

# GUBERNUR LAMPUNG

## PERATURAN GUBERNUR LAMPUNG NOMOR 40 TAHUN 2016

### TENTANG

### POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR LAMPUNG,

- Menimbang :
- a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, disebutkan bahwa Rumah Sakit perlu menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) *juncto* ketentuan Pasal 11 huruf b Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah disebutkan bahwa Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) perlu menyiapkan dokumen Pola Tata kelola Rumah Sakit;
  - b. bahwa sehubungan dengan telah ditetapkannya Peraturan Gubernur Lampung Nomor 45 Tahun 2009 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, maka Peraturan Gubernur dimaksud perlu diganti dan disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Pola Tata kelola Rumah Sakit;
  - c. berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, dan huruf b tersebut di atas, perlu menetapkan Peraturan Gubernur Lampung tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
  2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
  3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
  4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
  5. Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan;
  6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015;
  7. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
  8. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;

9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1045/Menkes/Per/VI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
21. Peraturan Daerah Provinsi Lampung Nomor 13 Tahun 2009 tentang Organisasi dan Tatakerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah Provinsi Lampung sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Provinsi Lampung Nomor 4 Tahun 2014;

#### **MEMUTUSKAN:**

Menetapkan : **PERATURAN GUBERNUR TENTANG POLA TATA KELOLA RUMAH SAKIT (HOSPITAL BYLAWS) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG.**

#### **BAB I**

#### **KETENTUAN UMUM**

#### **Pasal 1**

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Lampung.
2. Gubernur adalah Gubernur Lampung.

3. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan Perangkat Daerah Provinsi Lampung sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Moeloek yang selanjutnya disingkat RSUDAM adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).
5. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah 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 produktifitas.
6. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) adalah Pola Keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
7. Dewan Pengawas adalah suatu badan mewakili pemilik yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan dan pengurusan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang dibentuk dengan Peraturan Gubernur dengan keanggotaan atas usulan Direktur Utama yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
8. Direksi adalah pejabat pengelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang terdiri dari Direktur Utama, Direktur Pelayanan, Direktur Pendidikan Pelatihan dan Sumber Daya Manusia (DIKLAT dan SDM), dan Direktur Umum dan Keuangan.
9. Direktur Utama adalah jabatan struktural tertinggi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang bertanggung jawab atas pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
10. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah setiap warga negara Republik Indonesia yang telah memenuhi syarat yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan diserahi tugas dalam suatu jabatan negara, atau diserahi tugas negara lainnya, dan digaji berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
11. Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah Pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap operasional RSUDAM yang terdiri atas Direktur Utama dan Direksi.
12. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari Direktur Utama, Direktur Umum & Keuangan, Direktur Pelayanan, Direktur Diklat dan SDM, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Sub Bidang.
13. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang pegawai negeri sipil dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
14. Jabatan Fungsional Umum adalah jabatan fungsional yang untuk pengangkatan dalam jabatan dan kenaikan pangkatnya tidak disyaratkan dengan angka kredit.

15. Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung terdiri dari tata kelola korporasi (*Corporate Bylaws*) dan tata kelola staf medis (*Medical Staff Bylaws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola korporasi yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
16. Tata Kelola Korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemerintah Daerah selaku Pemilik dan atau Dewan Pengawas selaku yang mewakili pemilik, Pejabat Pengelola, dan Staf Medik di Rumah Sakit.
17. Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah aturan tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis fungsional di Rumah Sakit.
18. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur Utama meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
19. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis fungsional di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
20. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
21. Komite Farmasi dan Terapi adalah wadah non-struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama dalam hal farmasi dan terapi.
22. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah wadah non struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama dalam melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit (PPI-RS).
23. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah wadah non struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama dalam hal pengendalian mutu rumah sakit, akreditasi rumah sakit, serta keselamatan pasien rumah sakit.
24. Komite Etik dan Hukum adalah perangkat rumah sakit yang mempunyai tugas menjamin terlaksananya pelayanan rumah sakit sesuai dengan etik dan hukum baik secara medik, bisnis dan finansial yang berlandaskan ketuhanan dan hak azasi manusia, penyusunan dan perumusan medikoetiklegal dan kode etik rumah sakit, menyusun kebijakan, pedoman, panduan, prosedur, program etik dan hukum rumah sakit, pemeliharaan terhadap kepatuhan etik dan hukum penyelenggaraan fungsi rumah sakit.
25. Subkomite adalah kelompok kerja dari komite yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus.
26. Staf Medis Fungsional (SMF) adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis yang mempunyai penugasan klinis di Rumah Sakit yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
27. Kelompok Staf Medis Fungsional yang selanjutnya disebut KSMF adalah kumpulan staf medis fungsional dengan keahlian sama atau serupa.

28. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
29. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur Utama kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok asuhan medis atau pelayanan medis tertentu di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
30. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis fungsional untuk Menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
31. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis fungsional yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
32. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
33. Kompetensi adalah kemampuan profesional yang meliputi penguasaan ilmu pengetahuan, keterampilan dan nilai-nilai (*knowledge, skill dan attitude*) dalam melaksanakan tugas profesionalnya.
34. Mitra Bestari (*Peer Group*) adalah sekelompok staf medis (perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dan atau institusi profesi medis) dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
35. Residen yaitu dokter peserta didik Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang memberikan pelayanan medis dibawah pengawasan konsulen dan atau berdasarkan pendelegasian sesuai ketentuan yang berlaku.
36. Dokter Muda yaitu peserta didik yang menjalani Kepaniteraan Klinik, dalam melaksanakan kegiatan bertanggung jawab kepada Pembimbing Klinik.
37. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
38. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit.
39. Unit Pelayanan adalah bagian/instalasi/ruang yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
40. Pelayanan medis spesialistik pelayanan medis spesialistik penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak, ditambah dengan pelayanan spesialistik telinga, hidung dan tenggorokan, mata, syaraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anastesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, patologi anatomi, forensik, dan pelayanan spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
41. Pelayanan Medis Subspesialistik adalah pelayanan sub spesialisasi yang ada di RSUDAM.
42. Rencana Strategis Bisnis yang selanjutnya disingkat RSB adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian dan arah kebijakan operasional Rumah Sakit.
43. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran Rumah Sakit.

44. 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.
45. Tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan yang dibebankan kepada penerima layanan sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diberikan Rumah Sakit.
46. Jasa Sarana adalah imbalan yang diterima oleh Rumah Sakit atas pemakaian sarana, fasilitas dan bahan.
47. Jasa Pelayanan adalah imbalan yang diterima atas jasa yang diberikan kepada penerima layanan dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visit, rehabilitasi medik, dan atau pelayanan lainnya.

## **BAB II**

### **TATA KELOLA RUMAH SAKIT**

#### **Pasal 2**

- (1) Tata kelola merupakan peraturan internal rumah sakit (*Hospital Bylaws*) yang terdiri dari tata kelola korporasi (*Corporate Bylaws*) dan tata kelola staf medis (*Medical Staff Bylaws*) yang didalamnya memuat:
  - a. struktur organisasi;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi-fungsi yang logis; dan
  - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
  - a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. tanggung jawab; dan
  - d. independensi.

#### **Pasal 3**

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

#### **Pasal 4**

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak yang diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen SDM, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan didalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis sehat.

### **BAB III**

#### **TATA KELOLA KORPORASI (CORPORATE BYLAWS)**

##### **Bagian Kesatu**

##### **Identitas**

##### **Pasal 5**

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
- (2) Jenis rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum.
- (3) Kelas rumah sakit ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.03/I/0289/2014 sebagai Rumah Sakit tipe B pendidikan.
- (4) Tempat kedudukan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung di Jalan Dr. Rivai Nomor 6 Kelurahan Penengahan Kecamatan Penengahan Bandar Lampung Provinsi Lampung.
- (5) Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung adalah Pemerintah Provinsi Lampung.

##### **Bagian Kedua**

##### **Falsafah, Visi, Misi, dan Tujuan Rumah Sakit**

##### **Pasal 6**

- (1) Falsafah RSUDAM adalah:
  - a. Pasien adalah aktifitas pelayanan utama sebagai petugas Rumah Sakit.
  - b. Pasien adalah tujuan utama dalam bekerja, oleh karena itu seluruh perhatian dan aktifitas akan dicurahkan untuk memenuhi kebutuhan pasien.
  - c. Pasien adalah informan/kader yang potensial, melalui pelayanan dan penyuluhan kesehatan yang tepat akan membantu memperluas cakupan terhadap masyarakat.
  - d. Kepuasan pasien adalah tujuan utama dalam pemberian pelayanan.



- (2) Visi RSUDAM adalah "**Rumah Sakit Unggul dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian di Sumatera**"
- (3) Misi RSUDAM adalah:
  - a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, profesional dengan mengutamakan keselamatan pasien.
  - b. menyelenggarakan proses pendidikan dan penelitian yang mengarah pada pengembangan ilmu dan teknologi dibidang kedokteran dan perumahsakitannya yang menunjang pelayanan kesehatan prima berdasar standar nasional dan internasional.
- (4) Tujuan RSUDAM adalah:
  - a. mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu, profesional dengan mengutamakan keselamatan pasien.
  - b. mewujudkan proses pendidikan yang menunjang pelayanan kesehatan prima berdasar standar Nasional dan Internasional.
  - c. mewujudkan Rumah Sakit menjadi pusat penelitian yang mengarah pada pengembangan ilmu dan teknologi dibidang kedokteran dan perumahsakitannya.
  - d. mewujudkan tata kelola sistem, Sumber Daya Manusia (SDM), sarana dan prasarana rumah sakit yang handal.

### **Bagian Ketiga**

#### **Nilai, Motto, Maklumat dan Logo Rumah Sakit**

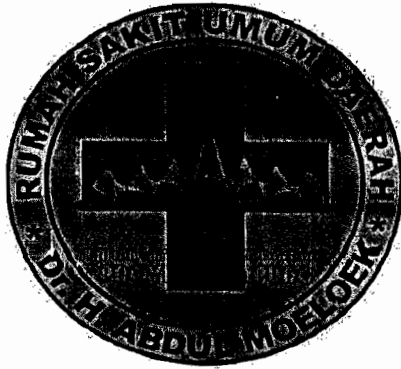
##### **Pasal 7**

- (1) Nilai dasar pelayanan RSUDAM adalah:
  - a. dapat dipercaya (amanah), memberikan yang benar, tidak berkeluh kesah dan tidak melampaui batas;
  - b. berakhlak mulia, menjunjung tinggi kejujuran, keadilan dan ikhlas;
  - c. bekerja dalam kebersamaan;
  - d. mau dan mampu mengadakan pembaharuan (inovatif) sesuai tantangan;
  - e. mempunyai integritas tinggi, hormat kepada sesama dan loyal kepada institusi.
- (2) Motto pelayanan RSUDAM adalah "**ASRI (Aktif, Segera, Ramah, dan Inovatif)**".
- (3) Maklumat pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung adalah:

**"Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, siap melayani masyarakat sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan, pelanggaran terhadap standar tersebut siap diberi sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku"**.



- (4) Logo Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, yaitu:



#### **Uraian Makna Logo**

**Bentuk Logo :** Lingkaran

Menunjukkan bulatnya tekad seluruh pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung menjadi kebanggaan masyarakat Lampung, yang merupakan Satuan Kerja Perangkat Daerah yang dalam pelaksanaannya merupakan subsistem Pemerintah Daerah Lampung.

**Warna Logo :** Warna Dasar Putih

Melambangkan pelaksanaan kegiatan berlandaskan kebersihan dan ketulusan hati untuk kesejahteraan dan kecerdasan bangsa yang akan dicapai melalui pelayanan bidang kesehatan oleh Rumah Sakit.

**Gambar :** Siger

Melambangkan rumah sakit ini milik masyarakat Lampung yang perlu ditingkatkan dan dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dan merupakan kebanggaan masyarakat, khususnya masyarakat Lampung.

**Tanda :** Palang Berwarna Hijau

Melambangkan pelayanan kesehatan yang mengemban tugas untuk mensejahterakan dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

**Tulisan :** Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Menunjukkan nama Rumah Sakit Provinsi Lampung yang disahkan berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Lampung Nomor : G/180/B/HK/1984, tanggal 7 Agustus 1984.

#### **Bagian Keempat**

#### **Kedudukan, Tugas Pokok, dan Fungsi Rumah Sakit**

##### **Pasal 8**

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang disingkat RSUDAM adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) Pemerintah Provinsi Lampung yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD), berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah dibidang pelayanan rumah sakit, tugas dekonsentrasi dan tugas pembantuan yang diberikan pemerintah kepada Gubernur serta tugas lain sesuai dengan kebijaksanaan yang ditetapkan oleh Gubernur berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), rumah sakit mempunyai fungsi:
- a. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan rumah sakit;
  - b. pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah di bidang pelayanan rumah sakit;
  - c. pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pelayanan rumah sakit;
  - d. penyelenggaraan pelayanan medis;
  - e. penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan;
  - f. penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan non medis;
  - g. penyelenggaraan pelayanan rujukan;
  - h. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;
  - i. pelaksanaan penelitian dan pengembangan;
  - j. pengelolaan administrasi umum dan keuangan; dan
  - k. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Gubernur di bidang pelayanan rumah sakit.

#### **Bagian Kelima**

#### **Kedudukan Pemerintah Daerah**

#### **Pasal 9**

- (1) Pemerintah Daerah Provinsi bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan Rumah Sakit sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Daerah berwenang:
  - a. menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit dan Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit;
  - b. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural, dan Dewan Pengawas;
  - c. membentuk Dewan Pengawas Rumah Sakit; dan
  - d. melakukan evaluasi dan/atau meminta laporan mengenai kinerja Rumah Sakit baik menyangkut kinerja keuangan maupun non keuangan.
- (3) Pemerintah Daerah bertanggungjawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen.

#### **Bagian Keenam**

#### **Dewan Pengawas**

#### **Paragraf 1**

#### **Pembentukan Dewan Pengawas**

#### **Pasal 10**

- (1) Dewan Pengawas RSUDAM dibentuk dengan Keputusan Gubernur atas usulan Direktur Utama.
- (2) Dewan Pengawas merupakan unit non struktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Gubernur.
- (3) Jumlah Anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.

## **Paragraf 2**

### **Tugas dan Kewajiban, Wewenang Dewan Pengawas**

#### **Pasal 11**

- (1) Dewan Pengawas bertugas melakukan pengawasan terhadap pengurusan/pengelolaan rumah sakit yang dilakukan oleh Direksi yang meliputi pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB), Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA), pelaksanaan kendali mutu dan biaya, mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dan rumah sakit, mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit dan pelaksanaan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas mempunyai kewajiban:
  - a. memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai Rencana Strategis Bisnis dan Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Direksi;
  - b. melaporkan kepada Gubernur apabila terjadi gejala menurunnya kinerja RSUDAM;
  - c. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit, memberikan pendapat dan saran mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan/pengelolaan rumah sakit;
  - d. memberikan nasihat kepada Direksi dalam melaksanakan pengurusan/pengelolaan RSUDAM; dan
  - e. memberikan masukan, saran dan atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja RSUDAM kepada Direksi.
- (3) Dewan Pengawas mempunyai wewenang:
  - a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Utama;
  - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal (SPI) Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Utama;
  - c. memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut dari SPI;
  - d. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur Utama mengenai segala persoalan yang menyangkut pengurusan/pengelolaan rumah sakit;
  - e. meminta penjelasan dari Komite Medik dan atau unit non struktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - f. meminta Direksi dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur Utama untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
  - g. melihat buku-buku, surat-surat serta dokumen-dokumen lainnya, memeriksa kas sepengetahuan Direktur Utama untuk keperluan verifikasi dan memeriksa kekayaan rumah sakit; dan
  - h. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Gubernur secara berkala 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun dan sewaktu-waktu atas permintaan Gubernur.
- (5) Laporan pelaksanaan tugas Dewan Pengawas kepada Gubernur merupakan penilaian akuntabilitas Dewan Pengawas.

### **Paragraf 3**

#### **Keanggotaan Dewan Pengawas**

##### **Pasal 12**

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:
  - a. Pemilik Rumah Sakit/Pemerintah Provinsi Lampung;
  - b. Organisasi Profesi;
  - c. Asosiasi Perumahsakitan; dan
  - d. Tokoh Masyarakat.
- (2) Persyaratan Dewan Pengawas adalah orang perseorangan yang:
  - a. berpendidikan minimal Sarjana Strata Satu (S1);
  - b. memiliki integritas, dedikasi, memahami masalah yang berkaitan dengan RSUDAM;
  - c. dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota Direksi atau Komisaris atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
  - e. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan daerah/Negara; dan
  - f. tidak terikat hubungan keluarga dengan Dewan Pengawas yang lain atau Direksi RSUDAM.

### **Paragraf 4**

#### **Masa Jabatan Dewan Pengawas**

##### **Pasal 13**

- (1) Masa jabatan Dewan Pengawas selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya, apabila:
  - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUDAM;
  - d. mempunyai benturan kepentingan dengan RSUDAM;
  - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap; atau
  - f. berhalangan tetap.

### **Paragraf 5**

#### **Sekretaris Dewan Pengawas**

##### **Pasal 14**

- (1) Direktur Utama dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

- (3) Direktur Utama dapat mengangkat anggota Sekretariat Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas sekretaris Dewan Pengawas, dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas mempunyai tugas:
  - a. bertanggung jawab terhadap pengelolaan kesekretariatan dan ketatausahaan Dewan Pengawas;
  - b. mengatur dan menyiapkan rapat Dewan Pengawas;
  - c. membuat notulen rapat;
  - d. menyebarkan risalah rapat;
  - e. menyiapkan bahan laporan kegiatan Dewan Pengawas; dan
  - f. menyebarkan risalah dan informasi-informasi lainnya kepada Dewan Pengawas dan Direksi.
- (5) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas dapat mengikuti masa jabatan Dewan Pengawas dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

### **Paragraf 6**

#### **Rapat Dewan Pengawas**

##### **Pasal 15**

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan rumah sakit sesuai wewenang, tugas dan kewajiban.
- (2) Peserta rapat Dewan Pengawas selain anggota Dewan Pengawas, Sekretaris dan anggota sekretariat Dewan Pengawas dan Direksi, dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas apabila diperlukan.
- (3) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (4) Setiap rapat Dewan Pengawas dibuat risalah rapat.

### **Paragraf 7**

#### **Pembiayaan Dewan Pengawas**

##### **Pasal 16**

Biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium anggota Dewan Pengawas, Sekretaris dan Anggota Sekretariat Dewan Pengawas dibebankan kepada Anggaran Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit dengan memperhatikan kemampuan keuangan RSUDAM.

### **Bagian Ketujuh**

#### **Direksi**

##### **Paragraf 1**

#### **Kedudukan Direksi**

##### **Pasal 17**

- (1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit secara keseluruhan dilakukan oleh Direksi.
- (2) Direksi bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Direksi ditentukan oleh Gubernur dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit.
- (4) Penilaian kinerja Direksi dilakukan oleh Sekretaris Daerah Provinsi Lampung.

## **Paragraf 2**

### **Komposisi Direksi**

#### **Pasal 18**

Direksi Rumah Sakit adalah Pejabat Pengelola RSUDAM yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit, terdiri dari:

- a. Direktur Utama adalah Pimpinan Rumah Sakit yang merupakan Kuasa Pengguna Anggaran (KPA) Rumah Sakit;
- b. Direktur Pelayanan merupakan Pimpinan Direktorat yang bertanggung jawab terhadap mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang membawahi Bidang Pelayanan dan Bidang Keperawatan;
- c. Direktur Pendidikan Pelatihan dan Sumber Daya Manusia merupakan Pimpinan Direktorat yang bertanggung jawab terhadap mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia yang membawahi Bagian Pendidikan dan Latihan (Diklat) dan Bagian Perlindungan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia;
- d. Direktur Umum dan Keuangan merupakan Pimpinan Direktorat yang bertanggung jawab terhadap perencanaan, umum dan keuangan Rumah Sakit yang membawahi bagian Umum, Bagian Perencanaan dan Rekam Medik serta Bagian Keuangan.

#### **Pasal 19**

Direktur Utama bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah Provinsi Lampung terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan.

#### **Pasal 20**

Semua Direksi dibawah Direktur Utama bertanggung jawab kepada Direktur Utama sesuai bidang tanggung jawab masing-masing.

#### **Pasal 21**

- (1) Komposisi Direksi Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Gubernur.

## **Paragraf 3**

### **Pengangkatan dan Pemberhentian Direksi**

#### **Pasal 22**

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Direksi Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (2) Direksi diangkat dan diberhentikan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dengan Keputusan Gubernur.

## **Paragraf 4**

### **Persyaratan Menjadi Direksi**

#### **Pasal 23**

- (1) Syarat untuk menjadi Direktur Utama adalah:
  - a. Warga Negara Indonesia (WNI);

- b. Pegawai Negeri Sipil;
- c. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- d. seorang tenaga medis spesialis atau tenaga medis umum dengan pendidikan strata dua yang memiliki kemampuan di bidang manajemen rumah sakit;
- e. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- f. berkelakuan baik serta memiliki dedikasi untuk mengembangkan kinerja guna kemajuan rumah sakit;
- g. tidak terlibat dan atau sedang dalam proses penyidikan tindak pidana;
- h. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit.

(2) Syarat untuk menjadi Direktur Pelayanan adalah:

- a. Warga Negara Indonesia (WNI);
- b. Pegawai Negeri Sipil;
- c. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- d. tenaga medis spesialis atau tenaga medis umum dengan pendidikan strata dua yang memiliki kemampuan di bidang manajemen rumah sakit;
- e. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- f. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional guna kemajuan rumah sakit;
- g. tidak terlibat dan atau sedang dalam proses penyidikan tindak pidana; dan
- h. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit.

(3) Syarat untuk menjadi Direktur Pendidikan Pelatihan dan Sumber Daya Manusia adalah:

- a. Warga Negara Indonesia (WNI);
- b. Pegawai Negeri Sipil;
- c. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- d. pendidikan strata dua yang memiliki kemampuan di bidang manajemen rumah sakit;
- e. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pendidikan kesehatan, penelitian kesehatan, pengembangan pengetahuan dan kemampuan Sumber Daya Manusia secara profesional;
- f. berkelakuan baik serta memiliki dedikasi untuk mengembangkan kinerja guna kemajuan rumah sakit;
- g. tidak terlibat dan atau sedang dalam proses penyidikan tindak pidana; dan
- h. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan sumber daya manusia, penelitian, pendidikan dan pelatihan di Rumah Sakit.

(4) Syarat untuk menjadi Direktur Umum dan Keuangan adalah:

- a. Warga Negara Indonesia (WNI).
- b. Pegawai Negeri Sipil;
- c. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;



- d. pendidikan strata dua yang memiliki kemampuan di bidang manajemen umum, keuangan, dan administrasi rumah sakit;
- e. mampu memimpin, mengarahkan, dan melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum, keuangan, dan administrasi Rumah Sakit;
- f. berkelakuan baik serta memiliki dedikasi untuk mengembangkan kinerja guna kemajuan rumah sakit;
- g. tidak terlibat dan atau sedang dalam proses penyidikan tindak pidana;
- h. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di Rumah Sakit.

#### **Pasal 24**

- (1) Apabila salah satu atau beberapa Anggota Direksi berhalangan tetap menjalankan pekerjaannya atau apabila jabatan itu terluang dan penggantinya belum memangku jabatan, maka kekosongan jabatan tersebut dipangku oleh Anggota Direksi lainnya yang ditunjuk sementara oleh Direktur Utama dan diusulkan secara tertulis kepada Gubernur Melalui Sekretaris Daerah Provinsi Lampung.
- (2) Apabila semua Anggota Direksi berhalangan tetap melakukan pekerjaannya atau jabatan Direksi terluang seluruhnya dan belum diangkat, maka sementara pengelolaan rumah sakit dijalankan oleh pejabat yang ditunjuk sementara oleh Gubernur.

#### **Paragraf 5**

#### **Tugas Pokok, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab Direksi**

#### **Pasal 25**

- (1) Direktur Utama mempunyai tugas pokok memimpin, mengendalikan dan mengkoordinasikan pelaksanaan tugas RSUDAM dalam menyelenggarakan sebagian kewenangan rumah tangga Provinsi (desentralisasi) dalam kewenangannya serta melaksanakan tugas lain sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Gubernur berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku serta tugas dekonsentrasi dan tugas pembantuan yang diberikan oleh pemerintah kepada Gubernur.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur Utama menyelenggarakan fungsi:
  - a. merumuskan kebijakan, pengaturan, perencanaan dan penetapan standar/pedoman rumah sakit;
  - b. pembinaan, pengendalian dan pengawasan serta koordinasi dengan seluruh Direktur;
  - c. penyelenggaraan administrasi RSUDAM; dan
  - d. penyelenggaraan pembinaan, menjalin hubungan dan koordinasi dengan instansi/pihak lain.

#### **Pasal 26**

Direktur Utama mempunyai wewenang:

- a. menyusun dan menetapkan kebijakan operasional rumah sakit meliputi bidang pelayanan, sumber daya manusia dan pendidikan, serta umum dan keuangan;
- b. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh Gubernur;

- c. menetapkan susunan organisasi dan tata laksana setiap satuan kerja di RSUDAM setelah susunan jabatan dan rincian tugas ditetapkan oleh Gubernur;
- d. menetapkan visi, misi, Rencana Strategis Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran RSUDAM;
- e. menetapkan kebijakan pelayanan, sumber daya manusia dan pendidikan, umum dan keuangan sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- f. menetapkan pengadaan, pengangkatan, penempatan, penugasan, pemberhentian atau usulan pemberhentian pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- g. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- h. bertindak untuk dan atas nama RSUDAM dalam melakukan perbuatan hukum;
- i. mengkoordinir pelaksanaan audit kinerja dan bertanggung jawab atas pengesahan laporan keuangan dan laporan akuntabilitas kinerja rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- j. bertanggung jawab atas pengelolaan rumah sakit, memimpin dan mengkoordinasikan serta mengendalikan pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundangan yang berlaku;
- k. bertanggung jawab atas pengelolaan seluruh kekayaan rumah sakit, berupa sarana prasarana dan peralatan serta sumber daya lainnya;
- l. mewakili rumah sakit, baik di dalam maupun di luar pengadilan;
- m. mengadakan, mengangkat, menempatkan, menugaskan, memberhentikan atau mengusulkan pemberhentian pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- n. mengelola seluruh kekayaan rumah sakit, berupa sarana prasarana dan peralatan serta sumber daya lainnya;
- o. mengawasi pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai dengan peraturan dan kelaziman yang berlaku bagi rumah sakit; dan
- p. melaksanakan audit kinerja dan membuat laporan berkala dan tahunan tentang kinerja rumah sakit.

#### **Pasal 27**

- (1) Direktur Pelayanan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medis, keperawatan, dan pelayanan penunjang medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direktur Pelayanan menyelenggarakan fungsi:
  - a. penyusunan rencana sistem pelayanan medis, keperawatan, dan penunjang medis;
  - b. koordinasi pelaksanaan pelayanan medis, keperawatan, utilisasi peralatan medis dan keperawatan, penunjang medis; dan
  - c. pengendalian, pengawasan dan evaluasi mutu pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis secara berkesinambungan.

#### **Pasal 28**

- (1) Direktur Pendidikan Pelatihan dan Sumber Daya Manusia mempunyai tugas melakukan pelayanan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, serta pengelolaan sumber daya manusia.

- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana pada ayat (1), Direktur Pendidikan Pelatihan dan Sumber Daya Manusia menyelenggarakan fungsi:
- a. penyusunan kebutuhan dan penyediaan tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan rumah sakit;
  - b. penyusunan kebutuhan pengembangan sumber daya manusia, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan;
  - c. pelaksanaan kegiatan pengembangan sumber daya manusia, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan; dan
  - d. pengendalian dan evaluasi kegiatan penyediaan dan pengembangan sumber daya manusia, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.

#### **Pasal 29**

- (1) Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas melakukan pengelolaan layanan umum, perencanaan dan pemasaran, pengelolaan keuangan rumah sakit yang meliputi penyusunan dan evaluasi anggaran, perbendaharaan dan mobilisasi dana serta akuntansi dan verifikasi.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur Umum dan Keuangan menyelenggarakan fungsi:
- a. penyusunan rencana kegiatan ketatausahaan rumah sakit, kepegawaian, rumah tangga, perlengkapan, rekam medik, perencanaan dan evaluasi serta pemasaran rumah sakit;
  - b. pelaksanaan kegiatan ketatausahaan rumah sakit, kepegawaian, rumah tangga, perlengkapan, rekam medik, perencanaan dan evaluasi serta pemasaran rumah sakit;
  - c. pengendalian dan evaluasi kegiatan ketatausahaan rumah sakit, kepegawaian, rumah tangga, perlengkapan, rekam medik, perencanaan dan evaluasi serta pemasaran rumah sakit;
  - d. penyusunan rencana kegiatan perbendaharaan dan mobilisasi dana, penyusunan dan evaluasi anggaran serta akuntansi dan verifikasi;
  - e. koordinasi pelaksanaan kegiatan perbendaharaan dan mobilisasi dana, penyusunan dan evaluasi anggaran serta akuntansi dan verifikasi; dan
  - f. pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan perbendaharaan dan mobilisasi dana, penyusunan dan evaluasi anggaran serta akuntansi dan verifikasi.

#### **Bagian Kedelapan**

#### **Organisasi Pelaksana**

#### **Paragraf 1**

#### **Instalasi**

#### **Pasal 30**

- (1) Guna melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan, pelayanan umum, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan, dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama.
- (3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama.

- (4) Kepala Instalasi bertanggung jawab kepada Direktur Utama melalui Direktorat yang membawahnya.
- (5) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang/bagian atau ruang terkait.
- (6) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan tenaga non fungsional.

#### **Pasal 31**

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

#### **Pasal 32**

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan instalasinya masing-masing kepada Direktorat yang membawahnya.

#### **Paragraf 2**

#### **Kelompok Jabatan Fungsional**

#### **Pasal 33**

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

#### **Paragraf 3**

#### **Kelompok Staf Medis Fungsional**

#### **Pasal 34**

- (1) Pengorganisasian staf medis fungsional di RSUDAM disebut Kelompok Staf Medis Fungsional KSMF dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur Utama.
- (2) KSMF dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama.
- (3) KSMF berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama melalui Direktur Pelayanan.
- (4) KSMF merupakan kelompok yang mengkoordinasikan pelayanan profesi medik.
- (5) Tanggungjawab KSMF RSUDAM adalah:
  - a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur Utama terhadap permohonan penempatan dokter baru di RSUDAM untuk mendapatkan Surat Keputusan;
  - b. melakukan evaluasi atas kinerja praktik dokter berdasarkan data yang komprehensif;

- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur Utama terhadap permohonan penempatan ulang dokter di RSUDAM untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;
  - d. memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
  - e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur Utama mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
  - f. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur Utama dan/atau Direktur Pelayanan tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
  - g. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen terkait.
- (6) Kewajiban KSMF RSUDAM adalah:
- a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medis;
  - b. menyusun indikator mutu klinis;
  - c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggota.

#### **Pasal 35**

Tujuan pengorganisasian staf medis fungsional adalah agar staf medis fungsional di rumah sakit dapat fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas, efisien dan bertanggung jawab.

#### **Pasal 36**

- (1) Pengelompokan staf medis fungsional kedalam KSMF adalah berdasarkan keahlian atau spesialisasinya.
- (2) KSMF RSUDAM terdiri dari:
  - a. KSMF Penyakit Dalam;
  - b. KSMF Anak;
  - c. KSMF Obstetri dan Ginekologi;
  - d. KSMF Bedah;
  - e. KSMF Spesialis Lain;
  - f. KSMF Gigi dan Mulut.
- (3) KSMF Penyakit Dalam merupakan dokter spesialis penyakit dalam.
- (4) KSMF Anak merupakan kelompok dokter spesialis anak.
- (5) KSMF Obstetri dan Ginekologi merupakan kelompok dokter spesialis obstetri dan ginekologi.
- (6) KSMF Bedah merupakan kelompok dokter spesialis bedah, dokter spesialis anestesi, dokter spesialis mata dan dokter spesialis THT.
- (7) KSMF Spesialis Lain merupakan kelompok dokter spesialis kulit dan kelamin, dokter spesialis radiologi, dokter spesialis patologi klinik, dokter spesialis patologi anatomi, dokter spesialis mikrobiologi klinik, dokter spesialis rehabilitasi medik, dokter spesialis genetika klinik, dokter spesialis gizi klinik dan dokter spesialis yang belum termasuk dalam KSMF Anak, KSMF Obstetri dan Gynaecologi, dan KSMF Bedah.
- (8) KSMF Gigi dan Mulut merupakan kelompok dokter gigi dan dokter gigi spesialis.

- (9) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan KSMF ditetapkan oleh Direktur Utama.

#### **Paragraf 4**

#### **Keanggotaan Kelompok Staf Medis Fungsional**

#### **Pasal 37**

- (1) Seluruh staf medis fungsional baik bekerja penuh waktu atau paruh waktu wajib menjadi Anggota KSMF kecuali Dokter Konsultan dan Dokter Pengganti dari luar RSUDAM serta Dokter Residen.
- (2) Setiap KSMF beranggotakan minimal 2 (dua) orang staf medis fungsional, dalam hal staf medis fungsional dengan keahlian yang sama kurang dari 2 (dua) orang atau belum ditetapkan sebagai KSMF tertentu, maka staf medis fungsional yang bersangkutan masuk dalam KSMF Spesialis Lain.
- (3) Pengangkatan staf medis fungsional kedalam KSMF ditetapkan oleh Direktur Utama dalam penugasan klinis.

#### **Pasal 38**

- (1) Setiap KSMF dipimpin oleh seorang ketua yang ditetapkan oleh Direktur Utama.
- (2) Dalam menentukan Ketua KSMF, Direktur Utama dapat meminta pendapat dari Anggota Direksi dan Komite Medik.
- (3) Penetapan sebagai Ketua KSMF dengan surat keputusan Direktur Utama untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Apabila Ketua KSMF diangkat menjadi Ketua Komite Medik maka wajib mengundurkan diri dari jabatan Ketua KSMF dan Direktur Utama menetapkan Ketua KSMF yang baru sebagai penggantinya.
- (5) Tata cara pengangkatan Ketua KSMF ditetapkan oleh Direktur Utama.

#### **Paragraf 5**

#### **Tugas dan Wewenang Ketua KSMF**

#### **Pasal 39**

- (1) Ketua KSMF mempunyai tugas:
  - a. mengusulkan uraian tugas dan tata kerja Anggota KSMF untuk ditetapkan oleh Direktur Pelayanan; dan
  - b. mengkoordinasikan semua kegiatan Anggota KSMF dalam hal:
    - 1) pengusulan prosedur pelayanan yang berhubungan dengan administrasi pelayanan medis yang meliputi pengaturan tugas pelayanan, tugas jaga, *visite/ronde*, pertemuan klinis, presentasi kasus, prosedur konsultasi dan prosedur lainnya untuk ditetapkan Direktur Pelayanan;
    - 2) menyusun pedoman pelayanan medis dan standar prosedur kerja yang berhubungan dengan bidang keilmuan/keprofesian, di bawah koordinasi Komite Medik untuk ditetapkan Direktur Utama;
    - 3) melakukan perbaikan pedoman pelayanan medis dan dokumen terkait yang perlu disempurnakan agar sesuai dengan situasi dan kondisi yang berkembang; dan

- 4) membuat usulan program peningkatan keilmuan dan keterampilan semua Anggota KSMF serta program peningkatan dan pengembangan pelayanan kepada Direktur Pelayanan.
- c. membantu Direktur Pelayanan dalam membina Anggota KSMF, dalam hal:
  - 1) pemantauan penampilan kinerja praktik klinis, pemantauan indikator mutu klinis, hasil evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan pelayanan dan pengembangan Anggota KSMF berdasarkan data yang komprehensif;
  - 2) pemberian laporan atas kegiatan sebagaimana tercantum pada butir 1) disampaikan kepada Direktur Pelayanan setelah melalui pembahasan bersama Anggota KSMF.
- (2) Ketua KSMF berwenang:
  - a. memberikan masukan kepada Direktur Pelayanan serta Ketua Komite Medik dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik kedokteran;
  - b. mengkoordinasikan anggota KSMF agar pelayanan medis berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku; dan
  - c. memberikan masukan kepada Direktur Pelayanan melalui Ketua Komite Medik mengenai penerimaan calon staf medis fungsional baru.
- (3) Untuk mendukung kelancaran tugas Ketua KSMF, dapat ditunjuk Anggota KSMF sebagai sekretaris dan koordinator dibidang pelayanan, pendidikan dan penelitian dengan keputusan Direktur Utama.

#### **Paragraf 6**

#### **Pengangkatan dan Pemberhentian Anggota KSMF**

##### **Pasal 40**

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Anggota KSMF ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama dengan mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (2) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian Anggota KSMF ditetapkan oleh Direktur Utama.

##### **Pasal 41**

- (1) Pemberhentian staf medis fungsional sebagai Anggota KSMF berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian tetap.
- (2) Pemberhentian tetap apabila:
  - a. kondisi fisik dan atau mental SMF yang bersangkutan tidak mampu lagi secara menetap melakukan tindakan medis, berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Kesehatan yang berwenang;
  - b. melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap;
  - c. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh MKEK/MKDKI dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi secara tetap/selamanya;
  - d. berakhir masa perjanjian kerja dan tidak diperpanjang; atau
  - e. tidak disetujui untuk diangkat kembali sebagai anggota KSMF.



(3) Pemberhentian sementara apabila:

- a. kondisi fisik staf medis fungsional yang bersangkutan tidak mampu melakukan tindakan medis lebih dari 6 (enam) bulan sampai dengan 1 (satu) tahun;
- b. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh MKEK/MKDKI dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi sementara;
- c. berulang-ulang melakukan pelanggaran disiplin profesi kedokteran atau peraturan lain yang terkait;
- d. dicabut kewenangan klinisnya;
- e. ijin praktek di RSUDAM sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada;
- f. tidak memenuhi standar kompetensi sesuai dengan profesinya;
- g. staf medis purna waktu yang memasuki usia pensiun, yang dalam proses pengangkatan kembali sebagai Anggota KSMF;
- h. berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; atau
- i. cuti diluar tanggungan negara sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS).

**Pasal 42**

- (1) Pengangkatan kembali staf medis fungsional sebagai Anggota KSMF diberlakukan bagi staf medis fungsional yang selesai menjalani pemberhentian sementara.
- (2) Staf medis fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyampaikan:
  - a. surat permohonan dari yang bersangkutan atau rekomendasi tertulis dari Ketua KSMF terkait;
  - b. foto kopi Surat Tanda Registrasi dari Konsil Kedokteran Indonesia;
  - c. foto kopi Surat Izin Praktik (SIP);
  - d. surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP;
  - e. surat pernyataan sanggup mematuhi dan melaksanakan etika profesi;
  - f. surat pernyataan sanggup mematuhi segala peraturan yang berlaku di lingkungan RSUDAM.
- (3) Bila diperlukan dapat diminta kajian dan rekomendasi dari Komite Medik untuk pengangkatan kembali anggota KSMF.
- (4) Direktur Utama dalam waktu 30 hari kerja harus mengeluarkan keputusan persetujuan atau penolakan.

**Bagian Kesembilan**

**Staf Medis Fungsional**

**Paragraf 1**

**Pengorganisasian Staf Medis Fungsional**

**Pasal 43**

- (1) Staf medis fungsional dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran di RSUDAM bertanggung jawab profesi dan hukum secara mandiri.
- (2) Dalam melaksanakan tugas maka Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.

- (3) Staf medis fungsional secara administratif manajerial bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan dan secara teknis profesi bertanggung jawab kepada Komite Medik.

### **Paragraf 2**

#### **Tugas Staf Medis Fungsional**

##### **Pasal 44**

- (1) Tugas staf medis fungsional:
- melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan dan pemulihan penyakit yang diderita pasien;
  - meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan/pelatihan berkelanjutan;
  - menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis serta standar etika dan disiplin kedokteran yang sudah ditetapkan; dan
  - menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.
- (2) Fungsi staf medis fungsional secara perorangan adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.

### **Paragraf 3**

#### **Pembinaan dan Pengawasan SMF**

##### **Pasal 45**

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf medis fungsional yang dilakukan oleh Direktur Utama berdasarkan rekomendasi Direktur Pelayanan dan/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 Direktur Pelayanan.

##### **Pasal 46**

- (1) Pembinaan dan pengawasan terkait kewenangan klinis dilakukan dengan investigasi.
- (2) Rekomendasi hasil investigasi sebagaimana ayat (1), berupa:
- penjatuhan teguran tertulis atau/dan pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 3 bulan untuk pelanggaran ringan;
  - pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 6 bulan untuk pelanggaran sedang; dan
  - pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 1 (satu) tahun untuk pelanggaran berat.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terkait mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan dengan audit medis, yang diarahkan untuk:
- meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh staf medis;
  - meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf medis; dan
  - melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf medis.
- (4) Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap staf medis fungsional ditetapkan oleh Direktur Utama.

**Paragraf 4**  
**Dokter Penanggung Jawab Pelayanan**  
**Pasal 47**

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah staf medis fungsional yang bertanggung jawab atas pengelolaan asuhan medis seorang pasien di rumah sakit.
- (2) Seluruh staf medis fungsional dapat menjadi DPJP sesuai tempat tugasnya.

**Pasal 48**

- (1) DPJP terdiri dari DPJP pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.
- (2) DPJP pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis fungsional yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (3) DPJP pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis fungsional yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (4) DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis fungsional yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (5) DPJP pada pelayanan rawat inap sudah harus ditentukan sebelum pasien masuk rawat inap.
- (6) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensi DPJP, pengaturannya dilakukan oleh Direktur Pelayanan.
- (7) Ketentuan DPJP ditetapkan oleh Direktur Utama.

**Pasal 49**

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan mempunyai tugas:
  - a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa 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 DPJP melakukan presentasi kasus medis yang ditanganinya di hadapan Komite Medik; dan
  - e. membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran dalam pendidikan klinis di rumah sakit.
- (2) DPJP wajib membuat rencana asuhan pelayanan medik dengan memperhatikan kendali biaya dan kendali mutu.

**Paragraf 5**  
**Mitra Bestari**  
**Pasal 50**

- (1) Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis.

- (2) Mitra Bestari tidak terbatas dari staf medis yang ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.
- (3) Mitra Bestari dapat ditunjuk sebagai Panitia Adhoc untuk membantu Komite Medik melakukan kredensial, penjaminan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.
- (4) Penetapan Mitra Bestari sebagai Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama atas usulan Ketua Komite Medik.

### **Bagian Kesepuluh**

#### **Organisasi Pendukung**

##### **Paragraf 1**

#### **Satuan Pengawas Internal**

##### **Pasal 51**

Guna membantu Direktur Utama dalam pengawasan internal dan monitoring dibentuk Satuan Pengawas Internal.

##### **Pasal 52**

- (1) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) mempunyai tugas membantu Direksi dalam bidang pengawasan pengelolaan sumber daya dan melaksanakan pemeriksaan internal di rumah sakit.
- (2) Tata Kerja dan mekanisme kerja Satuan Pemeriksa Internal (SPI) ditetapkan oleh Direktur Utama.
- (3) Satuan Pengawas Internal dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama.
- (4) Satuan Pengawas Internal berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama.
- (5) Pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah untuk mengawasi apakah kebijakan pimpinan telah dilaksanakan dengan sebaik-baiknya oleh bawahannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk mencapai tujuan organisasi.

##### **Paragraf 2**

#### **Pembentukan Komite**

##### **Pasal 53**

- (1) Pembentukan Komite bertujuan untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
- (2) Pembentukan, perubahan dan penambahan Komite ditetapkan oleh Direktur Utama.
- (3) Komite di RSUDAM adalah:
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Farmasi dan Terapi;
  - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
  - e. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien; dan
  - f. Komite Etik dan Hukum.

**Paragraf 3**  
**Komite Medik**

**Pasal 54**

- (1) Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Medik diatur dalam Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*).

**Pasal 55**

- (1) Personalia komite medik berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan komite medik didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan.

**Paragraf 4**  
**Komite Keperawatan**

**Pasal 56**

- (1) Komite Keperawatan merupakan unit non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- (2) Komite Keperawatan mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam hal menyusun standar asuhan keperawatan, pengawasan dan pengendalian mutu asuhan keperawatan, kewenangan klinis (*clinical privilege*) perawat dan bidan, program peningkatan pelayanan keperawatan, pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya Komite Keperawatan wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite Medik, Bidang Keperawatan, Instalasi atau unit terkait lainnya.
- (4) Susunan, fungsi, tugas dan kewajiban, tanggung jawab dan kewenangan komite keperawatan serta tata kelola staf keperawatan diatur dalam Tata Kelola Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*).

**Pasal 57**

- (1) Personalia komite keperawatan berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan komite keperawatan didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan.

**Paragraf 5**  
**Komite Farmasi dan Terapi**

**Pasal 58**

- (1) Komite Farmasi dan Terapi merupakan unit non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam hal farmasi dan terapi.

- (3) Dalam menjalankan tugasnya Komite Farmasi dan Terapi wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite, Bidang, Bagian, Instalasi, ruang, dan atau unit terkait lainnya.
- (4) Susunan, fungsi, tugas dan kewajiban, tanggung jawab dan kewenangan Komite Farmasi dan Terapi ditetapkan oleh Direktur Utama.

#### **Pasal 59**

- (1) Personalia Komite Farmasi dan Terapi berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Farmasi dan Terapi didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan.

#### **Paragraf 6**

### **Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

#### **Pasal 60**

- (1) Komite PPI merupakan unit non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- (2) Komite PPI mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya Komite PPI wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite, Bidang, Bagian, Instalasi, ruang, dan atau unit terkait lainnya.
- (4) Susunan, fungsi, tugas dan kewajiban, tanggung jawab dan kewenangan Komite PPI ditetapkan oleh Direktur Utama.

#### **Pasal 61**

- (1) Personalia Komite PPI berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite PPI didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan.

#### **Paragraf 7**

### **Komite Mutu dan Keselamatan Pasien**

#### **Pasal 62**

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan unit non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- (2) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas memberikan usulan dan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam hal pengendalian mutu rumah sakit dan keselamatan pasien rumah sakit (*patient safety*).
- (3) Dalam menjalankan tugasnya Komite Mutu dan Keselamatan Pasien wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite, Bidang, Instalasi atau unit terkait lainnya.
- (4) Tata Kerja dan mekanisme Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ditetapkan oleh Direktur Utama.

#### **Pasal 63**

- (1) Personalia Komite Mutu dan Keselamatan Pasien berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan.

## **Paragraf 8**

### **Komite Etik dan Hukum**

#### **Pasal 64**

- (1) Komite Etik dan Hukum merupakan unit non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- (2) Susunan Komite Etik dan Hukum terdiri dari seorang Ketua, Sekretaris, Sub Komite Etik, dan Sub Komite Hukum.
- (3) Komite Etik dan Hukum beranggotakan para profesional yang mempunyai latar belakang pendidikan ilmu hukum.

#### **Pasal 65**

- (1) Komite Etik dan Hukum mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direksi dalam hal menyusun, merumuskan medikolegal yang terkait dengan *hospital bylaws* dan *medical staff bylaws* serta konsultasi dan bantuan hukum bagi seluruh pegawai, sosialisasi peraturan perundang-undangan yang terkait dengan pelayanan rumah sakit.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya Komite Etik dan Hukum wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite, Bidang, Instalasi, dan atau unit terkait lainnya.
- (3) Tata Kerja dan mekanisme Komite Hukum ditetapkan oleh Direktur Utama.

#### **Pasal 66**

- (1) Personalia Komite Etik dan Hukum berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Etik dan Hukum didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan.

## **Paragraf 9**

### **Pengangkatan dan Pemberhentian Komite**

#### **Pasal 67**

- (1) Komite diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama.
- (2) Masa jabatan Komite maksimal selama 5 (lima) tahun.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite bertanggung jawab kepada Direktur Utama dengan berkoordinasi kepada direktorat terkait.
- (4) Komite dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
  - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUDAM;
  - d. mempunyai benturan kepentingan dengan RSUDAM;
  - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap;
  - f. berhalangan tetap; atau
  - g. adanya kebijakan dari Direktur Utama.



## **Bagian Kesebelas**

### **Tata Kerja**

#### **Pasal 68**

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*cross functional approach*) secara vertikal dan horisontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi dibantu oleh kepala satuan organisasi di bawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan masing-masing wajib mengadakan rapat berkala.

#### **Pasal 69**

- (1) Masing-masing direktorat wajib mengusulkan kebijakan dan pedoman yang terkait dengan bidang tugasnya untuk ditetapkan oleh Direktur Utama.
- (2) Kepala Bidang, Kepala bagian, Kepala Seksi, Kepala Sub Bagian, Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing dengan tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

#### **Pasal 70**

- (1) Setiap pimpinan unit kerja wajib melakukan bimbingan, pembinaan dan pengawasan terhadap kendali mutu, kendali biaya, disiplin pegawai dan motivasi kerja bawahan dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Masing-masing unit kerja wajib membuat kebijakan, pedoman, panduan, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya dengan matrik keterkaitan yang jelas antar pelayanan utama dan pendukung pelayanan lainnya untuk ditetapkan oleh Direktur Utama.

#### **Pasal 71**

Untuk menangani pengelolaan kegiatan tertentu, Direktur Utama dapat membentuk panitia atau kelompok kerja.

## **Bagian Kedua belas**

### **Pengelolaan Sumber Daya Manusia**

#### **Paragraf 1**

#### **Tujuan Pengelolaan**

#### **Pasal 72**

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

**Paragraf 2**  
**Pengangkatan Pegawai**  
**Pasal 73**

- (1) Pegawai RSUDAM dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan yang dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (2) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku.
- (3) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil/Tenaga Kontrak dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (4) Mekanisme pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non Pegawai Negeri Sipil/Tenaga Kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan yang berlaku.

**Paragraf 3**  
**Penghargaan dan Sanksi**  
**Pasal 74**

- (1) Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas maka RSUDAM menerapkan kebijakan tentang imbal jasa bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan kebijakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh Direktur Utama.

**Pasal 75**

Kenaikan pangkat Pegawai Negeri Sipil merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian pegawai yang bersangkutan terhadap negara berdasarkan sistem kenaikan pangkat reguler dan kenaikan pangkat pilihan sesuai ketentuan yang berlaku.

**Paragraf 4**  
**Mutasi Pegawai**  
**Pasal 76**

- (1) Mutasi Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil/Tenaga Kontrak dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Mutasi dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
  - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan ketrampilannya;
  - b. masa kerja di unit tertentu;
  - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
  - d. kegunaannya dalam menunjang karir; dan
  - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

**Paragraf 5**  
**Orientasi Pegawai**  
**Pasal 77**

Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil/Tenaga Kontrak yang baru bertugas di RSUDAM atau dimutasi ke unit lain dilakukan orientasi dan simulasi.

**Paragraf 6**  
**Disiplin Pegawai**  
**Pasal 78**

- (1) Disiplin 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. pakaian dinas;
  - c. evaluasi kinerja Pegawai; dan
  - d. penilaian prestasi kerja Pegawai Negeri Sipil.
- (2) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai, meliputi:
  - a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis, dan pernyataan tidak puas secara tertulis;
  - b. 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.
  - c. hukuman disiplin berat yang terdiri dari penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai Pegawai Negeri Sipil, dan pemberhentian tidak hormat sebagai Pegawai Negeri Sipil.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan disiplin pegawai sebagaimana dimaksud pada Pasal ini, ditetapkan oleh Direktur Utama.

**Paragraf 7**  
**Pemberhentian Pegawai**  
**Pasal 79**

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian Pegawai Negeri Sipil.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil/Tenaga Kontrak dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit Non Pegawai Negeri Sipil/Tenaga Kontrak mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan atau tidak memperpanjang masa kontrak.
  - b. Pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai Rumah Sakit Non Pegawai Negeri Sipil/Tenaga Kontrak melakukan tindakan-tindakan pelanggaran sesuai ketentuan disiplin pegawai.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pemberhentian pegawai sebagaimana dimaksud pada Pasal ini, ditetapkan oleh Direktur Utama.

## **Bagian Ketiga Belas**

### **Jasa Pelayanan**

#### **Pasal 80**

Jasa pelayanan adalah imbalan atas pelayanan yang diberikan oleh tenaga dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, keperawatan, tenaga administrasi, dan tenaga penunjang lainnya sebagai jasa bagi para pelaksana pelayanan di rumah sakit yang terdiri dari jasa medis, jasa keperawatan/setara dan jasa pelayanan administrasi, sebagai sumber pembiayaan insentif.

#### **Pasal 81**

- (1) Pejabat pengelola dan pegawai RSUDAM diberikan jasa pelayanan sesuai dengan sistem yang ditetapkan.
- (2) Jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Gubernur tersendiri berdasarkan usulan Direktur Utama RSUDAM melalui Sekretaris Daerah.

#### **Pasal 82**

Jasa pelayanan bagi Pejabat Pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 ayat (1), dapat 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*).

## **Bagian Keempat Belas**

### **Standar Pelayanan Minimal**

#### **Pasal 83**

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

#### **Pasal 84**

Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan:

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

### **Pasal 85**

Syarat-Syarat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 mengandung arti sebagai berikut:

- a. fokus pada jenis pelayanan artinya, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- b. terukur artinya kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- c. dapat dicapai artinya kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- d. relevan dan dapat diandalkan artinya kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- e. tepat waktu artinya sesuai dengan jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

### **Bagian Kelima Belas Pengelolaan Keuangan**

#### **Pasal 86**

- (1) Pengelolaan keuangan RSUDAM berdasarkan prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit sebagai BLUD untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dengan fleksibilitas pengelolaan keuangan berdasar prinsip ekonomi, produktifitas dan penerapan praktek bisnis yang sehat, berasaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diatur dalam Peraturan Gubernur tersendiri.

#### **Pasal 87**

Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86, maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan Sistem Akuntansi berbasis Akrual (SAK) dan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

#### **Pasal 88**

Subsidi dari pemerintah untuk pembiayaan RSUDAM dapat berupa biaya pegawai, biaya pengadaan barang dan jasa, dan biaya pengadaan barang modal.

### **Bagian Keenam Belas Tarif Pelayanan**

#### **Pasal 89**

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa pelayanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit pelayanan atau hasil per investasi dana.
- (3) Tarif pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis pelayanan Rumah Sakit.

### **Pasal 90**

- (1) Tarif pelayanan RSUDAM diusulkan oleh Direktur Utama kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Penetapan tarif pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangannya pelayanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (3) Tarif pelayanan kelas III (tiga) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
- (4) Tarif pelayanan kelas lainnya (VVIP, VIP, Kelas I, Kelas II) ditetapkan dengan Peraturan Gubernur.

### **Pasal 91**

- (1) Peraturan Daerah dan Peraturan Gubernur mengenai tarif pelayanan RSUDAM dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.

### **Bagian Ketujuh Belas**

#### **Perencanaan dan Penganggaran**

### **Pasal 92**

- (1) Direktur Utama wajib menetapkan Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit setiap 5 (lima) tahun sekali.
- (2) RSB Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi.
- (3) Sebelum ditetapkan, Rancangan RSB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Provinsi untuk memastikan kesesuaian dengan RPJMD Provinsi.

### **Pasal 93**

- (1) RSB sebagaimana dimaksud dalam Pasal 92 dijabarkan dalam Rencana Kerja dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Rumah Sakit.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasar prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, APBD, APBN, dan sumber-sumber pendapatan BLUD lainnya yang sah.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) 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. prognose laporan keuangan;

- i. perkiraan maju (*forward estimate*);
  - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan RKA-SKPD/APBD.
- (4) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal, dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

**Bagian Kedelapan Belas**  
**Pendapatan dan Pembiayaan**

**Paragraf 1**

**Pendapatan**

**Pasal 94**

- (1) Proses Perencanaan dan Penganggaran pendapatan dan biaya dengan menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran dengan mengacu pada Rencana Strategis Bisnis yang disusun berdasarkan kinerja dan perhitungan akuntansi biaya menurut jenis pelayanannya serta Kebutuhan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, APBD maupun APBN.
- (2) Pendapatan RSUDAM dapat bersumber dari:
  - a. jasa pelayanan;
  - b. hibah;
  - c. hasil kerjasama dengan pihak lain;
  - d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah;
  - e. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara; dan
  - f. lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah.

**Pasal 95**

- (1) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari jasa pelayanan dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa pelayanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari hibah dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (3) Hasil kerjasama dengan pihak lain dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lain yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (4) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dapat berupa pendapatan yang berasal dari Pemerintah Daerah dalam rangka pelaksanaan program atau kegiatan di rumah sakit.
- (5) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas perbantuan dan lain-lain.
- (6) Lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94 Ayat (2) huruf f, antara lain:
  - a. hasil pemanfaatan kekayaan;
  - b. jasa giro;
  - c. hasil investasi.



## **Pasal 96**

RSUDAM dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan/atau tugas perbantuan, proses pengelolaan keuangan diselenggarakan berdasarkan peraturan yang berlaku.

## **Pasal 97**

- (1) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94, kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran rumah sakit sesuai Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit atau Dokumen Anggaran sejenis lainnya.
- (2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (3) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94 Ayat (2) huruf a, 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 rumah sakit.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

## **Paragraf 2**

### **Pembiayaan**

## **Pasal 98**

- (1) Pembiayaan RSUDAM merupakan biaya operasional dan biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.
- (4) Pembiayaan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan.
- (5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

## **Pasal 99**

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (2), terdiri dari biaya pelayanan, biaya umum dan administrasi.
- (2) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (3) terdiri dari biaya non operasional lain-lain.
- (3) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (4) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.

- (5) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), 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.
- (6) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), terdiri dari:
  - a. biaya pegawai;
  - b. biaya administrasi umum;
  - c. biaya pemeliharaan;
  - d. biaya barang dan jasa;
  - e. biaya promosi;
  - f. biaya lain-lain.

#### **Pasal 100**

- (1) Seluruh pendapatan dan pembiayaan RSUDAM yang bersumber sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94 dan Pasal 98 dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (2) Seluruh pendapatan dan pembiayaan Rumah Sakit yang bersumber sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan SP2D (Surat Perintah Pencairan Dana) BLUD yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggungjawab.
- (3) Format Surat Pernyataan Tanggungjawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai ketentuan dan peraturan yang berlaku.

#### **Pasal 101**

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

#### **Pasal 102**

- (1) Ambang batas RBA ditetapkan dengan besaran persentase.
- (2) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional Rumah Sakit.
- (3) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan dalam RBA dan Daftar Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) Rumah Sakit oleh Tim Anggaran Pemerintah Daerah.

- (4) Persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

### **Paragraf 3**

#### **Pengeluaran Investasi**

##### **Pasal 103**

- (1) Pengeluaran investasi adalah pengeluaran untuk memperoleh harta tetap, yaitu harta yang masa manfaatnya lebih dari 1 (satu) tahun seperti pembelian tanah, pembangunan gedung, pembelian kendaraan, dan lain sebagainya.
- (2) Pengeluaran investasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari :
- a. pengeluaran pembelian bangunan gedung baru; dan
  - b. pengeluaran untuk peralatan dan mesin.

### **Bagian Kesembilan Belas**

#### **Pengelolaan Sumber Daya Lain**

##### **Pasal 104**

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

### **Bagian Kedua Puluh**

#### **Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit**

##### **Pasal 105**

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

##### **Pasal 106**

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 105 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah rumah sakit.
- (2) Pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi limbah medis dan non medis.
- (3) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai ketentuan perundang-undangan.

### **Bagian Kedua Puluh Satu**

#### **Kerahasiaan dan Informasi Medis**

##### **Pasal 107**

- (1) Rumah Sakit:
- a. berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku di rumah sakit;
  - b. wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan yang berlaku;

- c. dapat memberikan isi rekam medis kepada pasien ataupun pihak lain atas izin pasien secara tertulis; dan
- d. dapat memberikan isi dokumen rekam medis untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

(2) Dokter rumah sakit:

- a. berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;
- b. wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
- c. wajib menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika hukum dan kedokteran.

(3) Pasien rumah sakit:

- a. berhak mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lain-lain hal yang berkaitan dengan pasien;
- b. wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya;
- c. wajib mentaati seluruh prosedur yang berlaku di Rumah Sakit;
- d. berhak mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan dokter, yaitu:
  - 1. diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medis;
  - 2. tujuan tindakan medis;
  - 3. tata-laksana tindakan medis;
  - 4. alternatif tindakan lain jika ada;
  - 5. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
  - 6. akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan;
  - 7. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
  - 8. risiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medis.
- e. meminta konsultasi kepada dokter lain (*second opinion*) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya; dan
- f. mengakses, mengkoreksi dan mendapatkan isi rekam medis.

## **BAB IV**

### **TATA KELOLA STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BYLAWS*)**

#### **Bagian Kesatu**

#### **Maksud dan Tujuan**

#### **Pasal 108**

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

#### **Pasal 109**

Tujuan tata kelola staf medis (*medical staff bylaws*) adalah:

- a. agar komite medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi; dan

- b. memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medik yang mana hanya staf medis kompeten dan berperilaku profesional boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

### **Bagian Kedua**

#### **Kewenangan Klinis (*Clinical privilege*)**

##### **Pasal 110**

- (1) Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus/izin yang diberikan kepada staf medis di RSUDAM melalui proses kredensial untuk dapat melakukan pelayanan medis dan prosedur klinis lainnya sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (2) Kewenangan klinis sementara (*temporary clinical privilege*) ditetapkan Direktur Utama kepada staf medis dalam jangka waktu tertentu disebabkan situasi/kondisi tertentu.
- (3) Kewenangan klinis darurat (*emergency clinical privilege*) ditetapkan Direktur Utama kepada staf medis untuk mengatasi suatu keadaan darurat pada pasien.
- (4) Kewenangan klinis bersyarat (*provisional clinical privilege*) ditetapkan Direktur Utama kepada staf medis untuk melakukan pelayanan medis tertentu dalam jangka waktu tertentu.

### **Bagian Ketiga**

#### **Mekanisme Kewenangan Klinis**

##### **Pasal 111**

- (1) Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik.
- (2) Penetapan kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh Direktur Utama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melalui penerbitan penugasan klinis (*clinical appointment*).
- (3) Kewenangan klinis (*clinical privilege*) diberikan kepada staf medis fungsional 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 dari kolegium.
- (4) Kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis fungsional dievaluasi secara berkala melalui proses rekredensial untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut oleh Direktur utama.

### **Bagian Keempat**

#### **Lingkup Kewenangan Klinis**

##### **Pasal 112**

- (1) Komite medik menetapkan dan mendokumentasikan rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) setiap spesialisasi di RSUDAM sesuai kompetensi keilmuan dan keterampilan seorang staf medis di dalam buku putih (*white paper*).

- (2) Komite Medik Rumah Sakit mengeluarkan rekomendasi atas kewenangan klinis (*clinical privilege*) staf medis berdasarkan buku putih sehingga dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.
- (3) Untuk pelayanan medis tertentu, yang dilakukan oleh para staf medis dari jenis spesialisasi berbeda, maka Komite Medik menyusun buku putih dengan melibatkan Mitra Bestari dari berbagai spesialisasi terkait.
- (4) Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) staf medis RSUDAM sebagai rumah sakit pendidikan bersifat khusus, karena juga bertugas membimbing residen/co-ass/dokter muda yang sedang dalam masa pendidikan.

#### **Pasal 113**

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis fungsional yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur Utama dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Sesuai dengan permohonan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) maka Direktur Utama akan meminta Komite Medik untuk melakukan rekredensial.
- (3) Direktur Utama berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan dituangkan pada penugasan klinis dalam bentuk Surat Keputusan Direktur Utama dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.
- (5) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditanda tangani oleh Direktur Utama dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.

#### **Bagian Kelima**

##### **Hak Klinis**

#### **Pasal 114**

- (1) Hak Klinis adalah kewenangan dari staf medis diberikan oleh Direktur Utama atas rekomendasi Komite Medik untuk melaksanakan pelayanan Medis sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (2) Komite Medik memberi rekomendasi kepada Direktur Utama atas rekomendasi dari Subkomite Kredensial bahwa tenaga medis yang bersangkutan dapat diberi hak klinisnya menjadi staf medis Rumah Sakit.
- (3) Hak Klinis diberikan kepada seorang staf medis untuk jangka waktu 5 (lima) tahun.
- (4) Pemberian hak klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan mendapat resertifikasi dari organisasi profesi.

#### **Bagian Keenam**

##### **Pembatasan Hak Klinis**

#### **Pasal 115**

- (1) Komite Medik memberi rekomendasi kepada Direktur Utama atas rekomendasi dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi agar seorang staf medis dibatasi atau dicabut hak klinisnya sehingga tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis tertentu di RSUDAM.

- (2) Pembatasan hak klinis ini dapat dipertimbangkan bila staf medis tersebut dalam pelaksanaan tugasnya tidak sesuai standar pelayanan medis yang berlaku sehingga dapat membahayakan pasien.
- (3) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi membuat rekomendasi pembatasan hak klinis seorang staf medis setelah:
  - a. Ketua SMF mengajukan surat untuk mempertimbangkan pembatasan hak klinis seorang staf medis/anggota SMF kepada ketua Komite Medik;
  - b. Komite Medik menugaskan subkomite Etika dan Disiplin Profesi untuk meneliti kinerja klinis dan etika profesi dan anggota SMF yang bersangkutan;
  - c. Komite medik berhak memanggil anggota SMF yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran yang dibuatnya; dan
  - d. Komite Medik dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

### **Bagian Ketujuh**

#### **Pencabutan Pembatasan Hak Klinis**

##### **Pasal 116**

Pencabutan pembatasan hak klinis seorang anggota SMF dilaksanakan oleh Direktur Utama atas usul Komite Medik bila SMF tersebut telah melaksanakan pembinaan pada staf medis yang bersangkutan sesuai waktu yang telah ditentukan pada saat sanksi pembatasan.

### **Bagian Kedelapan**

#### **Pencabutan Hak Klinis**

##### **Pasal 117**

Pencabutan Hak Klinis dilaksanakan apabila:

- a. pindah dari lingkungan RSUDAM;
- b. staf medis yang bersangkutan terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
- c. terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi staf medis; dan
- d. meninggal dunia.

### **Bagian Kesembilan**

#### **Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)**

##### **Pasal 118**

- (1) Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan kepada staf medis yang kompeten melakukan sekelompok asuhan medis atau pelayanan medis tertentu di RSUDAM berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
- (2) Penugasan klinis (*clinical appointment*) diterbitkan dalam bentuk Surat Keputusan Direktur Utama berdasarkan rekomendasi komite medik.
- (3) Penugasan klinis sementara (*temporary clinical appointment*) adalah penugasan oleh Direktur Utama kepada staf medis dalam keadaan tertentu disebabkan oleh kebutuhan sementara, misalnya konsultan tamu.



- (4) Penugasan klinis dapat diubah/dibekukan oleh Direktur Utama untuk waktu tertentu atau diakhiri berdasarkan pertimbangan komite medik atau alasan tertentu.
- (5) Mekanisme penugasan klinis merupakan salah satu instrumen utama tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik.
- (6) Penugasan klinis berlaku selama 3 (tiga) tahun.

#### **Pasal 119**

- (1) Penugasan klinis seorang staf medis hanya dapat ditetapkan bila:
  - a. mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran/Kedokteran Gigi Indonesia;
  - b. memenuhi syarat sebagai staf medis berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
  - c. memenuhi syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di rumah sakit;
  - d. memenuhi syarat untuk menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur Utama setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas rumah sakit;
  - e. bersedia memenuhi segala permintaan rumah sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis dengan mengacu pada panduan praktik klinik (PPK), *clinical pathway* dan prosedur operasional/manajerial/administrasi yang berlaku di rumah sakit; dan
  - f. bersedia mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri.
- (2) Penugasan klinis dapat berakhir sebelum jangka waktu berakhirnya dalam hal:
  - a. ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku; atau
  - b. kondisi fisik atau mental staf medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan medis secara menetap; atau
  - c. Staf Medis Fungsional tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*clinical privilege*) yang dicantumkan dalam penugasan klinis; atau
  - d. Staf Medis Fungsional telah melakukan tindakan yang tidak profesional atau perilaku menyimpang lainnya; atau
  - e. Staf Medis Fungsional diberhentikan oleh Direktur Utama karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
  - f. Staf Medis Fungsional diberhentikan oleh Direktur Utama karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan rumah sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

#### **Bagian Kesepuluh**

#### **Komite Medik**

#### **Paragraf 1**

#### **Kedudukan**

#### **Pasal 120**

- (1) Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

- (2) Komite Medik merupakan organisasi non struktural di rumah sakit dibentuk oleh dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama RSUDAM.
- (3) Komite Medik bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.
- (4) Kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas, fungsi dan wewenang Komite Medik ditetapkan oleh Direktur Utama.

## **Paragraf 2**

### **Pengorganisasian**

#### **Pasal 121**

- (1) Susunan organisasi Komite Medik RSUDAM terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota terbagi dalam 3 subkomite:
    1. Subkomite Kredensial;
    2. Subkomite Mutu Profesi; dan
    3. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur Utama dengan memperhatikan masukan dari staf medis rumah sakit.
- (3) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur Utama berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis rumah sakit.
- (4) Masa bhakti Komite Medik RSUDAM selama 3 (tiga) tahun.

#### **Pasal 122**

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

#### **Pasal 123**

- (1) Sekretaris Komite Medik dipilih oleh Ketua Komite Medik;
- (2) Sekretaris Komite Medik dijabat oleh seorang Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite Medik dibantu oleh tenaga administrasi/staf sekretariat purna waktu.

## **Paragraf 3**

### **Tugas Pokok dan Fungsi**

#### **Pasal 124**

- (1) Tugas Komite medik adalah meningkatkan profesionalisme staf medis di Rumah Sakit dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;

- b. memelihara mutu profesi Staf Medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis.
- (2) Fungsi komite medik dalam melaksanakan tugas kredensial :
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    - 1. kompetensi;
    - 2. kesehatan fisik dan mental;
    - 3. perilaku; dan
    - 4. etika profesi.
  - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
  - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur Utama;
  - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Direktur Utama; dan
  - h. rekomendasi kewenangan klinis untuk penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Fungsi Komite Medik dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis:
- a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis;
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis Rumah Sakit; dan
  - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis yang membutuhkan.
- (4) Fungsi Komite Medik dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

**Paragraf 4**

**Wewenang**

**Pasal 125**

Kewenangan komite medik dalam melaksanakan tugas dan fungsinya:

- 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.

#### **Paragraf 5**

### **Pembinaan dan Pengawasan**

#### **Pasal 126**

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

#### **Paragraf 6**

### **Rapat-Rapat**

#### **Pasal 127**

- (1) Untuk kemudahan dan kelancaran tugas operasional maka komite medik mengadakan rapat rutin/berkala dan rapat gabungan.
- (2) Rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diselenggarakan sebulan sekali untuk rapat rutin/berkala dan rapat gabungan (sidang pleno) diadakan sekurang kurangnya tiga (3) bulan sekali.
- (3) Peserta rapat komite medik selain Anggota Komite Medik, apabila diperlukan dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang terkait dengan agenda rapat, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit yang ditentukan oleh Komite Medik.
- (4) Setiap rapat Komite Medik dibuat risalah rapat.
- (5) Mekanisme pelaksanaan rapat diatur dalam pedoman pelaksanaan Komite Medik.

#### **Bagian Kesebelas**

### **Subkomite Kredensial**

#### **Paragraf 1**

### **Pengorganisasian Subkomite Kredensial**

#### **Pasal 128**

- (1) Subkomite Kredensial di Rumah Sakit terdiri atas 5 (lima) orang Staf Medis (1 Ketua, 1 Sekretaris, 3 Anggota) yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

- (2) Pengorganisasian Subkomite Kredensial ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

### **Paragraf 2**

#### **Tugas dan Wewenang Subkomite Kredensial**

##### **Pasal 129**

Tugas dan wewenang subkomite kredensial adalah:

- a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis dan persyaratan setiap jenis pelayanan medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku dan masukan dari KSMF dan/atau Mitra Bestari;
- b. melakukan kredensial dan rekredensial untuk mendapatkan dan memastikan bahwa Staf Medis Fungsional yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit kredibel, profesional dan akuntabel;
- c. mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan (P2KB/P3KGB) Staf Medis Fungsional;
- d. mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
- e. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis dan penugasan klinis kepada Ketua Komite Medik.

### **Paragraf 3**

#### **Mekanisme Kredensial**

##### **Pasal 130**

- (1) Komite medik melalui subkomite kredensial bertanggung jawab melaksanakan mekanisme kredensial dan rekredensial di Rumah Sakit yang dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (2) Instrumen yang dibutuhkan untuk Kredensial Rumah Sakit antara lain : daftar rincian kewenangan klinis untuk tiap spesialisasi medis, daftar mitra bestari yang merepresentasikan tiap spesialisasi medis, Buku Putih (white paper) untuk setiap pelayanan medis.
- (3) Komite medik menerbitkan rekomendasi pemberian hak klinis tenaga medis kepada Direktur Utama Rumah Sakit berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- (4) Subkomite Kredensial membuat rekomendasi pemberian hak klinis tenaga medis setelah:
  - a. Tenaga medis yang akan bergabung di Rumah Sakit membuat surat permohonan tertulis yang diajukan ke Direktur Utama;
  - b. Direktur Utama Rumah Sakit menugaskan komite medik untuk memproses permohonan tenaga medis yang bersangkutan dilampiri dokumen pendukung, terdiri dari:
    1. Daftar riwayat hidup (*Curriculum Vitae*);
    2. Foto kopi Ijazah terakhir dan transkrip nilai;
    3. Foto kopi Surat Tanda Registrasi (STR) dan Sertifikat Kompetensi (minimal Surat keterangan dari Kolegium);
    4. Foto kopi SK terakhir (bagi PNS);
    5. Surat lolos butuh/tidak terikat pada salah satu instansi /pemerintah daerah tertentu;
    6. Rekomendasi atasan langsung (Institusi pendidikan/ kedinasan);
    7. Foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 2 lembar;
    8. Foto kopi KTP yang masih berlaku; dan
    9. Sertifikat/brevet/bukti kemampuan klinis lainnya.

- c. Komite Medik menugaskan subkomite kredensial untuk memproses permohonan tersebut;
- d. melakukan rapat intern dengan SMF, direktur Pelayanan dan direktur diklat dan SDM dan melakukan kajian terhadap formulir isian berisi daftar rincian kewenangan klinis pemohon dengan berkas dokumen pendukungnya dengan menilai kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan dan keterampilan, kompetensi kognitif, afektif dan psikomotor, dan juga kompetensi fisik. Juga dinilai kompetensi mental/perilaku, perilaku etis tenaga medis yang bersangkutan.
- e. melakukan cross chek atau konfirmasi mengenai tenaga medis yang akan bergabung kepada instansi asal.
- f. mengadakan wawancara tenaga medis yang bersangkutan.
- g. Subkomite Kredensial memberikan rekomendasi kepada ketua komite medik untuk menerima atau menolak tenaga medis tersebut.
- h. Ketua Komite Medik memberikan rekomendasi ditujukan kepada Direktur Utama Rumah Sakit.

#### **Paragraf 4**

#### **Mekanisme Rekredensial**

#### **Pasal 131**

- (1) Rekredensial terhadap Staf Medis Fungsional dilakukan dalam hal:
  - a. penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis fungsional telah habis masa berlakunya;
  - b. Staf Medis Fungsional yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya;
  - c. Staf Medis Fungsional yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Pada akhir masa berlakunya surat penugasan seorang staf medis di Rumah Sakit, komite medik melalui subkomite kredensial harus melakukan rekredensial.
- (3) Rekredensial kewenangan klinis dapat berupa pencabutan, perubahan/modifikasi, dan pemberian kembali kewenangan klinis.
- (4) Subkomite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang telah berakhir masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*), dengan rekomendasi berupa kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan/ditambah/dikurangi/dibekukan untuk waktu tertentu/diubah atau dimodifikasi/diakhiri.
- (5) Staf Medis mengajukan permohonan kepada komite medik melalui Direktur Utama Rumah Sakit bila ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau ingin menambah kewenangan klinis yang dimiliki.

#### **Bagian Kedua Belas**

#### **Subkomite Mutu Profesi**

#### **Paragraf 1**

#### **Pengorganisasian**

#### **Pasal 132**

- (1) Subkomite Mutu Profesi di Rumah Sakit terdiri atas tiga (3) orang Staf Medis (1 Ketua, 1 Sekretaris, 1 Anggota) yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

- (2) Pengorganisasian Subkomite Mutu Profesi ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

#### **Paragraf 2**

#### **Tugas Dan Wewenang**

#### **Pasal 133**

Tugas dan wewenang subkomite mutu profesi adalah:

- a. melakukan audit medis;
- b. merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis fungsional;
- c. mengadakan pertemuan ilmiah (*joint conference*) internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi staf medis fungsional;
- d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi staf medis fungsional;
- e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis fungsional yang membutuhkan; dan
- f. memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.

#### **Paragraf 3**

#### **Mekanisme Kerja**

#### **Pasal 134**

- (1) Direktur Utama Rumah Sakit berdasarkan masukan Komite Medik menetapkan kebijakan dan mekanisme kerja Subkomite mutu profesi.
- (2) Dalam rangka mempertahankan mutu dan kualitas pelayanan medis dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi dengan cara:
  - a. memantau kualitas pelayanan melalui kegiatan *Morning Report*, Kasus Sulit, Ronde Ruangan, Kasus Kematian, Audit Medis, *Journal Reading*; dan
  - b. menindaklanjuti temuan kualitas pelayanan melalui kegiatan Pelatihan Singkat (*Short Course*), Aktifitas Pendidikan berkelanjutan, Pendidikan Kewenangan tambahan.

#### **Paragraf 4**

#### **Audit Medis**

#### **Pasal 135**

- (1) Audit Medis merupakan kegiatan evaluasi profesi secara sistemik melibatkan mitra bestari (*peer group*).
- (2) Audit medis dilakukan dengan mengedepankan respek terhadap semua staf medis (*no blaming culture*), tidak menyebutkan nama (*no naming*), tidak mempersalahkan (*no blaming*), dan tidak mempermalukan (*no shaming*).
- (3) Terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* pelayanan medis di Rumah Sakit.
- (4) Rumah Sakit, Komite Medik (subkomite mutu profesi) atau masing-masing kelompok staf medis menyelenggarakan evaluasi kinerja terfokus (*focused professional practice evaluation*) dan evaluasi berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*) perorangan maupun kelompok.



- (5) 4 (empat) peran penting dalam pelaksanaan audit medis, yaitu:
- a. sarana penilaian kompetensi Staf Medis pemberi pelayanan rumah sakit;
  - b. dasar pemberian kewenangan klinis sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. dasar Komite Medik merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis;
  - d. dasar Komite Medik merekomendasikan perubahan rincian kewenangan klinis Staf Medis.
- (6) Langkah-langkah yang dilakukan dalam audit medis, antara lain:
- a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit (misal : tentang penanggulangan penyakit tertentu, penggunaan obat tertentu, kematian karena penyakit tertentu);
  - b. penetapan standar dan kriteria (jelas, obyektif dan rinci);
  - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit (metode pengambilan sampel atau menetapkan suatu kasus yang akan diaudit dalam kurun waktu tertentu);
  - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan (subkomite mutu profesi atau tim pelaksana audit melihat apakah kriteria/standar telah dilaksanakan dengan mempelajari rekam medis);
  - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria (subkomite mutu profesi atau tim pelaksana audit menyerahkan hasil analisa kasus pada mitra bestari);
  - f. menerapkan perbaikan (mitra bestari membuat rekomendasi upaya perbaikan, cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program diklat, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada); dan
  - g. rencana reaudit (mempelajari topik sama di waktu kemudian).

#### **Paragraf 5**

#### **Rekomendasi Pendidikan Berkelanjutan Staf Medis**

#### **Pasal 136**

- (1) Komite Medik melalui Subkomite Mutu Profesi bersama-sama dengan SMF menentukan dan mengatur waktu kegiatan pertemuan ilmiah (*Joint Conference*) yang dilaksanakan melibatkan staf medis RSUDAM sebagai nara sumber dan peserta aktif.
- (2) Pertemuan ilmiah dapat berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian, kasus sulit maupun kasus langka.
- (3) Pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.
- (4) Setiap SMF wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Subkomite Mutu Profesi per tahun.
- (5) Subkomite Mutu Profesi bersama dengan Direktorat Diklat dan SDM Rumah Sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dapat mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (6) Subkomite Mutu Profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing Staf Medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.

- (7) Subkomite Mutu Profesi melalui Komite Medik memberikan persetujuan terhadap permintaan Staf Medis sebagai asupan kepada Direktur Utama Rumah Sakit.

#### **Paragraf 6**

#### **Pendampingan (*Proctoring*)**

#### **Pasal 137**

- (1) Subkomite Mutu Profesi melalui Komite Medik menentukan nama Staf Medis yang akan mendampingi Staf Medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.
- (2) Komite Medik berkoordinasi dengan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

#### **Bagian Ketiga Belas**

#### **Subkomite Etika dan Disiplin Profesi**

#### **Paragraf 1**

#### **Pengorganisasian**

#### **Pasal 138**

- (1) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi di Rumah Sakit terdiri atas tiga (3) orang Staf Medis (1 Ketua, 1 Sekretaris, 1 Anggota) yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Subkomite Etika dan Disiplin Profesi ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

#### **Paragraf 2**

#### **Tugas dan Wewenang**

#### **Pasal 139**

Tugas dan wewenang Subkomite Etika dan Disiplin Profesi adalah:

- a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. melakukan upaya pendisiplinan perilaku profesional Staf Medis Fungsional; dan
- c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asupan medis pasien.

#### **Paragraf 3**

#### **Mekanisme Kerja**

#### **Pasal 140**

- (1) Direktur Utama Rumah Sakit berdasarkan masukan Komite Medik menetapkan kebijakan dan mekanisme kerja subkomite disiplin dan etika profesi.
- (2) Pengaturan dan penerapan penegakkan disiplin profesi bukanlah sebuah penegakkan disiplin kepegawaian.
- (3) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi membentuk sebuah panel yang melakukan penegakkan disiplin profesi.

- (4) Panel terdiri dari 3 orang Staf Medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
- a. 1 (satu) orang dari Subkomite Etik dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
  - b. 2 (dua) orang atau lebih Staf Medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang di periksa.

#### **Paragraf 4**

#### **Upaya Pendisiplinan Perilaku Profesional**

#### **Pasal 141**

Mekanisme pemeriksaan upaya pendisiplinan perilaku profesional dilakukan berdasarkan:

- a. sumber laporan (laporan perorangan, laporan non perorangan);
- b. dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi (menyangkut kompetensi klinis, penatalaksanaan kasus medis, pelanggaran disiplin profesi, penggunaan obat dan alat kesehatan, tidak mampu bekerja sama);
- c. pemeriksaan (melalui proses pembuktian, bersifat tertutup);
- d. keputusan (berdasarkan suara terbanyak);
- e. tindakan pendisiplinan perilaku profesional (peringatan tertulis, pembatasan dan pencabutan kewenangan klinis sementara atau selamanya); dan
- f. pelaksanaan keputusan (Direktur Utama Rumah Sakit melakukan eksekusi atas rekomendasi Komite Medik terhadap keputusan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi).

#### **Paragraf 5**

#### **Pembinaan Profesionalisme Kedokteran**

#### **Pasal 142**

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran yang diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilaksanakan oleh Komite Medik Rumah Sakit.

#### **Paragraf 6**

#### **Pertimbangan Keputusan Etis**

#### **Pasal 143**

- (1) Staf Medis melalui SMF dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di Rumah Sakit pada Komite Medik.
- (2) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi melalui Komite Medik mengadakan pertemuan pembahasan kasus melibatkan pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

#### **Bagian Keempat Belas**

#### **Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis**

#### **Pasal 144**

Direktur Utama Rumah Sakit menerbitkan peraturan/standar profesi bagi staf medis (*medical staff rules and regulations*) diluar tata kelola staf medis ini untuk pelayanan medis serta kebutuhan medis pasien dalam bentuk standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional.

**Bagian Kelima Belas**  
**Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*)**

**Pasal 145**

- (1) Kebijakan teknis operasional pelayanan medis ditetapkan oleh Direktur Utama.
- (2) Masing-masing KSMF wajib membuat pedoman pelayanan medis/klinis, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya.
- (3) Kebijakan teknis operasional pelayanan medis tidak boleh bertentangan dengan Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) ini.
- (4) Semua pelayanan medis dilakukan oleh setiap staf medis fungsional di RSUDAM berdasarkan penugasan klinis dari Direktur Utama.
- (5) Dalam keadaan bencana alam, kegawatdaruratan akibat bencana masal, kerusakan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis fungsional dapat diberikan penugasan klinis untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.
- (6) Dalam melaksanakan tugas, wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik di lingkungannya maupun dengan KSMF lain atau instansi lain yang terkait.
- (7) Untuk menangani pelayanan medis tertentu, Direktur Utama dapat membentuk panitia atau kelompok kerja.
- (8) Setiap Ketua KSMF wajib membantu Direktur Pelayanan serta Komite Medik melakukan bimbingan, pembinaan dan pengawasan terhadap anggotanya.
- (9) untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis, Komite Medik memberikan usulan setelah melalui penilaian teknis peralatan kesehatan berdasarkan *Health Technical Assesment* (HTA).

**BAB V**

**KETENTUAN PERUBAHAN**

**Pasal 146**

- (1) Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) secara berkala sekurang-kurangnya setiap 3 (tiga) tahun dilakukan evaluasi, disesuaikan dengan perkembangan profesi medis dan kondisi RSUDAM.
- (2) Perubahan dapat dilakukan dengan menambah pasal baru (*Addendum*) dan/atau mengubah pasal yang telah ada (*Amandemen*) yang merupakan satu kesatuan tidak terpisahkan dari Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) ini.

**BAB VI**

**KETENTUAN PERALIHAN**

**Pasal 147**

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.
- (2) Kebijakan teknis operasional, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya harus disesuaikan dengan Pola Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) ini.

### **Pasal 148**

Pada saat Peraturan Gubernur ini diberlakukan maka:

1. Peraturan Gubernur Lampung Nomor 45 Tahun 2009 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi; dan
2. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Nomor 161.3/4638.B/1.1/IX /2003 tanggal 15 September 2003 tentang *Hospital Bylaws*/Statuta Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2003 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

### **Pasal 149**

- (1) Hal-hal lain yang belum diatur dalam Peraturan Gubernur ini berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Semua peraturan rumah sakit yang dilaksanakan sebelum berlakunya Pola Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) ini.

## **BAB VII**

### **KETENTUAN PENUTUP**

#### **Pasal 150**

Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan Peraturan Gubernur ini diatur dan ditetapkan oleh Direktur Utama.

#### **Pasal 151**

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan Pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Lampung.

Ditetapkan di Telukbetung  
pada tanggal 2016

**GUBERNUR LAMPUNG,**

**M. RIDHO FIEARDO**

Diundangkan di Telukbetung  
pada tanggal 2016/

**Pj. SEKRETARIS DAERAH PROVINSI LAMPUNG,**

**Ir. SUTONO, M.M.**  
**Pembina Utama Madya**  
**NIP. 19580728 198602 1 002**

**BERITA DAERAH PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2016 NOMOR.....**