



# **WALIKOTA PAGAR ALAM**

**PROVINSI SUMATERA SELATAN**

## **PERATURAN WALIKOTA PAGAR ALAM**

**NOMOR 17 TAHUN 2017**

**TENTANG**

**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BESEMAH KOTA  
PAGAR ALAM**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**WALIKOTA PAGAR ALAM,**

- Menimbang : a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 11 huruf b Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, perlu disusun Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah, atau Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah;
- b. bahwa Peraturan Internal sebagaimana dimaksud dalam huruf a digunakan sebagai pedoman untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Besemah Kota Pagar Alam;
- Mengingat : 1. Undang - Undang Nomor 8 Tahun 2001 tentang Pembentukan Kota Pagar Alam (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 88, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4115);
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 Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
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 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5065);
7. Undang - Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
8. Undang-Undang Republik Indonesia 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 Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang - Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Peraturan pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005

Tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 147/MENKES/PER/I/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);
18. Peraturan Daerah Kota Pagar Alam Nomor 02 Tahun 2009 Tentang Urusan Pemerintah yang menjadi Kewenangan Pemerintah Kota Pagar Alam (Lembaran Daerah Kota Pagar Alam Tahun 2009 Nomor 03 Seri E);



19. Peraturan Walikota Pagar Alam Nomor 35 Tahun 2011 tentang Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK Rumah Sakit) di Rumah Sakit Daerah Besemah Kota Pagar Alam;

**MEMUTUSKAN :**

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BESEMAMH KOTA PAGAR ALAM.

BAB I  
KETENTUAN UMUM  
Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Pagar Alam;
2. Walikota adalah Walikota Pagar Alam;
3. Pejabat pengelola adalah pimpinan yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional yang terdiri atas pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada rumah sakit yang bersangkutan;
4. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Besemah yang secara teknis medis dan teknis operasional bertanggung jawab pada Walikota;
5. Rumah Sakit Umum Daerah Besemah yang selanjutnya disebut RSUDB adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Pagar Alam, yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk semua jenis penyakit dari pelayanan dasar sampai dengan spesialisik sesuai dengan kemampuannya;
6. Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
7. Badan Layanan Umum Daerah, selanjutnya disebut 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;



8. Tata kelola rumah sakit (*Hospital ByLaws*) adalah peraturan internal rumah sakit (*Corporate Bylaws*) dan peraturan internal staf medis (*Medical Staff Bylaws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola organisasi rumah sakit yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*);
9. Tata kelola korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah peraturan yang mengatur tentang hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan dewan pengawas, pejabat pengelola, dan staf medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak masing-masing;
10. Tata kelola staf medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah peraturan internal staf medis yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari staf medis di rumah sakit;
11. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan 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;
12. Dewan Pengawas Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut dewan pengawas adalah perangkat yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan rumah sakit yang bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Saki;
13. Satuan pemeriksaan internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu pimpinan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat;
14. Kepala bagian atau kepala bidang adalah pejabat yang melaksanakan tugasnya dan bertanggung jawab kepada pejabat pengelola;
15. Kepala sub bagian atau kepala seksi adalah pejabat yang melaksanakan tugasnya dan bertanggung jawab kepada kepala bagian/kepala bidang serta pejabat pengelola;

16. Standar pelayanan minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan rumah sakit kepada masyarakat;
17. Rencana Strategis Bisnis yang selanjutnya disingkat Renstra Bisnis adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional;
18. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran;
19. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang dihasilkan dan/atau digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran;
20. Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit;
21. 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 medik, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medik;
22. Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan dokter sub spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit;
23. Staf Medis Fungsional yang selanjutnya disingkat SMF adalah kelompok staf medis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya atau kelompok profesi yang serumpun;
24. Tenaga fungsional adalah pegawai yang mempunyai tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang dalam suatu satuan organisasi yang melaksanakan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu dan bersifat mandiri;
25. Tenaga non medis adalah tenaga yang bekerja di rumah sakit yang tidak berhubungan dengan ilmu medis;
26. Tim adalah kelompok yang menghasilkan kinerja lebih tinggi daripada jumlah masukan individual;



27. Barang milik RSUDB yang selanjutnya disebut aset, adalah semua barang yang dibeli atau diperoleh atas beban anggaran RSUDB atau berasal dari perolehan lainnya yang sah;
28. Sumber daya lain adalah sarana, prasarana, gedung dan jalan yang dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi rumah sakit;
29. Unit kerja adalah tempat staf melaksanakan tugas dan fungsinya sesuai dengan jabatan masing-masing;
30. Instalasi adalah unit kerja yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan/ penunjang pelayanan kesehatan, pendidikan, penelitian dan pendukung pelayanan lainnya yang dilaksanakan di rumah sakit;
31. 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*);
32. Penugasan klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya;
33. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis (*Clinical Privilege*);
34. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis kembali;
35. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis;
36. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.



**BAB II**  
**PRINSIP TATA KELOLA**

**Pasal 2**

- (1) Tata Kelola PPK-BLUD RSUD KotaPagar Alam terdiri dari peraturan internal rumah sakit (*Corporate ByLaws*) dan peraturan internal staf medis (*Medical Staf ByLaws*) yang didalamnya memuat:
- a. struktur organisasi PPK - BLUD;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi yang logis;
  - d. pengelolaan sumber daya manusia; dan
  - e. pengelolaan sumber daya lain.
- (2) Tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai prinsip-prinsip dasar sebagai berikut :
- a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. responsibilitas;
  - d. independensi; dan
  - e. kesetaraan dan kewajaran.

**BAB III**  
**PERATURAN INTERNAL KORPORASI**

**Bagian Kesatu**  
**Identitas Rumah Sakit**

**Pasal 3**

- (1) Rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Besemah Kota Pagar Alam dengan identitas sebagai berikut:
- a. nama rumah sakit : Rumah Sakit Umum Daerah Besemah Kota Pagar Alam
  - b. status rumah sakit : Badan Layanan Umum Daerah
  - c. kelas rumah sakit : kelas D
  - d. alamat rumah sakit : Jln. Ade Irma Suryani Nasution No. 03, Pagar Alam.  
Fax 0730 621 798

(2) Logo RSUDB adalah sebagai berikut:



**Bagian Kedua  
Falsafah, Visi, Misi, Tujuan, dan Motto RSUD**

**Pasal 4**

Falsafah RSUDB adalah kepuasan dan kesembuhan pasien merupakan kebahagiaan kami.

**Pasal 5**

- (1) Dalam rangka menghadapi persaingan global, RSUDB menetapkan visi “menjadi salah satu rumah sakit yang terbaik di Sumatra Selatan dalam memberikan pelayanan kepada semua lapisan masyarakat”.
- (2) Sebagai upaya mewujudkan visi RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) RSUDB mempunyai misi untuk :
  - a. memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas serta terjangkau;
  - b. menyediakan SDM yang memadai baik kuantitas maupun kwalitas;
  - c. melaksanakan pengelolaan rumah sakit Secara profesional / tata kelola klinik yang baik ( *Good clinacal Governance*);
  - d. menciptakan suasana kerja yang nyaman sesama karyawan sehingga memiliki rasa kepedulian, rasa kebersamaan, disiplin dan tanggung jawab yang tinggi;
  - e. meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana prasaran pelayanan secara berkesinambungan;
  - f. Meningkatkan kesejahteraan karyawan menerapkan teknologi informatika dan manajemen keuangan rumah sakit.

**Pasal 6**

- (1) RSUDB sebagai instansi yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan mempunyai tujuan strategis sebagai berikut:
  - a. memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna & berkualitas bagi masyarakat pagar alam dan sekitarnya

- b. terselenggaranya pelayanan kesehatan rujukan yang optimal.
  - c. dapat memberikan pelayanan kesehatan yang unggul secara berkesinambungan.
  - d. dapat memberikan jaminan pelayanan yang profesional kepada masyarakat.
  - e. RSUDB dijadikan pusat pelayanan rujukan dalam melayani kesehatan masyarakat.
- (2) Dalam menjalankan pelayanan kesehatan, motto RSUD adalah “Kesehatan dan Kesembuhan Pasien Adalah Prioritas Kami”.

**Bagian Ketiga**  
**Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi RSUDB**

**Pasal 7**

- (1) Kedudukan RSUDB merupakan unsur penunjang Pemerintah Daerah dalam rangka mendukung pelaksanaan tugas Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) RSUDB mempunyai tugas sebagai berikut:
- a. melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan; dan
  - b. melakukan pelayanan rumah sakit yang bermutu sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.
- (3) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), RSUDB mempunyai fungsi sebagai:
- a. penyelenggaraan pelayanan medik;
  - b. penyelenggaraan pelayanan penunjang medik dan non medik;
  - c. penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan;
  - d. penyelenggaraan pelayanan rujukan;
  - e. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan;
  - f. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan; dan
  - g. penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan.



**Bagian Keempat**  
**Wewenang, Tugas dan Tanggung Jawab Pemerintah Daerah Sebagai**  
**Pemilik RSUD**

**Paragraf 1**  
**Wewenang Pemerintah Daerah/Pemilik**

**Pasal 8**

- (1) Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Besemah Kota Pagar Alam adalah Pemerintah Daerah;
- (2) Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai wewenang, tugas dan tanggungjawab penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (3) Kewenangan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah sebagai berikut :
  - a. menetapkan peraturan pola tata kelola/*Hospital Bylaws* dan standar pelayanan minimal RSUD, Pengelolaan Keuangan, Tarif Pelayanan, Jasa Pelayanan, Pengelolaan SDM Rumah Sakit;
  - b. mengangkat dan memberhentikan pejabat pengelola dan dewan pengawas;
  - c. menyetujui dan mengesahkan Rencana Strategis Bisnis, Anggaran Bisnis dan Anggaran, Rencana Tahunan Rumah Sakit serta program yang terkait dengan pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian melalui Dewan Pengawas;
  - d. mengatur aset yang berada di lingkungan RSUD;
  - e. memberikan persetujuan atas modal (*capital*) dan anggaran operasional Rumah Sakit;
  - f. menyetujui, mengesahkan dan melakukan review berkala Visi Misi rumah sakit;
  - g. menetapkan manajer senior dan melakukan evaluasi kinerja manajer senior paling sedikit setahun sekali; dan
  - h. mengangkat dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

**Paragraf 2**  
**Tugas dan Tanggungjawab Pemerintah Daerah**

**Pasal 9**

Tugas dan Tanggungjawab Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) adalah:

- a. menyediakan rumah sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat;
- b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di RSUDB bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundangundangan;
- c. bertanggung jawab atas defisit anggaran RSUDB yang bukan disebabkan oleh kelalaian, administrasi dan melanggar hukum sehingga dapat diajukan dalam usulan pembiayaan pada tahun anggaran berikutnya kepada Badan Keuangan Daerah Kota Pagar Alam;
- d. membina dan mengawasi penyelenggaraan rumah sakit;
- e. memberikan perlindungan kepada rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab;
- f. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan;
- g. menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian rumah sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
- h. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
- i. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa;
- j. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan
- k. mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.

**Bagian Kelima  
Dewan Pengawas**

**Paragraf 1  
Pembentukan Dewan Pengawas**

**Pasal 10**

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Walikota atas usulan Direktur RSUDB.
- (2) Dewan Pengawas adalah wadah non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit.
- (3) Jumlah Anggota Dewan Pengawas dibentuk sesuai nilai omset tahunan menurut laporan operasional atau nilai aset menurut neraca yang memenuhi syarat minimal.



- (4) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang dan seorang di antara Anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.

#### Paragraf 2

#### Tugas, Kewajiban dan kewenangan Dewan Pengawas

#### Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan RSUDB yang dilakukan oleh pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas berkewajiban:
- a. memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai RBA yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Walikota mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelola rumah sakit;
  - c. melaporkan kepada Walikota tentang kinerja rumah sakit;
  - d. memberikan nasehat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan pengelolaan rumah sakit;
  - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelola rumah sakit; dan
  - f. memonitor tindaklanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2), Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:
- a. meminta penjelasan dari Direksi dan / atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengurusan dan pengelolaan Rumah Sakit;
  - b. meminta Direksi dan / atau Pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas; dan
  - c. menghadiri rapat Direksi dan memberikan pandangan – pandangan terhadap hal – hal yang dibicarakan.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), kepada Walikota secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- (5) Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Walikota.



Paragraf 3  
Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:
  - a. pejabat Satuan Kerja Perangkat Daerah Kota Pagar Alam yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit;
  - b. pejabat di lingkungan Satuan Kerja Pengelola Keuangan Daerah Kota Pagar Alam; dan
  - c. tenaga ahli yang kompeten sesuai bidang keahlian dalam pengelolaan rumah sakit.
- (2) Pengangkatan Anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola rumah sakit.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas, yaitu:
  - a. Memiliki Kualifikasi pendidikan minimal Strata Satu (S1);
  - b. Tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah dan menyebabkan suatu badan usaha pailit;
  - c. Tidak menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah dan menyebabkan suatu badan usaha pailit;
  - d. Tidak menjadi pengurus/anggota partai politik, calon/anggota legeslatif atau calon kepala daerah;
  - e. Usia paling tinggi 60 ( enam puluh ) tahun
  - f. Memiliki integritas, dedikasi, kemampuan dan perhatian/waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - g. Mempunyai kompetensi yang relevan dengan kegiatan dan/atau pengelolaan keuangan BLUD;
  - h. Diutamakan membuat rekomendasi dari asosiasi/organisasi profesi/lembaga lain yang berkaitan dengan kegiatan BLUD
  - i. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - j. mampu melaksanakan perbuatan hukum atau tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
  - k. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan BLUD, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik serta Tidak mempunyai benturan kepentingan yang berkaitan dengan kegiatan BLUD.

Paragraf 4  
Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 13

- (1) Masa jabatan Anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Walikota.
- (3) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebelum waktunya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), apabila:
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit; atau
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas rumah sakit.

Paragraf 5  
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Walikota dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas dewan pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bukan merupakan Anggota Dewan Pengawas.

Paragraf 6  
Biaya Dewan Pengawas

Pasal 15

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

Paragraf 7  
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal - hal yang dianggap perlu dalam

melakukan kegiatan pembinaan dan pengawasan serta memberikan nasehat kepada Direksi.

- (2) Peserta rapat Dewan Pengawas adalah anggota Dewan Pengawas, sekretaris Dewan Pengawas Direksi dan dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas apabila diperlukan.
- (3) Pengembalian keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawara untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan surat terbanyak.

#### Pasal 17

Rapat Dewan Pengawas terdiri dari :

- a. Rapat Rutin;
- b. Rapat Tahunan; dan
- c. Rapat Khusus;

#### Pasal 18

- (1) Rapat rutin Dewan Pengawas dilakukan paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam setahun.
- (2) Rapat rutin Dewan Pengawas merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, meminta klarifikasi atau alternatif solusi dari berbagai masalah yang dihadapi oleh Rumah Sakit.
- (3) Rapat tahunan Dewan Pengawas dilakukan sekali dalam 1 (satu) tahun
- (4) Rapat tahunan Dewan Pengawas bertujuan untuk memberikan arahan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit mencakup pengelolaan pelayanan medik, sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta pengelolaan keuangan.

### Bagian Keenam Struktur Organisasi Pengelola RSUDB

#### Paragraf 1 Struktur Organisasi RSUDB

#### Pasal 19

Susunan organisasi BLUD RSUDB terdiri dari:

- a. Pimpinan, terdiri dari:
  1. Direktur;
- b. Bagian Tata Usaha, membawahi:
  1. Sub bagian Umum;
  2. Sub bagian Keuangan; dan



3. Subbagian Perencanaan Pelaporan.
- c. Bidang Pelayanan dan Perawatan, membawahi:
  1. Seksi Pelayanan; dan
  2. Seksi Perawatan.
- d. Bidang Penunjang, membawahi:
  1. Seksi Penunjang Diagnostik; dan
  2. Seksi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana.
- e. Bidang Rekam Medik, Program dan Diklat, membawahi:
  1. Seksi Program dan Diklat; dan
  2. Seksi Rekam Medik.
- f. Dewan Pengawas;
- g. Satuan Pengawas Internal;
- h. Komite; dan
- i. Instalasi.

Paragraf 2  
Susunan Pejabat Pengelola

Pasal 20

Pejabat pengelola BLUD RSUDB terdiri dari:

- a. Pemimpin rumah sakit yang selanjutnya disebut direktur;
- b. Pejabat keuangan adalah Kepala Bagian Tata Usaha yang bertanggung jawab kepada Pemimpin menyangkut pengelolaan keuangan, administrasi kepegawaian, tata naskah dinas dan rumah tangga Rumah Sakit;
- c. Pejabat teknis adalah Kepala Bidang Pelayanan dan Keperawatan, Kepala Bidang Penunjang, dan Kepala Bidang Program Diklat, Pendidikan dan Rekam Medik yang bertanggung jawab kepada Pemimpin atas semua kegiatan pelayanan kesehatan, meliputi pelayanan medis, penunjang medis, keperawatan, mutu, standarisasi, administrasi, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia.

Paragraf 3  
Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 21

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat pengelola BLUD ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.

- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (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 Walikota.
- (5) Pimpinan RSUDB bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah Kota Pagar Alam.
- (6) Pejabat keuangan dan pejabat teknis bertanggung jawab kepada pemimpin RSUDB.

Paragraf 4  
Persyaratan Menjadi Pejabat Pengelola

Pasal 22

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Pejabat Pengelola adalah:

- a. seorang tenaga medis untuk Pimpinan Rumah Sakit minimal S2 atau setara S2 manajemen rumah sakit yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. Minimal S1 untuk Penjabat Teknis dan Pejabat Keuangan;
- c. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit;
- d. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di rumah sakit;
- e. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- f. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Paragraf 5  
Kewajiban dan tanggung jawab direktur

Pasal 23

Direktur mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- a. Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan rumah sakit sesuai visi, misi dan tujuan organisasi dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;

- b. Menetapkan rencana strategis bisnis dan rencana bisnis anggaran rumah sakit;
- c. Mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis sesuai ketentuan;
- d. Menetapkan pejabat yang ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan serta pejabat lain sesuai kebutuhan rumah sakit;
- e. Menyampaikan dan mempertanggung jawabkan kinerja oprasional serta keuangan rumah sakit;
- f. Memelihara, mengelola dan meningkatkan sumber daya rumah sakit;
- g. Mewakili rumah sakit didalam dan diluar pengadilan;
- h. Menetapkan kebijakan oprasional rumah sakit;
- i. Menetapkan struktur organisasi dan tatakerja rumah sakit lengkap dengan rincian tugasnya setelah mendapatkan persetujuan dari walikota;
- j. Mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- k. Memutuskan dan menetapkan peraturan –peraturan rumah sakit guna melaksanakan ketentuan-ketentuan dalam peraturan internal dasar maupun peraturan perundang-undangan;
- l. Mematuhi peraturan dan perundang-undangan yang berlaku
- m. Menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
- n. Meminta pertanggung jawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat rumah sakit.

#### Pasal 24

Tanggung jawab direktur mengenai hal-hal berikut ini :

- a. Ketepatan kebijaksanaan berbasis visi dan misi rumah sakit;
- b. Kelancaran , efektifitas, dan efesiensi seluruh kegiatan rumah sakit;
- c. Kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya;
- d. bertanggung jawab atas terjadinya kerugian akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.



Paragraf 5  
Pemberhentian Pejabat Pengelola

Pasal 25

Pejabat pengelola diberhentikan karena :

- a. meninggal dunia;
- b. memasuki usia pensiun;
- c. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang diancam dengan pidana penjara paling singkat 4 (empat) tahun;
- d. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- e. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- f. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan/ atau
- g. promosi dan/atau mutasi jabatan;

Paragraf 6  
Tugas dan Fungsi Pejabat Pengelola

Pasal 26

- (1) Pejabat pengelola mempunyai tugas dan fungsi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya pejabat pengelola dibantu oleh kepala bagian/kepala bidang, kepala sub bagian/ kepala seksi dan manajer fungsional.

Bagian Ketujuh  
Organisasi dan Tata Kerja Pelaksana  
Paragraf 1  
Instalasi

Pasal 27

- (1) Untuk tersedianya fasilitas dan terselenggaranya kegiatan pelayanan, pendidikan pelatihan dan penelitian pengembangan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelaksana non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh direktur serta bertanggung jawab kepada direktur melalui pejabat keuangan/ pejabat teknis/wakil direktur.

- (4) Dalam melaksanakan tugasnya kepala instalasi dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional dan atau tenaga non medis, baik pegawai negeri sipil maupun non pegawai negeri sipil.
- (5) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dengan mengingat sumber daya yang tersedia di rumah sakit, meliputi sumber daya manusia, sarana prasarana dan memperhatikan kebutuhan masyarakat.

Paragraf 2  
Komite dan Tim

Pasal 28

Untuk menunjang pengelolaan kegiatan pelayanan rumah sakit, direktur membentuk komite dan tim yang diperlukan dalam meningkatkan pelayanan rumah sakit.

Pasal 29

- (1) Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
- (2) Pembentukan Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari;
  - 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 Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Paragraf 3  
Komite Medik

Pasal 30

- (1) Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*Clinical Government*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, menjaga mutu profesi medis, dan memelihara etika dan disiplin profesi medis.



- (2) Susunan fungsi, tugas dan kewajiban serta tanggung jawab dan kewenangan komite medik diuraikan pada tata kelola staf medik.

Paragraf 4  
Komite Keperawatan  
Pasal 31

- (1) Penyelenggaraan Komite Keperawatan bertujuan untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan serta mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan keperawatan dan pelayanan kebidanan yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi;
- (2) Tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perawat dan bidan.

Pasal 32

- (1) Komite keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan.
- (2) Komite keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.
- (3) Komite keperawatan dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan direktur.
- (4) Pengaturan mengenai Komite Keperawatan diatur dalam pengaturan internal staf keperawatan dan ditetapkan dengan peraturan direktur.

Pasal 33

- (1) Susunan organisasi komite keperawatan terdiri dari:
  - a. ketua komite keperawatan;
  - b. sekretaris komite keperawatan; dan
  - c. sub komite keperawatan.
- (2) Ketua komite keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, ditetapkan atas dasar usulan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (3) Sekretaris komite keperawatan dan sub komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dan c, ditetapkan atas dasar rekomendasi dari ketua komite keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (4) Sub komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, terdiri dari:
  - a. subkomite kredensial;

- b. subkomite mutu profesi; dan
  - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (5) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
  - (6) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b, bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
  - (7) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c, bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.
  - (8) Komite keperawatan bertanggung jawab kepada direktur.

#### Pasal 34

- (1) Komite keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara :
  - a. Melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
  - b. Memelihara mutu profesi tenaga keperawatan ; dan
  - c. Menjaga disiplin, etika dan perilaku perawat dan bidan;
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, komite keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
  - a. Menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku Putih;
  - b. Melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
  - c. Merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
  - d. Merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
  - e. Melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
  - f. Melaporkan seluruh proses kredensial kepada ketua komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur;
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, komite keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
  - a. Menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktis;
  - b. Merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. Melakukan audit keperawatan dan kebidanan ; dan
  - d. Memfasilitasi proses pendamping sesuai kebutuhan;



- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, komite keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
  - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
  - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

#### Pasal 35

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite Keperawatan berwenang :

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

#### Paragraf 5

#### Komite Etik dan Hukum

#### Pasal 36

- (1) Ketua dan anggota Komite Etik dan Hukum diangkat dan diberikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Ketua dan anggota Komite Etik dan Hukum dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
  - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;

- d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan rumah sakit;
  - e. adanya kebijakan dari Pemilik rumah sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan;

#### Pasal 37

- (1) Tugas Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada Pasal 36 ayat (2) adalah:
- a. memberikan pertimbangan dan saran kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan kebijakan dalam aspek hukum dan etika pelayanan di rumah sakit serta etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit;
  - b. membantu Direktur dalam penyelesaian masalah yang terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit;
  - c. membantu Direksi melakukan pembinaan dan pemeliharaan dalam aspek hukum dan a pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit dalam penyelenggaraan fungsi rumah sakit yang terkait dengan peraturan internal rumah sakit; dan
  - d. berkoordinasi dengan sub Bagian Hukum dan Humas Rumah Sakit dalam penanganan masalah hukum di rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Komite Etik dan Hukum berfungsi :
- a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi dalam aspek hukum dan etika pelayanan di rumah sakit serta etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit baik Internal maupun eksternal rumah sakit;
  - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan tentang aspek hukum dan etika pelayanan di rumah sakit serta etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit bagi petugas di rumah sakit; dan
  - c. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan terkait dalam aspek Hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika



penyelenggaraan organisasi rumah sakit serta terdapat masalah - masalah etika dan hukum di rumah sakit.

- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

#### Paragraf 6

#### Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

#### Pasal 38

- (1) Susunan organisasi komite pencegahan dan pengendalian infeksi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota komite.
- (2) Keanggotaan komite pencegahan dan pengendalian infeksi terbagi kedalam seksi dan tim.
- (3) Ketua komite pencegahan dan pengendalian infeksi diangkat dan diberhentikan direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari komite medik, komite keperawatan dan unsur dari bidang pelayanan medis dan keperawatan rumah sakit.
- (4) Sekretaris dan seksi - seksi diusulkan oleh ketua komite pencegahan dan pengendalian infeksi ditetapkan oleh direktur, dengan memperhatikan masukan dari komite medik, komite keperawatan dan unsur dari bidang pelayanan medis dan keperawatan rumah sakit.

#### Pasal 39

- (1) Komite pencegahan dan pengendalian infeksi mempunyai tugas pokok membantu direktur memberikan pertimbangan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), komite pencegahan dan pengendalian infeksi mempunyai fungsi:
  - a. menyusun, menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit;
  - b. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah kejadian luar biasa (KLB);
  - c. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip - prinsip - perinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;

- d. Membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - e. Melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - f. Memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik , non medik dan tenaga lainnya serta penggunaan jasa rumah sakit;
  - g. Menerima laporan atas kegiatan dan membuat laporan berkala kepada direktur.
- (3) Tim sebagaimana dimaksud pada Pasal 38 ayat (2) terdiri dari:
- a. Tim PPI/ IPCO / *Infection Prevention and Officer* ;
  - b. Tim Tuberculosis (TB).
- (4) Tugas Ketua Tim PPI/PCO/*Infection Prevention and Officer* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a adalah sebagai berikut:
- a. Berkontribusi dalam diagnose dan terapi infeksi yang benar
  - b. Turut menyusun pedoman penulisan resep antibiotika dan surveilans
  - c. Mengidentifikasi dan melaporkan kuman pathogen dan pola resistensi antibiotika
  - d. Berkerjasama dengan perawat PPI memonitor kegiatan surveilans infeksi dan mendeteksi serta menyelidiki KLB
  - e. Membimbing dan mengajarkan praktek dan prosedur PPI yang berhubungan dengan prosedur terapi
  - f. Turut memonitor cara kerja tenaga Kesehatan dalam merawat pasien
  - g. Turut membantu semua petugas Kesehatan untuk memahami pencegahan dan pengendalian infeksi
- (5) Tugas Ketua TIM Tuberculosis (TB) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b adalah sebagai berikut:
- a. Berkontribusi dalam diagnosis dan terapi infeksi TB yang benar.
  - b. Turut menyusun pedoman penulisan resep OAT dan surveilans TB
  - c. Mengidentifikasi dan melaporkan kuman patogen TB
  - d. Bekerjasama dengan Perawat PPI memonitor kegiatan surveilans infeksi dan mendeteksi serta menyelidiki KLB khususnya TB
  - e. Membimbing dan mengajarkan praktek dan prosedur PPI TB yang berhubungan dengan prosedur terapi
  - f. Turut memonitor cara kerja tenaga kesehatan dalam merawat pasien TB



- g. Turut membantu semua petugas kesehatan untuk memahami pencegahan dan pengendalian infeksi TB.

#### Pasal 40

Ketentuan lebih lanjut tentang komite pencegahan dan pengendalian infeksi diatur dalam peraturan internal komite pencegahan dan pengendalian infeksi yang ditetapkan oleh direktur.

#### Paragraf 7 Komite Farmasi dan Terapi

#### Pasal 41

- (1) Susunan organisasi komite farmasi dan terapi terdiri dari ketua, wakil ketua, sekretaris, bendahara dan anggota.
- (2) Ketua komite farmasi dan terapi diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari komite medik, komite keperawatan dan unsur dari bidang pelayanan medis dan keperawatan rumah sakit.
- (3) Sekretaris dan koordinasi diusulkan oleh ketua komite farmasi dan terapi ditetapkan oleh direktur, dengan memperhatikan masukan dari komite medik, bidang pelayanan medis dan bagian tata usaha rumah sakit.

#### Pasal 42

- (1) Komite farmasi dan terapi dibentuk guna membantu direktur dalam rangka mencapai budaya pengelola dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite farmasi dan terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
  - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit pedoman penggunaan antibiotika;
  - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak – pihak terkait;
  - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
  - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam rumah sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
  - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
  - f. mengelola obat yang digunakan dalam kategori khusus;

- g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan – kebijakan dan peraturan – peraturan mengenai peraturan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.

#### Pasal 43

Ketentuan lebih lanjut tentang komite farmasi dan terapi diatur dalam peraturan internal komite farmasi dan terapi yang ditetapkan oleh direktur .

#### Paragraf 8

#### Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

#### Pasal 44

- (1) Susunan organisasi komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien terdiri dari ketua, sekretaris, dan koordinator.
- (2) Keanggotaan komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien terbagi kedalam koordinator, yaitu koordinator peningkatan mutu, koordinator manajemen resiko, dan koordinator keselamatan pasien.
- (3) Ketua komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa kerja jabatan 3 (tiga) tahun dengan memperhatikan masukan dari komite medik, komite keperawatan dan unsur dari bidang pelayanan medis dan keperawatan rumah sakit.
- (4) Sekrtaris dan koordinator diusulkan oleh ketua komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien ke direktur, dengan memperhatikan masukan dari komite medik, komite keperawatan dan unsur dari bidang pelayanan medis dan keperawatan Rumah Sakit.

#### Pasal 45

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tujuan untuk meningkatnya mutu palayanan kesehatan Rumah Sakit secara berkelanjutan dan berkesinambungan melalui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

#### Pasal 46

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien secara khusus mempunyai tujuan sebagai berikut:

- a. mengevaluasi indikator mutu klinis, manajerial dan sasaran keselamatan pasien di unit dan bagian terkait pada periode tahun 2017 dengan membandingkan hasil pencapaian dengan standar atau target yang telah ditetapkan;



- b. mengevaluasi pencatatan dan pelaporan indicator mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit;
- c. mengevaluasi pelaksanaan *Root Cause Analysis* (RCA) dan *Failure Modes and Effect Analysis* (FMEA);
- d. mengajukan saran bagi unit atau bagian terkait dan rekomendasi kepada direktur untuk perbaikan dimasa akan datang.

#### Pasal 47

- (1) Komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien dibentuk guna membantu direktur dalam rangka peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- (2) Komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien mempunyai tugas:
  - a. meningkatkan mutu layanan di semua bidang layanan Rumah Sakit;
  - b. mengembangkan program keselamatan pasien rumah sakit;
  - c. menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien;
  - d. menjelaskan peran, motivator, edukator, konsultasi, evaluasi, dan monitoring program keselamatan pasien rumah sakit;
  - e. bersama – sama bagian diklat rumah sakit melakukan pelatihan internal keselamatan pasien; dan
  - f. melakukan pencatatan pelaporan, analisis masalah terkait dengan kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian sentinel.
- (3) Tugas koordinator peningkatan mutu, yaitu:
  - a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan manajemen mutu klinik;
  - b. mengevaluasi implementasi SPO Pelayanan;
  - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu klinik;
  - d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu klinis;
  - 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 baik internal atau eksternal rumah sakit;
- h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
- i. mengkoordinasi penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu; dan
- j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.

(4) Tugas koordinator manajemen resiko yaitu:

- a. membuat rencana strategi dan menyusun paduan manajemen mutu manajeme;
- 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 penyampaian indikator manajemen;
- f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen;
- g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal maupun eksternal rumah sakit;
- h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen; dan
- i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali;
- j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;

(5) Tugas koordinator keselamatan pasien yaitu:

- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan keselamatan pasien rumah sakit;
- b. melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait dengan kejadian tidak di harapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian sentinel;



- c. memproses laporan insiden keselamatan pasien (*external*) ke KKKRS PERSI;
- d. mengkoordinis investigasi dan masalah terkait kejadian tidak di harapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian sentinel; dan
- e. secara berkala membuat laporan kegiatan kepemimpinan Rumah Sakit.

#### Pasal 48

Ketentuan lebih lanjut tentang Program Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien diatur dalam peraturan internal komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sesuai dengan peraturan yang berlaku dan ditandatangani oleh Walikota .

#### Paragraf 9

##### Panitia *Adhoc* Komite Keperawatan

#### Pasal 49

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite Keperawatan dapat dibantu oleh Panita *Adhoc* Komite Keperawatan.
- (2) Panitia *Adhoc* Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) di tetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Keperawatan.
- (3) Panitia *Adhoc* Komite Keperawatan sebagaimana diamaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga keperawatan yang tergolong sebagai mitra Bestari.
- (4) Tenaga Keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah Sakit lain, organisasi profesi perawat, organisasi profesi bidan dan / atau institusi pendidikan keperawatan dan institusi kebidanan.

#### Paragraf 10

##### Tata Kerja

#### Pasal 50

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan yang ditetapkan di lingkungan RSUD wajib menerapkan:
  - a. prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi sesuai tugas masing-masing;

- b. langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - c. mengawasi bawahan; dan
  - d. prosedur kerja baku berupa *Standart Operating Procedure* berdasarkan kaidah-kaidah keselamatan pasien (*Patient Safety*) menurut ketentuan akreditasi rumah sakit.
- (2) Prinsip prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d adalah:
- a. jelas arah kebijakannya;
  - b. mengutamakan kepentingan dan keselamatan pengguna jasa pelayanan kesehatan;
  - c. konsisten;
  - d. sesuai dengan falsafah dan tujuan;
  - e. jelas pelaksanaannya;
  - f. jelas tanggungjawabnya; dan
  - g. senantiasa dilaksanakan evaluasi mutu dan kinerja.

#### Bagian Kedelapan Satuan Pemeriksaan Internal

##### Pasal 51

Untuk membantu tugas direktur dalam bidang pemeriksaan internal dan monitoring dibentuk satuan pemeriksaan internal.

##### Pasal 52

- (1) Pemeriksaan operasional BLUD dilakukan oleh Pemeriksa internal.
- (2) Pemeriksa internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah pemimpin BLUD.

##### Pasal 53

Pemeriksa internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 ayat (2), dapat dibentuk dengan mempertimbangkan:

- a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
- b. kompleksitas manajemen; dan
- c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.



#### Pasal 54

- (1) Internal auditor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 ayat (2), bersama-sama jajaran manajemen BLUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal BLUD.
- (2) Fungsi pengendalian internal BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), membantu manajemen BLUD dalam hal:
  - a. pengamanan harta kekayaan;
  - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
  - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
  - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi internal auditor, antara lain:
  - a. mempunyai etika, integritas dan kapabilitas yang memadai;
  - b. memiliki pendidikan dan/atau pengalaman teknis sebagai pemeriksa;
  - c. mempunyai sikap independen dan obyektif terhadap obyek yang diaudit.

#### Pasal 55

- (1) Tugas pokok satuan pemeriksaan internal adalah:
  - a. melakukan pemeriksaan terhadap pelaksanaan dan operasional rumah sakit;
  - b. menilai pengendalian/ pelaksanaan kegiatan rumah sakit; dan
  - c. memberikan saran perbaikan kepada direktur.
- (2) Fungsi satuan pemeriksaan internal adalah:
  - a. melakukan pemeriksaan terhadap segala kegiatan di lingkungan rumah sakit;
  - b. melakukan penelusuran kebenaran laporan atau informasi tentang penyimpangan yang terjadi;
  - c. melakukan pemantauan tindak lanjut hasil pemeriksaan Komite Etik.
- (3) Satuan pemeriksaan internal berada di bawah dan bertanggung jawab terhadap direktur.
- (4) Satuan pemeriksaan internal dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Kesembilan  
Pengelolaan Sumber Daya Manusia  
Paragraf 1  
Tujuan Pengelolaan

Pasal 56

Pengelolaan sumber daya manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung tercapainya tujuan organisasi secara efisien.

Paragraf 2  
Pegawai Rumah Sakit

Pasal 57

Pegawai rumah sakit terdiri dari pegawai negeri sipil dan non pegawai negeri sipil.

Paragraf 3  
Pengangkatan dan Pemberhentian Pegawai

Pasal 58

- (1) Penerimaan pegawai:
  - a. penerimaan pegawai yang berstatus pegawai negeri sipil dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
  - b. penerimaan pegawai non PNS dilakukan melalui mekanisme rekrutmen dan seleksi;
  - c. penerimaan pegawai non pegawai negeri sipil dilakukan dengan cara seleksi oleh panitia yang dibentuk oleh direktur berdasarkan kebutuhan melalui seleksi administrasi, seleksi kompetensi (tes potensi akademik, tes wawancara atau tes keterampilan (*Skill Test*)), tes psikologi/ psikotest, dan tes kesehatan.
- (2) Pegawai rumah sakit non PNS terdiri dari pegawai tetap dan pegawai kontrak.
- (3) Ketentuan pengangkatan dan pemberhentian pegawai rumah sakit yang berasal dari non PNS, diatur dengan Peraturan Walikota.

Pasal 59

Pemberhentian pegawai berstatus PNS dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian PNS.



Paragraf 4  
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 60

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas maka rumah sakit menerapkan kebijakan tentang penghargaan bagi pegawai PNS dan non PNS yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang berlaku.

Pasal 61

- (1) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai yang berstatus PNS sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Penghargaan yang diberikan kepada pegawai yang berstatus non PNS dapat berupa :
  - a. kenaikan upah secara berkala; dan /atau
  - b. insentif.

Pasal 62

- (1) Disiplin pegawai adalah suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban yang dituangkan dalam:
  - a. daftar hadir;
  - b. rekam jejak (*track record*);
  - c. laporan kegiatan; dan
  - d. daftar sasaran kinerja pegawai (SKP).
- (2) Tingkatan dan jenis pelanggaran disiplin pegawai sebagai berikut :
  - a. untuk pegawai berstatus PNS hukuman diberikan sesuai dengan peraturan yang berlaku;
  - b. untuk pegawai berstatus non PNS diberikan :
    - 1) hukuman disiplin ringan, terdiri dari teguran lisan dan teguran tertulis;
    - 2) hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan
    - 3) hukuman disiplin berat, berupa pemutusan hubungan kerja.

Paragraf 5  
Rotasi Pegawai

Pasal 63

Rotasi non PNS adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai, yang dilaksanakan atas pertimbangan direktur.

Pasal 64

Rotasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 dilaksanakan dengan pertimbangan:

- a. Penempatan pegawai pada pekerjaan sesuai dengan latar belakang pendidikan, kompetensi dan keterampilannya;
- b. Masa kerja pada suatu unit kerja tertentu;
- c. Pengalaman pegawai pada bidang tugas tertentu dimasa lalu;
- d. Penempatan pegawai pada bidang tugas tertentu untuk menunjang karir yang bersangkutan; dan /atau
- e. Kondisi fisik dan psikis pegawai.

Paragraf 6  
Pendidikan Pegawai dan Penelitian

Pasal 65

- (1) Tenaga profesi kesehatan dirumah sakit dapat mengajukan peningkatan pendidikan profesi berkelanjutan sesuai mekanisme yang ditetapkan dengan keputusan direktur berdasarkan hasil analisa kebutuhan rumah sakit dan rekomendasi dari komite-komite dirumah sakit:
  - a. rekomendasi bagi tenaga staf medis yang ingin mengikuti pendidikan berkelanjutan harus melalui komite medis;
  - b. rekomendasi bagi tenaga keperawatan harus melalui komite keperawatan dan bidang keperawatan; dan
  - c. rekomendasi bagi tenaga kesehatan lainnya harus melalui kepala bidang pelayanan penunjang.
- (2) Penetapan pemberian izin untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan sepenuhnya menjadi kewenangan direktur berdasarkan hasil rekomendasi dari komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a sampai c.



- (3) Pengajuan izin belajar dan tugas belajar diproses sesuai dengan peraturan yang berlaku dan harus melalui sub bagian administrasi SDM yang berkoordinasi dengan kepala bagian pendidikan dan penelitian.
- (4) Sebagai rumah sakit pendidikan, perjanjian kerjasama dituangkan dalam bentuk MoU (*Memorandum of Understanding*) dan dilaksanakan selama periode masa berlakunya.
- (5) Pendidikan bagi mahasiswa staf medis dan mahasiswa tenaga keperawatan serta mahasiswa tenaga kesehatan lainnya dikelola oleh subbag pendidikan dan penelitian sesuai mekanisme dan peraturan yang berlaku.

Bagian Kesepuluh  
Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 66

- (1) Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, dan infrastruktur yang dikuasai dan dimiliki dilakukan sesuai dengan peraturan perundangan-undangan yang berlaku.
- (2) Pengelolaan sumber daya lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaraan tugas pokok dan fungsi rumah sakit.

Paragraf 1  
Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

Pasal 67

- (1) Seluruh pegawai rumah sakit wajib menjaga lingkungan baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang berorientasi kepada kesehatan, kebersihan, kenyamanan, keamanan, kerapian, keindahan dan keselamatan.
- (3) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, lingkungan kimia, fisik dan biologis, antara lain:
  - a. kebersihan lingkungan rumah sakit selama 24 jam meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet/ kamar mandi;
  - b. pengelolaan sampah medik dan domestik;
  - c. pengelolaan limbah cair;
  - d. pengelolaan limbah radioaktif;
  - e. pengelolaan sampah bekas jaringan;

- f. pengamatan area bebas rokok; dan
  - g. memperluas area taman dan tanaman penghijauan untuk mengurangi pemanasan global.
- (4) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai dengan ketentuan dalam perundang-undangan yang berlaku.

Paragraf 2  
Pembinaan

Pasal 68

- (1) Pembinaan teknis PPK BLUD RSUD dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah KotaPagar Alam.
- (2) Pembinaan keuangan BLUD dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.

Pasal 69

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif, antara lain disiplin kepegawaian dan motivasi kerja, dilakukan oleh direktur.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian, antara lain audit medis, *peer review*, disiplin profesi, etika profesi, penerapan keselamatan pasien (*Patient Safety*) dan lain sebagainya dilakukan oleh komite medis dan atau komite keperawatan.
- (3) Berdasarkan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), staf medis yang memberikan pelayanan medik menetap di unit pelayanan tertentu secara fungsional profesi tetap menjadi tanggung jawab komite medis dan atau komite keperawatan khususnya dalam pembinaan etik, mutu dan pengembangan ilmu dan pelaksanaannya secara administratif dikoordinasikan oleh kepala instalasi.
- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja keuangan, diukur berdasarkan tingkat kemampuan rumah sakit dalam:
  - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
  - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
  - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
  - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.



- (5) Penilaian kinerja dari aspek non keuangan dapat diukur berdasarkan perspektif pengguna jasa pelayanan kesehatan, proses internal pelayanan, pembelajaran dan pertumbuhan.
- (6) Sistem akuntabilitas disusun berdasarkan evaluasi dan penilaian kinerja aspek keuangan dan non keuangan.

Bagian Kesebelas  
Perencanaan dan Penganggaran  
Paragraf 1  
Perencanaan

Pasal 70

- (1) Rumah sakit menyusun renstra bisnis rumah sakit.
- (2) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi, misi, nilai dasar, kebijakan dasar, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan rumah sakit.
- (3) Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan
- (4) Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan rumah sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.
- (5) Nilai dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat norma yang dilaksanakan untuk memberikan pelayanan kesehatan.
- (6) Kebijakan dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan pelayanan di rumah sakit.
- (7) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul.
- (8) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisis atas faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.

- (9) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- (10) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Paragraf 2  
Penggaggaran

Pasal 71

- (1) Pejabat keuangan menyusun RBA tahunan yang berpedoman kepada rencana strategis bisnis rumah sakit.
- (2) Penyusunan RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan sumber-sumber pendapatan rumah sakit lainnya.

Pasal 72

RBA merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan BLUD dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan BLUD.

Pasal 73

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 72, 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 RKASKPD/ Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.



- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

#### Pasal 74

- (1) RBA BLUD disampaikan kepada Tim APBD melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) untuk dilakukan penelaahan sebagai bagian penyusunan APBD.
- (2) Setelah Rancangan APBD disahkan menjadi APBD, Pimpinan BLUD melakukan penyesuaian terhadap RBA sesuai dengan hasil penelaahan Tim APBD.
- (3) RBA hasil penyesuaian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disampaikan kepada PPKD untuk mendapatkan pengesahan menjadi RBA definitif.
- (4) RBA definitif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sebagai dasar penerbitan DPA BLUD.

#### Bagian Keduabelas Pengelolaan Keuangan

#### Pasal 75

- (1) Pengelolaan keuangan menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD RSUD sakit.
- (2) Ketentuan-ketentuan yang bersangkutan dengan pengelolaan keuangan diatur sesuai peraturan perundang-undangan.

#### Paragraf 1 Penatausahaan Keuangan

#### Pasal 76

- (1) Penatausahaan keuangan diatur sebagai berikut:
  - a. pendapatan dan biaya;
  - b. penerimaan dan pengeluaran;
  - c. piutang dan utang;
  - d. persediaan;
  - e. investasi, aset tetap dan aset lainnya; dan
  - f. ekuitas dana.
- (2) Penatausahaan keuangan rumah sakit selain dana penerimaan operasional, tetap berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undang yang berlaku.

- (3) Untuk keperluan pengendalian/ pengelolaan keuangan dan barang rumah sakit, penatausahaan menurut sistem akuntansi.
- (4) Pengelolaan keuangan rumah sakit berdasarkan pada prinsip bisnis yang sehat yang dilakukan secara tertib, efektif, efisien, transparan dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (5) Dalam rangka penerapan prinsip sebagaimana dimaksud pada ayat (4) maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis akrual (SAK) dan standar akuntansi pemerintah (SAP).
- (6) Kebijakan penatausahaan keuangan ditetapkan dengan Peraturan Walikota.

Paragraf 2  
Pendapatan

Pasal 77

- (1) Pendapatan rumah sakit terdiri dari:
  - a. pendapatan jasa layanan;
  - b. pendapatan hibah;
  - c. pendapatan kerjasama;
  - d. pendapatan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah;
  - e. pendapatan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara; dan
  - f. pendapatan lain-lain.
- (2) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (3) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (4) Hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi BLUD.
- (5) Pendapatan BLUD yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, berupa pendapatan yang berasal dari otorisasi kredit anggaran pemerintah daerah bukan dari kegiatan pembiayaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (6) Pendapatan BLUD yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan dan lain-lain.



- (7) Lain-lain pendapatan BLUD yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f, antara lain:
- 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
  - g. pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD.
- (8) Seluruh pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran BLUD sesuai RBA.
- (9) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (10) Seluruh pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf f, dilaksanakan melalui rekening kas BLUD dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan BLUD.
- (11) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada PPKD setiap triwulan.

### Paragraf 3 Biaya

#### Pasal 78

- (1) Biaya BLUD merupakan biaya operasional dan biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban BLUD dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban BLUD dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.
- (4) Biaya BLUD 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 79

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 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 pemeliharaan;
  - e. biaya barang dan jasa; dan
  - f. biaya pelayanan lain-lain.
- (5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud 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 80

Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 ayat (3), terdiri dari:

- a. biaya bunga;
- b. biaya administrasi bank;
- c. biaya kerugian penjualan aset tetap;
- d. biaya kerugian penurunan nilai; dan
- e. biaya non operasional lain-lain.



Paragraf 4  
Tarif Layanan

Pasal 81

- (1) RSUD dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang / atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan unit layanan atau hasil hasil perinvestasi dana.
- (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 dalam ayat (2), dapat berupa besaran tarif atau sesuai jenis layanan di rumah sakit.
- (5) Besaran tarif layanan dibedakan menjadi:
  - a. pelayanan yang menggunakan tarif umum disesuaikan dengan Peraturan Walikota; dan
  - b. pelayanan yang menggunakan BPJS disesuaikan dengan tarif INA CBGs.

Paragraf 5  
Pengelolaan Aset

Pasal 82

- (1) Tanah dan bangunan disertifikatkan atas nama Pemerintah Daerah.
- (2) Tanah dan bangunan yang tidak digunakan dalam rangka tugas pelayanan dan fungsi rumah sakit, dapat dimanfaatkan oleh direktur dengan persetujuan Walikota.
- (3) Aset tetap tidak boleh dialihkan dan/ atau dihapuskan kecuali atas persetujuan Walikota berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Hasil pemanfaatan aset sebagaimana pada ayat (2), merupakan pendapatan RSUD dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (5) Barang inventaris milik rumah sakit dapat dihapus dan/ atau dialihkan atas dasar pertimbangan ekonomis dengan persetujuan Walikota.
- (6) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan barang habis pakai, barang untuk diolah atau dialihkan/dijual dan barang lain yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.

- (7) Hasil penjualan barang dimaksud pada ayat (5) merupakan pendapatan rumah sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (8) Direktur beserta pejabat dibawahnya secara berjenjang harus memelihara seluruh aset rumah sakit dengan tertib efektif dan efisien sehingga mempunyai masa manfaat yang sebanyak-banyaknya termasuk teknologinya dan akurasi dari sarana dan prasarana rumah sakit.

Paragraf 6  
Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 83

- (1) BLUD RSUD menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan BLUD RSUD dicatat dalam dokumen pendukung yang dikelola secara tertib.
- (3) Laporan keuangan BLUD RSUD disusun berdasarkan standar akuntansi keuangan (SAK) terdiri dari:
  - a. neraca yang menggambarkan posisi keuangan mengenai aset, kewajiban dan ekuitas dana pada tanggal tertentu;
  - b. laporan operasional yang berisi informasi jumlah pendapatan dan biaya rumah sakit selama satu periode;
  - c. laporan arus kas yang menyajikan informasi keterkaitan dengan aktivitas operasional, investasi dan aktivitas pendanaan dan atau pembiayaan yang menggambarkan saldo awal, penerimaan, pengeluaran dan saldo akhir kas selama periode tertentu;
  - d. catatan atas laporan keuangan yang berisi penjelasan naratif atau rincian dari angka yang tertera dalam laporan keuangan.
- (4) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), disertai dengan laporan kinerja.
- (5) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (6) Setiap bulan BLUD RSUD menyusun dan menyampaikan laporan realisasi pendapatan dan belanja kepada PPKD.
- (7) Setiap triwulan BLUD RSUD menyusun dan realisasi pendapatan dan belanjayang disertai surat pernyataan tanggung jawab kepada PPKD untuk mendapatkan pengesahan.
- (8) Setiap triwulan BLUD RSUD menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada PPKD.



- (9) Setiap semesteran dan tahunan BLUD RSUD menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan oprasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada PPKD.
- (10) Penyusunan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (7) untuk kepentingan konsolidasi, dilakukan berdasarkan standar akuntansi pemerintah.

#### Bagian Ketigabelas Rapat-Rapat

##### Pasal 84

- (1) Rapat merupakan pertemuan atau komunikasi yang dilakukan oleh beberapa orang untuk membahas atau menyelesaikan permasalahan yang terjadi dalam rumah sakit.
- (2) Rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
  - a. rapat rutin;
  - b. rapat khusus;
  - c. rapat insidental; dan
  - d. rapat koordinasi.
- (3) Notulensi rapat adalah rangkuman hasil rapat yang berisi kesimpulan yang telah disepakati.

##### Pasal 85

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (2) huruf a, merupakan rapat yang sudah ditentukan dan sudah terprogram.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (2) huruf b, merupakan rapat yang diadakan dengan suatu perencanaan terlebih dahulu menurut ketentuan yang berlaku.
- (3) Rapat insidental sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (2) huruf c, merupakan rapat yang tidak berdasarkan jadwal, bergantung pada masalah yang dihadapi.
- (4) Rapat koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 ayat (2) huruf d, merupakan rapat yang dihadiri oleh direktur dan pejabat struktural.

##### Pasal 86

- (1) Dalam mengambil keputusan peserta rapat berkoordinasi mengenai sesuatu dan bagaimana cara untuk memecahkannya.

- (2) Apabila menemukan suatu persoalan, peserta rapat kemudian menentukan rumusan yang tepat untuk menyelesaikannya berdasarkan data yang relevan.
- (3) Dari data yang telah didapat, peserta rapat dapat memutuskan dan memilih alternatif yang terbaik untuk menyelesaikan suatu masalah.
- (4) Melaksanakan keputusan yang telah diambil dan bertanggungjawab untuk melaksanakannya, dengan memperhatikan resiko dan ketidakpastian terhadap keputusan yang dipilih.
- (5) Implementasi yang telah diambil harus selalu dimonitor secara terus menerus untuk mengevaluasi kesalahan yang ada.

### Bagian Keempatbelas Remunerasi

#### Pasal 87

- (1) Remunerasi merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/ atau pensiun.
- (2) Dewan Pengawas, pejabat pengelola, dan pegawai rumah sakit diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (3) Remunerasi dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, diberikan dalam bentuk honorarium.
- (4) Penetapan remunerasi pejabat pengelola, ditetapkan oleh direktur dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan:
  - a. jumlah aset yang dikelola, pendapatan dan tingkat pelayanan serta produktivitas;
  - b. kemampuan anggaran rumah sakit; dan
  - c. kinerja operasional rumah sakit yang ditetapkan oleh Walikota dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.
- (5) Honorarium dewan pengawas, ditetapkan sesuai dengan Peraturan Walikota.
- (6) Remunerasi bagi pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dihitung berdasarkan indikator penilaian:
  - a. pengalaman dan masa kerja (*Basic Index*);
  - b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*Competency Index*);
  - c. resiko kerja (*Risk Index*);



- d. tingkat kegawatdaruratan (*Emergency Index*);
  - e. jabatan yang disandang (*Position Index*); dan
  - f. hasil/ capaian kerja (*Performance Index*).
- (7) Bagi pejabat pengelola dan pegawai yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan PNS serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai peraturan perundang-undangan.
- (8) Penggajian non PNS ditetapkan melalui Keputusan Direktur.

Bagian Kelimabelas  
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 88

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit, Walikota menetapkan standar pelayanan minimal rumah sakit dengan peraturan Walikota.
- (2) Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diusulkan oleh direktur.
- (3) Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.
- (4) Standar pelayanan minimal harus memenuhi persyaratan:
- a. fokus pada jenis pelayanan;
  - b. terukur;
  - c. dapat dicapai;
  - d. relevan dan dapat diandalkan;
  - e. tepat waktu;
  - f. sesuai dengan kaidah-kaidah penjaminan mutu dan keselamatan pasien; dan
  - g. sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (5) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi rumah sakit;
- (6) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan;

- (7) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya;
- (8) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi rumah sakit;
- (9) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan;
- (10) Mengacu pada kaidah-kaidah penjaminan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan peraturan perundangan.

BAB IV  
TATA KELOLA STAF MEDIS (MEDICAL STAFF BYLAWS)

Bagian Kesatu  
Staf Medik Fungsional (SMF)  
Paragraf 1  
Maksud dan Tujuan

Pasal 89

Tata kelola staf medis dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis dan keselamatan pasien sebagaimana yang diharapkan.

Pasal 90

Tata kelola staf medis mempunyai tujuan:

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



Paragraf 2  
Tugas dan Tanggung Jawab SMF  
Pasal 91

- (1) Staf medik fungsional adalah kelompok dokter dan dokter gigi yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional, bertanggung jawab profesi dan hukum secara mandiri.
- (2) Staf medik fungsional mempunyai tugas sebagai berikut:
  - a. melakukan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan dan pemulihan penyakit yang diderita pasien;
  - b. meningkatkan kemampuannya profesinya, melalui program pendidikan / pelatihan berkelanjutan;
  - c. menjaga agar kuitansi pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis serta standar etika dan disiplin kedokteran yang sudah ada ditetapkan; dan
  - d. menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas staf medik fungsional dikelompokkan berdasarkan keahlian dan banyaknya sumber daya yang tersedia
- (4) Kelompok staf medik fungsional sebagaimana dimaksud ayat (3) dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggota kelompoknya untuk masa bakti tertentu.
- (5) Staf Medik Fungsional di Rumah Sakit terdiri dari :
  - a. Staf Medik Fungsional Bedah ;
  - b. Staf Medik Fungsional Kebidanan;
  - c. Staf Medik Fungsional Ilmu Penyakit Dalam;
  - d. Staf Medik Fungsional Ilmu Penyakit Anak;
  - e. Staf Medik Fungsional Kulit dan Kelamin;
  - f. Staf Medik Fungsional Jantung dan Pembuluh Darah;
  - g. Staf Medik Fungsional Mata;
  - h. Staf Medik Fungsional Patologi Klinik; dan
  - i. Staf Medik Fungsional Umum;
- (6) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan Staf Medis Fungsional ditetapkan oleh Direktur.
- (7) Staf Medis Fungsional secara perorangan mempunyai fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis

Paragraf 3  
Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis Fungsional

Pasal 92

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf medis fungsional yang dilakukan oleh direktur berdasarkan rekomendasi wakil direktur pelayanan medik dan keperawatan atau komite medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf medis fungsional meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi etika profesi, kendali biaya disiplin pegawai dan motivasi kerja.
- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh komite medik.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan, kendali biaya, disiplin pegawai dan motivasi kerja dilakukan oleh wakil Direktur pelayanan medik dan keperawatan.

Pasal 93

Pembinaan dan pengawasan terkait mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan dengan audit medis, yang diarahkan untuk:

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh staf medis;
- b. Meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf medis; dan
- c. Melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf medis.

Paragraf 4

Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)

Pasal 94

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pasien adalah merupakan staf medis fungsional yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di Rumah Sakit.
- (2) Seluruh staf medis Fungsional dapat menjadi Dokter Penanggung Jawab Pasien sesuai dengan tempat tugasnya.

Pasal 95

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pasien terdiri dari Dokter Penanggung Jawab Pasien pada pelayanan gawat darurat DPJP Fungsional yang bertugas pada pelayanan rawat inap.



- (2) Dokter Penanggung Jawab Pasien pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis Fungsional yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat saat itu.
- (3) Dokter Penanggung Jawab Pasien pada pelayanan rawat jalan adalah Staf Medis Fungsional yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang berlaku.
- (4) Dokter Penanggung Jawab Pasien pada pelayanan rawat inap adalah Staf Medis Fungsional yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (5) Dokter Penanggung Jawab Pasien pada pelayanan rawat inap sudah harus ditentukan sebelum pasien masuk rawat inap.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pasien ditetapkan dengan keputusan Direktur.

#### Pasal 96

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pasien sebagaimana dimaksud pada Pasal 94 mempunyai tugas :
  - a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnose penyakit, pemeriksaan penunjang, pemberian terapi, evaluasi keberhasilan terapi dan mendokumentasikannya ke dalam rekam medik;
  - b. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada pasien, keluarga pasien dan tim pelayanan;
  - c. memberikan edukasi kepada pasien;
  - d. bila diperlukan Dokter Penanggung Jawab Pasien melakukan persentasi kasus medis yang ditanganinya di hadapan komite medik; dan
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pasien Wajib membuat rencanaasuhan pelayanan terhadappasien pada saat pasien masuk rawat inap, dengan memperhentikan kendali biaya dan kendali mutu.

#### Paragraf 5

Mitra Bestari (*Peer Group*)

#### Pasal 97

- (1) Mitra Bestari merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terikat dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis.

- (2) Staf medis dalam mitra bestari pada ayat (1) tidak terbatas dari staf medis yang ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit yaitu perhimpunan dokter spesialis (Kolegium) atau fakultas kedokteran.
- (3) Direktur bersama komite Medik dapat membentuk panitia adhoc yang terdiri dari mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi maupun penegakan disiplin dan tika profesi di rumah sakit.

## Bagian Kedua Kewenangan Klinik

### Pasal 98

- (1) Pelayanan medis, pendidikan dokter/dokter spesialis dan penelitian kedokteran hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberikan kewenangan klinis.
- (2) Pemberian dan perubahan kewenangan klinis staf medis ditetapkan atas rekomendasi komite medik dan disahkan oleh direktur berdasarkan pertimbangan antara lain:
  - a. *Clinical Appraisal* (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
  - b. Standar profesi dari organisasi profesi;
  - c. Standar pendidikan; dan
  - d. Standar kompetensi dan kolegium.
- (3) Mekanisme sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diatur dalam tata laksana penetapan kewenangan klinis dan daftar perincian kewenangan klinis staf medis dari komite medik.

### Pasal 99

Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut.

### Pasal 100

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/ atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.



- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam surat keputusan direktur dan disampaikan kepada pemohon.

#### Pasal 101

Kewenangan klinis sementara dapat diberikan kepada dokter tamu atau dokter pengganti dengan memperhatikan masukan dari komite medik.

#### Pasal 102

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinis untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

### Bagian Ketiga Penugasan Klinis

#### Pasal 103

- (1) Penempatan staf medis ke salah satu kelompok staf medis (Staf Medis Fungsional) berdasarkan surat penugasan klinis rumah sakit dari direktur berdasarkan rekomendasi komite medik.
- (2) Penempatan staf medis ke divisi dalam satu kelompok staf medis (Staf Medis Fungsional) berdasarkan surat penugasan ketua Staf Medis Fungsional (SMF).
- (3) Perubahan penugasan klinis staf medis dapat dilakukan oleh direktur atas rekomendasi komite medik.
- (4) Mekanisme sebagaimana dimaksud pada ayat (1), (2) dan (3) diatur dalam tata laksana kredensial dan rekredensial dari komite medik.

Bagian Keempat  
Komite Medik  
Paragraf 1  
Wewenang, Tugas dan Fungsi

Pasal 104

Komite medik berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*Delineation of Clinical Privilege*);
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*Clinical Appointment*);
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/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 105

Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:

- a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
- b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
- c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi medis.

Pasal 106

Dalam melaksanakan tugas kredensial, komite medik memiliki fungsi sebagai berikut :

- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian;
- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
  - 1) kompetensi;
  - 2) kesehatan fisik dan mental;
  - 3) perilaku;
  - 4) etika profesi.
- c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;



- d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis;
- f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
- g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
- h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat klinis.

#### Pasal 107

Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. pelaksanaan audit medis;
- b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
- c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis; dan
- d. rekomendasi pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.

#### Pasal 108

Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi, 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 pelaku profesional di rumah sakit; dan
- d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

#### Pasal 109

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, komite medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc* komite medik.
- (2) Panitia *ad hoc* komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (3) Panitia *ad hoc* komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.

- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/ atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Paragraf 2  
Pengorganisasian

Pasal 110

- (1) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh direktur.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.

Pasal 111

Pembentukan Komite medik ditetapkan dengan keputusan direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun, berkedudukan di bawah serta bertanggung jawab kepada direktur.

Pasal 112

- (1) Susunan organisasi komite medik terdiri dari:
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. subkomite.
- (2) Dalam hal keterbatasan sumber daya manusia, susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
  - a. ketua dan sekretaris tanpa subkomite; atau
  - b. ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota subkomite.

Pasal 113

- (1) Ketua komite medik ditetapkan oleh direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (2) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.

Pasal 114

- (1) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku;



- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud (1) dilaksanakan melalui:
  - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
  - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
  - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

Bagian Kelima  
Rapat Komite Medik

Pasal 118

- (1) Mekanisme pengambilan keputusan komite medik berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*Evidence-Based*).
- (2) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), melalui rapat komite medik dan sub komite.
- (3) Mekanisme, jenis, dan pelaksanaan rapat tersebut diatur lebih lanjut dalam tata laksana rapat pengambilan keputusan komite medik.

Bagian Keenam  
Subkomite Kredensial

Pasal 119

- (1) Subkomite kredensial bertujuan untuk:
  - a. mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;
  - b. menyusun kewenangan klinis bagi setiap staf medis;
  - c. memberikan rekomendasi kepada direktur sebagai dasar penerbitan penugasan klinis;
  - d. menjaga reputasi dan kredibilitas staf medis dan institusi rumah sakit.
- (2) Subkomite kredensial terdiri dari:
  - a. ketua subkomite kredensial;
  - b. sekretaris;
  - c. anggota.
- (3) Subkomite kredensial bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

- (2) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

#### Pasal 115

- (1) Anggota komite medik terbagi kedalam subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
  - a. subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
  - b. subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
  - c. subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

#### Paragraf 3

#### Hubungan Komite Medik Dengan Direktur

#### Pasal 115

Hubungan komite medik dengan direktur adalah:

- a. direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medis; dan
- b. komite medik bertanggungjawab kepada direktur.

#### Pasal 116

Komite medik bertanggung jawab kepada direktur meliputi hal-hal yang berkaitan dengan:

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

#### Paragraf 4

#### Pembinaan dan Pengawasan

#### Pasal 117

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite medik dilakukan oleh badan-badan yang berwenang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit.



Bagian Ketujuh  
Subkomite Mutu Profesi

Pasal 120

- (1) Subkomite mutu profesi bertujuan untuk :
  - a. membentuk dan memastikan staf medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
  - b. memberikan asas keadilan bagi staf medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi dan kewenangan klinis;
  - c. mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan;
  - d. memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan, maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus.
  
- (2) Subkomite mutu terdiri dari :
  - a. ketua subkomite mutu;
  - b. anggota
  
- (3) Mekanisme kerja subkomite mutu profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
  - a. tata kelola klinis (*Clinical Governance*);
  - b. audit medis;
  - c. pembahasan kasus kematian;
  - d. pembahasan kasus sulit;
  - e. *evidence-based practice dan health technology assessment*;
  - f. pendampingan profesi medis (*Proctoring*).
  
- (4) Subkomite mutu profesi bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Kedelapan  
Subkomite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 121

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi bertujuan untuk:
  - a. melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat dan tidak layak untuk melakukan asuhan klinis;

- b. memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medis di rumah sakit.
- (2) Sub komite etika dan disiplin profesi terdiri dari:
    - a. ketua subkomite etika dan disiplin profesi;
    - b. anggota.
  - (3) Mekanisme kerja subkomite etika dan disiplin profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
    - a. pendisiplinan perilaku profesional;
    - b. pembinaan profesionalisme kedokteran;
    - c. pertimbangan keputusan etik.
  - (4) Subkomite etik dan disiplin profesi bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Kesembilan  
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 122

- (1) Staf medis melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan kewenangan klinis dan penugasan klinis masing-masing dalam tata kelola klinis (*Clinical Governance*) rumah sakit dan kelompok staf medis (SMF).
- (2) Tata kelola klinis rumah sakit (*Clinical Governance*) adalah sistem penjaminan mutu layanan di rumah sakit.
- (3) Tata kelola klinis rumah sakit disusun oleh wakil direktur pelayanan ditetapkan serta disahkan oleh direktur.
- (4) Tata kelola klinis staf medis fungsional disusun oleh ketua staf medis fungsional ditetapkan dan disahkan penerapannya oleh direktur.
- (5) Pelaksanaan tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan (4) untuk staf medis diatur lebih lanjut dalam bentuk *medical staff rules and regulation*.
- (6) *Medical staff rules and regulation* disusun oleh wakil direktur pelayanan bersama para staf medis fungsional ditetapkan dan disahkan oleh direktur.
- (7) Dalam keadaan bencana alam, kegawatdaruratan akibat bencana masal, kerusakan yang menimbulkan banyak korban maka semua dapat diberikan penugasan klinis untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

- (8) Masing – masing SMF wajib membuat pedoman pelayanan medis, standar prosedur oprasional dan peraturan pelaksanaan lainnya yang ditetapkan oleh Direktur.
- (9) Masing – masing anggota SMF wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dalam melaksanakan tugas, baik di lingkungannya maupun dengan SMF lain atau instansi lain yang terkait.
- (10) Untuk menangani pelayanan medis tertentu, Direktur dapat membentuk panitia atau kelompok kerja.
- (11) Setiap ketua SMF wajib membantu kapid. pelayanan medik dan keperawatan serta komite medik dalam melakukan bimbingan, pembinaan dan pengawasan terhadap anggotanya.

Bagian Kesepuluh  
Tata Cara Review dan Perbaikan Peraturan Internal Staf Medis

Pasal 123

- (1) Peraturan internal staf medis, dapat dilakukan review dan perubahan bilamana :
  - a. adanya perubahan peraturan menteri kesehatan tentang peraturan internal korporasi rumah sakit, peraturan internal staf medis ataupun peraturan/ perundangan lainnya yang menyangkut profesi medis;
  - b. kebijakan baru lain mengenai status rumah sakit.
- (2) Mekanisme dan cara perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur lebih lanjut dalam tata laksana review dan perbaikan peraturan internal staf medis.

BAB V  
HAK DAN KEWAJIBAN RUMAH SAKIT DAN PASIEN  
Bagian Kesatu  
Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 124

- (1) Hak rumah sakit adalah:
  - a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit;



- b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan;
- c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
- g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. mendapatkan insentif pajak bagi rumah sakit publik dan rumah sakit yang ditetapkan.

(2) Kewajiban rumah sakit adalah:

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat;
- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit dengan menerapkan standar keselamatan pasien;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai 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, 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 di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (*Hospital ByLaws*);
- s. melindungi dan bertanggung jawab secara hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Bagian Kedua  
Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 125

(1) Pasien rumah sakit berhak untuk :

- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
- b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
- c. memperoleh layanan yang manusiawi adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
- d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional
- e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai keinginannya dan peraturan yang berlaku dirumah sakit;



- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai surat izin praktek (SIP) baik didalam maupun diluar rumah sakit;
- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya terhadap data-data medisnya;
- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis 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;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan dirumah sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan, atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama atau kepercayaan yang dianutnya;
- q. menggugat dan /atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana; dan
- r. Mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

(2) Pasien rumah sakit berkewajiban untuk :

- a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya kepada Tenaga Kesehatan di rumah sakit;
- b. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- c. mantaati kesepakatan dengan Rumah Sakit; dan
- d. mentaati seluruh prosedur yang berlaku dirumah sakit.



BAB VI  
PENUTUP

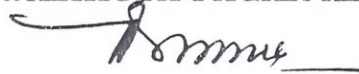
Pasal 126

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Pagar Alam.

Ditetapkan di : Pagar Alam  
pada tanggal : 8 Juli 2017

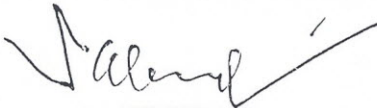
**WALIKOTA PAGAR ALAM,**



**IDA FITRIATI BASJUNI**

Diundangkan di : Pagar Alam  
pada tanggal : 8 Juli 2017

**SEKRETARIS DAERAH  
KOTAPAGAR ALAM,**



**SAFRUDIN**

**BERITA DAERAH KOTA PAGAR ALAM TAHUN 2017 NOMOR**