efisien, transparansi dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (3) Dalam pengelolaan keuangan Rumah Sakit dengan status BLUD penuh memperoleh fleksibilitas berupa:
  - a. pengelolaan pendapatan dan biaya;
  - b. pengelolaan kas;
  - c. pengelolaan utang;
  - d. pengelolaan piutang;
  - e. pengelolaan investasi;
  - f. pengadaan barang dan/atau jasa;
  - g. penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban ;
  - h. pengelolaan surplus dan deficit; dan
  - i. kerjasama dengan pihak lain.

Bagian



Bagian Kedua  
Pengelolaan pendapatan dan biaya  
Paragraf 1  
Pendapatan

Pasal 109

Pendapatan Rumah Sakit dapat bersumber dari:

- a. jasa layanan;
- b. hibah;
- c. hasil kerjasama dengan pihak lain;
- d. APBD;
- e. APBN; dan
- f. lain-lain pendapatan yang sah.

Pasal 110

- (1) Pendapatan rumah sakit yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109 huruf a, dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109 huruf b, dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (3) Hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109 huruf c, dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi rumah sakit.
- (4) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109 huruf d, berupa pendapatan yang berasal dari Pemerintah Provinsi dalam rangka pelaksanaan program atau kegiatan di rumah sakit.
- (5) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109 huruf e, berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah pusat dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan dan lain-lain.
- (6) Rumah sakit dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan, proses pengelolaan keuangan diselenggarakan secara terpisah berdasarkan ketentuan yang berlaku.
- (7) Lain-lain pendapatan yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109 huruf f, antara lain:

a. hasil

- a. hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;
- b. hasil pemanfaatan kekayaan;
- c. jasa giro;
- d. pendapatan bunga;
- e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
- f. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa rumah sakit; dan
- g. hasil investasi.

#### Pasal 111

- (1) Seluruh pendapatan rumah sakit, kecuali yang berasal dari hibah terikat, dikelola untuk membiayai pengeluaran rumah sakit sesuai RBA.
- (2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (3) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109 huruf a, huruf b, huruf c dan huruf f dilaksanakan melalui rekening kas rumah sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan rumah sakit.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap tri wulan.

#### Paragraf 2

#### Biaya

#### Pasal 112

- (1) Biaya rumah sakit merupakan biaya operasional dan biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup seluruh biaya yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup seluruh biaya yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.

(4) Biaya

- (4) Biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan.
- (5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

#### Pasal 113

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 ayat (2) terdiri dari:
  - a. biaya pelayanan; dan
  - b. biaya umum dan administrasi.
- (2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (3) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (4) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari:
  - a. biaya pegawai;
  - b. biaya bahan;
  - c. biaya jasa pelayanan;
  - d. biaya barang dan jasa;
  - e. biaya pemeliharaan; dan
  - f. biaya pelayanan lain-lain.
- (5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana pada ayat (3) terdiri dari:
  - a. biaya pegawai;
  - b. biaya administrasi kantor;
  - c. biaya pemeliharaan;
  - d. biaya barang dan jasa;
  - e. biaya promosi; dan
  - f. biaya umum dan administrasi lain-lain.

#### Pasal 114

Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 ayat (3) terdiri dari:

- a. biaya bunga;
- b. biaya administrasi bank;

c. biaya

- c. biaya kerugian penjualan aset tetap;
- d. biaya kerugian penurunan nilai barang; dan
- e. biaya non operasional lain-lain.

#### Pasal 115

- (1) Seluruh pengeluaran biaya rumah sakit yang bersumber sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) setiap triwulan.
- (2) Seluruh pengeluaran biaya rumah sakit yang bersumber sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan menerbitkan Surat Perintah Membayar Pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggungjawab.

#### Pasal 116

- (1) Pengeluaran biaya Rumah Sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas pengeluaran biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pengeluaran biaya yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya berlaku untuk biaya berasal dari pendapatan selain dari APBN/ APBD dan hibah terikat.
- (4) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Direktur dapat mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada PPKD melalui Kepala Dinas.

#### Pasal 117

- (1) Ambang batas RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 116 ayat (2) ditetapkan dengan besaran prosentase 10% (sepuluh) persen dari target pendapatan.
- (2) Prosentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (3) Besaran prosentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional Rumah Sakit.
- (4) Besaran prosentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan dalam RBA dan DPA oleh PPKD.

Bagian

Bagian Ketiga  
Pengelolaan Kas

Pasal 118

- (1) Dalam pengelolaan kas, BLUD rumah sakit menyelenggarakan :
  - a. perencanaan penerimaan dan pengeluaran kas;
  - b. Pemungutan pendapatan atau tagihan;
  - c. penyimpanan kas dan mengelola rekening bank;
  - d. pembayaran;
  - e. perolehan sumber dana untuk menutup defisit jangka pendek; dan
  - f. pemanfaatan surplus kas jangka pendek untuk memperoleh tambahan.
- (2) Penerimaan BLUD-rumah sakit disetorkan ke rekening BLUD Rumah Sakit tidak lebih dari dua kali duapuluh empat jam kecuali hari libur dan cuti bersama dan dilaporkan kepada pejabat keuangan BLUD-rumah sakit.

Bagian Keempat  
Pengelolaan Utang

Pasal 119

- (1) Rumah Sakit dapat melakukan pinjaman/utang sehubungan dengan kegiatan operasional dan/atau perikatan pinjaman dengan pihak lain.
- (2) Pinjaman/utang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat berupa pinjaman/utang jangka pendek atau pinjaman/utang jangka panjang.
- (3) Pinjaman dikelola dan diselesaikan secara tertib, efisien, ekonomis, transparan, dan bertanggung jawab.
- (4) Pemanfaatan pinjaman/utang yang berasal dari perikatan pinjaman jangka pendek hanya untuk biaya operasional termasuk keperluan menutup defisit kas.
- (5) Pemanfaatan pinjaman/utang yang berasal dari perikatan pinjaman jangka panjang hanya untuk pengeluaran investasi/modal.
- (6) Pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terlebih dahulu wajib mendapat persetujuan Gubernur.

Pasal 120

Pasal 120

- (1) Perikatan pinjaman dilakukan oleh pejabat yang berwenang secara berjenjang berdasar nilai pinjaman.
- (2) Kewenangan perikatan pinjaman sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur dengan peraturan Gubernur.

Pasal 121

- (1) Pembayaran kembali pinjaman/utang menjadi tanggung jawab Rumah Sakit.
- (2) Hak tagih pinjaman/utang Rumah Sakit menjadi kadaluwarsa setelah 5 (lima) tahun sejak utang tersebut jatuh tempo, kecuali ditetapkan lain oleh ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Jatuh tempo sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dihitung sejak tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Pasal 122

- (1) Rumah Sakit wajib membayar bunga dan pokok utang yang telah jatuh tempo.
- (2) Direktur dapat melakukan pelampauan pembayaran bunga dan pokok sepanjang tidak melebihi nilai ambang batas yang telah ditetapkan dalam RBA.

Bagian Kelima  
Pengelolaan Piutang

Pasal 123

- (1) Rumah Sakit dapat memberikan piutang sehubungan dengan penyerahan barang, jasa, dan/atau transaksi yang berhubungan langsung maupun tidak langsung dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (2) Piutang dikelola secara tertib, efisien, ekonomis, transparan, dan bertanggung jawab serta dapat memberikan nilai tambah, sesuai dengan prinsip bisnis yang sehat dan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Rumah Sakit melaksanakan penagihan piutang pada saat piutang jatuh tempo.

(4) Untuk

- (4) Untuk melaksanakan penagihan piutang sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Rumah Sakit menyiapkan bukti dan administrasi penagihan, serta menyelesaikan tagihan atas piutang Rumah Sakit.
- (5) Penagihan piutang sebagaimana dimaksud pada ayat (3), yang sulit ditagih dapat dilimpahkan penagihannya kepada Gubernur dengan dilampiri bukti-bukti valid dan sah.

#### Pasal 124

- (1) Piutang dapat dihapus secara mutlak atau bersyarat oleh pejabat yang berwenang, yang nilainya ditetapkan secara berjenjang.
- (2) Penghapusan piutang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dengan Peraturan Gubernur, dengan memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Bagian Keenam

##### Investasi

#### Pasal 125

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

#### Pasal 126

- (1) Investasi jangka pendek 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 pemanfaatan surplus kas jangka pendek.
- (3) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1), antara lain berupa:
  - a. deposito berjangka waktu 1 (satu) tahun sampai dengan 12 (dua belas) bulan dan/atau yang dapat diperpanjang secara otomatis;
  - b. pembelian surat utang negara jangka pendek; dan/atau
  - c. pembelian sertifikat Bank Indonesia.

(4) Karakteristik

- (4) Karakteristik investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
- a. dapat segera diperjual belikan/dicairkan;
  - b. ditujukan dalam rangka manajemen kas; dan
  - c. beresiko rendah.

#### Pasal 127

- (1) Rumah Sakit tidak dapat melakukan investasi jangka panjang, kecuali atas persetujuan Gubernur.
- (2) Investasi jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), antara lain:
  - a. penyertaan modal;
  - b. pemilikan obligasi untuk jangka panjang; dan/atau
  - c. Investasi langsung seperti pendirian perusahaan.

#### Pasal 128

- (1) Hasil investasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 126 ayat (1), merupakan pendapatan Rumah Sakit.
- (2) Pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dipergunakan secara langsung untuk membiayai pengeluaran sesuai RBA.

#### Pasal 129

Dalam hal Rumah Sakit mendirikan/membeli badan usaha yang berbadan hukum, badan usaha tersebut menjadi milik Pemerintah Provinsi.

### Bagian Ketujuh

#### Pengadaan Barang dan/atau Jasa

#### Pasal 130

- (1) Pengadaan barang dan/atau jasa di Rumah Sakit dilaksanakan berdasarkan ketentuan yang berlaku bagi pengadaan barang/jasa Pemerintah.
- (2) Pengadaan barang/jasa sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diberikan fleksibilitas berupa pembebasan sebagian dan/atau seluruhnya dari ketentuan umum pengadaan barang/jasa pemerintah dengan berdasar pada prinsip efisiensi, efektif, transparan, bersaing, adil, akuntabel dan praktek bisnis yang sehat.

(3) Fleksibilitas



- (3) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diberikan terhadap pengadaan barang/jasa yang sumber dananya berasal dari :
- a. jasa layanan;
  - b. hibah tidak terikat;
  - c. hasil kerjasama dengan pihak lain; dan
  - d. lain-lain pendapatan rumah sakit yang sah.

#### Pasal 131

- (1) Pengadaan barang/jasa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 130 ayat (2) berdasarkan ketentuan pengadaan barang/jasa yang ditetapkan oleh Gubernur.
- (2) Ketentuan pengadaan barang/jasa sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus dapat menjamin ketersediaan barang/jasa yang lebih bermutu, lebih murah, proses pengadaan yang sederhana dan cepat serta mudah menyesuaikan dengan kebutuhan untuk mendukung pelayanan rumah sakit.
- (3) Pengadaan barang dan/atau jasa yang dananya berasal dari hibah terikat dapat dilakukan dengan mengikuti ketentuan pengadaan dari pemberi hibah, atau ketentuan pengadaan barang dan/atau jasa yang berlaku bagi BLUD Rumah Sakit sepanjang disetujui pemberi hibah.
- (4) Pengadaan barang dan/atau jasa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 130, diselenggarakan berdasarkan jenjang nilai yang diatur dalam peraturan Gubernur tersendiri.

#### Bagian Kedelapan

##### Penyusunan Akuntansi, Pelaporan dan Pertanggungjawaban

#### Pasal 132

- (1) Rumah sakit menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan rumah sakit dicatat dalam dokumen pendukung yang dikelola secara tertib.

#### Pasal 133

- (1) Rumah sakit menyelenggarakan akuntansi dan laporan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.

(2) Rumah

- (2) Rumah Sakit mengembangkan dan menetapkan sistem akutansi dengan berpedoman pada standar akutansi yang ditetapkan oleh Gubernur.

Pasal 134

- (1) Dalam rangka menyelenggarakan akutansi dan pelaporan keuangan rumah sakit menyusun kebijakan akutansi yang berpedoman pada kebijakan akutansi yang ditetapkan oleh Gubernur.
- (2) Kebijakan akutansi rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan asset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

Pasal 135

- (1) Laporan keuangan rumah sakit terdiri dari :
  - a. neraca yang menggambarkan posisi keuangan mengenai asset, kewajiban, dan ekuitas dana pada tanggal tertentu;
  - b. laporan operasional yang berisi informasi jumlah pendapatan dan biaya rumah sakit selama satu periode;
  - c. Laporan ekuitas yang menginformasikan mutasi ekuitas pada periode bersangkutan;
  - d. laporan arus kas yang menyajikan informasi kas berkaitan dengan aktivitas operasional, investasi, dan aktivitas pendanaan dan/atau pembiayaan yang menggambarkan saldo awal, penerimaan, pengeluaran dan saldo akhir kas selama periode tertentu; dan
  - e. catatan atas laporan keuangan yang berisi penjelasan naratif atau rincian dari angka yang tertera dalam laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran rumah sakit.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 136

Pasal 136

- (1) Setiap triwulan rumah sakit menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada PPKD, paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.
- (2) Setiap semesteran dan tahunan rumah sakit wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada PPKD untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lambat 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir.

Pasal 137

Penyusunan laporan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 136 ayat (2) untuk kepentingan konsolidasi, dilakukan berdasarkan standar akuntansi pemerintahan.

Bagian Kesembilan  
Surplus dan Defisit

Pasal 138

- (1) Surplus anggaran BLUD rumah sakit merupakan selisih lebih antara realisasi pendapatan dan realisasi biaya BLUD-rumah sakit pada satu tahun anggaran.
- (2) Surplus anggaran BLUD rumah sakit dapat digunakan dalam tahun anggaran berikutnya kecuali atas permintaan Gubernur disetorkan sebagian atau seluruhnya ke kas daerah dengan memper-timbangkan posisi likuiditas BLUD-rumah sakit.

Pasal 139

- (1) Defisit anggaran BLUD rumah sakit merupakan selisih kurang antara realisasi pendapatan dengan realisasi biaya BLUD-rumah sakit pada satu tahun anggaran.
- (2) Defisit anggaran BLUD rumah sakit dapat diajukan usulan pembiayaannya pada tahun anggaran berikutnya kepada PPKD.

(3) Kerugian

- (3) Kerugian pada BLUD-rumah sakit yang disebabkan oleh tindakan melanggar hukum atau kelalaian seseorang, diselesaikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai penyelesaian kerugian daerah.

Bagian Kesepuluh  
Kerjasama

Pasal 140

- (1) Untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan, rumah sakit dapat melakukan kerjasama dengan pihak lain.
- (2) Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, efektifitas, ekonomis dan saling menguntungkan.

Pasal 141

- (1) Kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 140 ayat (1), dapat berupa :
  - a. kerjasama di bidang Pelayanan Medis dan Non Medis;
  - b. kerjasama sewa menyewa; dan
  - c. usaha lain yang menunjang tugas dan fungsi rumah sakit.
- (2) Kerjasama operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, merupakan perikatan antara rumah sakit dengan pihak lain, melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan pembagian keuntungan sesuai kesepakatan kedua belah pihak.
- (3) Sewa menyewa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan penyerahan hak penggunaan/pemakaian barang rumah sakit kepada pihak lain atau sebaliknya dengan imbalan berupa uang sewa bulanan atau tahunan untuk jangka waktu tertentu, baik sekaligus maupun secara berkala.
- (4) Usaha lainnya yang menunjang tugas dan fungsi rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kerjasama dengan pihak lain yang menghasilkan pendapatan bagi rumah sakit dengan tidak mengurangi kualitas pelayanan umum yang menjadi kewajiban BLUD-rumah sakit.

BAB XI  
TARIF PELAYANAN

Pasal 142

- (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 unit cost.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) termasuk imbalan hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan rumah sakit.

Pasal 143

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur kepada Gubernur melalui Kepala Dinas.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dengan Peraturan Gubernur.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat(2),mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.

BAB XII  
PENGELOLAAN LINGKUNGAN, LIMBAH RUMAH SAKIT  
DAN SUMBER DAYA LAINNYA

Bagian Kesatu  
Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

Pasal 144

- (1) Drektur menunjuk pejabat yang bertanggungjawab atas mengelola lingkungan rumah sakit.
- (2) Lingkungan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi lingkungan fisik, biologi, kimia, serta pembuangan limbah yang berdampak pada kesehatan lingkungan internal dan eksternal serta halaman, taman, dan lain-lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(3) Tugas

- (3) Tugas pokok pengelola lingkungan dan limbah Rumah Sakit meliputi pengelolaan limbah dan sampah, pengawasan dan pengendalian vector/serangga, sistem pengelolaan lingkungan fisik dan biologi rumah sakit serta menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan pendidikan, pelatihan penelitian/pengembangan dibidang penyehatan lingkungan rumah sakit.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya pengelola lingkungan dan limbah Rumah Sakit mempunyai fungsi :
  - a. penyehatan ruang dan bangunan Rumah Sakit;
  - b. penyehatan makanan dan minuman;
  - c. penyehatan air bersih dan air minum;
  - d. pemantauan pengelolaan linen;
  - e. pengelolaan sampah;
  - f. pengendalian serangga dan binatang pengganggu;
  - g. desinfeksi dan sterilisasi ruang;
  - h. pengelolaan air limbah; dan
  - i. upaya penyuluhan kesehatan lingkungan.

Bagian Kedua  
Pengelolaan Sumber Daya Lainnya

Pasal 145

- (1) Pengelolaan Sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, gedung dan tanah akan dilakukan sesuai dengan peraturan peundang-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 XIII  
PEMBINAAN , PENGAWASAN, EVALUASI DAN  
PENILAIAN KINERJA

Bagian Kesatu  
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 146

- (1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Gubernur melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh PPKD.

(2) Pengawasan

- (2) Pengawasan Operasional rumah sakit dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur Rumah Sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh Gubernur, PPKD, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

Bagian Kedua  
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 147

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi Rumah Sakit.
- (2) Review/perubahan visi dan misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Review/perubahan visi dan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan oleh Direktur kepada Gubernur sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi Rumah Sakit.
- (3) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Gubernur dan dipublikasikan oleh Direktur.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Gubernur dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.
- (7) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit Kusta Kediri dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKjIP) setiap tahun disampaikan kepada Gubernur.

BAB XIV  
TUNTUTAN UMUM

Pasal 148

- (1) Dalam hal tuntutan diajukan karena kesalahan yang berkaitan dengan institusi, Rumah Sakit bertanggungjawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau Standar Prosedur Operasional.

(2) Dalam

- (2) Dalam hal tuntutan karena kesalahan yang berkaitan dengan individu, Rumah Sakit tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan.

BAB XV  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 149

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Surabaya  
pada tanggal 23 Mei 2017

GUBERNUR JAWA TIMUR

ttd.

Dr. H. SOEKARWO



Diundangkan di Surabaya  
pada tanggal 23 Mei 2017

an. SEKRETARIS DAERAH PROVINSI

JAWA TIMUR

Kepala Biro Hukum

ttd

Dr.HIMAWAN ESTU BAGIJO, SH.,MH

Pembina Utama Muda

NIP. 19640319 198903 1 001

BERITA DAERAH PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2017 NOMOR 26 SERI E.