



BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR  
PROVINSI JAMBI  
PERATURAN BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR  
NOMOR 56 TAHUN 2017  
TENTANG

POLA TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH NURDIN HAMZAH  
KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR,

- Menimbang :
- a. bahwa kesehatan merupakan urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dan bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan;
  - b. bahwa dengan telah ditetapkannya Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah, dipandang perlu menyusun Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu membentuk Peraturan Bupati tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 54 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Sarolangun, Kabupaten Tebo, Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten Tanjung Jabung Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 182, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3903) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 54 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Sarolangun, Kabupaten Tebo, Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten Tanjung Jabung

- Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 81, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3969);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
  3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
  4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
  5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
  7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
  8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2017 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
  9. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
  10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor

4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
12. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 07/PMK.02/2006 tentang Persyaratan Administratif Dalam Rangka Pengusulan dan Penetapan Satuan Kerja Instansi Pemerintah untuk Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
13. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 08/PMK.02/2006 tentang Kewenangan Pengadaan Barang/Jasa pada Badan Layanan Umum;
14. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 10/PMK.02/2006 tentang Pedoman Penetapan Remunerasi bagi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Pegawai Badan Layanan Umum;
15. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 66/PMK.02/2006 tentang Tata Cara Penyusunan, Pengajuan, Penetapan dan Perubahan Rencana Bisnis dan Anggaran serta Dokumen Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 310);
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
18. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 73/PMK.05/2007 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 10/PMK.02/2006 tentang Pedoman Penetapan Remunerasi bagi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Pegawai Badan Layanan Umum;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971/PERMENKES/PER/XI/2009 tentang Standar

Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan;

20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PEM/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
23. Peraturan Daerah Kabupaten Tanjung Jabung Timur Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2016 Nomor 6);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG POLA TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH NURDIN HAMZAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Tanjung Jabung Timur.
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Tanjung Jabung Timur.
4. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
5. Rumah Sakit Umum Daerah adalah Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah.

7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
8. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan BLUD, yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan Daerah pada umumnya.
9. Pola Tata Kelola Korporasi (*Corporate by Laws*) adalah peraturan internal yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan dewan pengawas, pejabat pengelola dan staf medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing.
10. Pola Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) adalah peraturan internal yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari staf medis di rumah sakit.
11. Dewan Pengawas adalah suatu badan yang melakukan pengawasan terhadap operasional rumah sakit yang dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan direktur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
12. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.
13. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak seseorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
14. Pejabat Pengelola Rumah Sakit terdiri dari Direktur, Kepala Bagian dan Kepala Bidang.

15. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
16. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
17. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
18. Unit Kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
19. Komite Medis adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
20. Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis yang diberikan oleh Direktur untuk melakukan sederetan pelayanan medis tertentu dalam rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
21. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penetapan Direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis (*white paper*) yang telah disetujui baginya.
22. Kredensialing adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
23. Rekredensialing adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
24. *Priviliging* adalah proses yang dilakukan untuk memperoleh kewenangan klinik (*clinical privilege*) dari direktur setelah dilakukan kredensialing atau rekredensialing.
25. Tenaga Administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.
26. Dokter Mitra adalah dokter yang direkrut oleh rumah sakit karena keahliannya, berkedudukan setingkat dengan rumah sakit, bertanggung

jawab secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional sesuai kesepakatan atau ketentuan rumah sakit.

## BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

### Pasal 2

Maksud disusunnya Peraturan Bupati ini adalah :

- a. untuk meningkatkan profesionalisme pelayanan kesehatan, akuntabilitas pengelolaan dana, dan optimalisasi pemanfaatan teknologi; dan
- b. untuk meningkatkan harmonisasi hubungan antara pemilik, pengelola, staf medik dan tenaga fungsional lainnya.

### Pasal 3

Tujuan disusunnya Peraturan Bupati ini adalah :

- a. menyediakan acuan dalam penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) pada Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah;
- b. memberikan pedoman bagi penyelenggara dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan publik secara efektif, efisien, fleksibel dan akuntabel; dan
- c. memenuhi persyaratan penetapan PPK-BLUD penuh sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.

## BAB III SISTEMATIKA

### Pasal 4

Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur dengan sistematika sebagai berikut :

BAB I Pendahuluan

BAB II Struktur Organisasi, Prosedur Kerja dan Standar Prosedur Kerja

BAB III Pola Tata Kelola

BAB IV Penutup

#### Pasal 5

- (1) Ketentuan mengenai Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan publik di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur.
- (2) Ketentuan mengenai :
  - a. pola tata kelola Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur sebagaimana tercantum dalam Lampiran I;
  - b. bentuk format laporan pendapatan BLUD sebagaimana tercantum dalam Lampiran II;
  - c. bentuk format surat pernyataan tanggung jawab sebagaimana tercantum dalam Lampiran III; dan
  - d. bentuk format laporan pengeluaran biaya BLUD sebagaimana tercantum dalam Lampiran IV;  
merupakan satu kesatuan dan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

#### Pasal 6

- (1) Perubahan Pola Tata Kelola merupakan kewenangan dari Bupati, melalui usulan Direktur/Pemimpin BLUD RSUD.
- (2) Perubahan Pola Tata Kelola dapat dilakukan oleh Pemerintah Daerah karena alasan tertentu.
- (3) Hal-hal yang belum diatur dalam peraturan Bupati ini sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya akan diatur lebih lanjut dengan keputusan Direktur.

#### BAB IV

#### PENUTUP

#### Pasal 7

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.



Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Tanjung Jabung Timur.

Ditetapkan di Muara Sabak  
pada tanggal 17 NOVEMBER 2017

BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR,



H. ROMI HARIYANTO

Diundangkan di Muara Sabak  
pada tanggal 17 NOVEMBER 2017

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR,



H. SUDIRMAN

BERITA DAERAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR TAHUN 2017  
NOMOR 56.

SELAH DITELITI KEBENARANNYA  
Kabag Hukum dan Perundang-undangan

Drs. MAROLOP SIMANJUNTAK  
Pembina Tk. I (IV/b)  
NIP. 19631901 198503 1 006

LAMPIRAN I  
PERATURAN BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR  
NOMOR 56 TAHUN 2017  
TENTANG  
POLA TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM  
DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH NURDIN  
HAMZAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR

POLA TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH NURDIN HAMZAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR

BAB I  
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, khususnya Pasal 68 dan Pasal 69 mengamanatkan bahwa, instansi Pemerintah yang mempunyai tugas dan fungsi memberikan pelayanan umum kepada masyarakat, dapat diberikan fleksibilitas dalam Pola Pengelolaan Keuangan dengan sebutan Badan Layanan Umum (BLU).

Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2014, memberikan fleksibilitas untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat bagi instansi Pemerintah, sebagai pengecualian dari ketentuan umum pengelolaan keuangan negara. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) merupakan contoh penerapan pengelolaan keuangan berbasis kinerja pada instansi Pemerintah.

Sejalan dengan hal tersebut, Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah, menyatakan bahwa perangkat Daerah yang memiliki spesifikasi teknis di bidang pelayanan umum berpotensi untuk dikelola melalui Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD). Menindaklanjuti Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tersebut, telah ditetapkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur dipandang memiliki spesifikasi teknis di bidang pelayanan umum dan berpotensi untuk dikelola melalui Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD). Oleh karena itu perlu diatur tata kelolanya.

B. RUANG LINGKUP

Pola tata kelola merupakan peraturan internal BLUD RSUD yang didalamnya memuat, sebagai berikut:

1. organisasi;
2. prosedur kerja;

3. pengelompokan fungsi;
4. pengelolaan sumber daya manusia.
5. sistem akuntabilitas berbasis kinerja;
6. kebijakan keuangan; dan
7. kebijakan pengelolaan lingkungan dan limbah.

#### C. PRINSIP TATA KELOLA

Pola tata kelola menganut prinsip-prinsip sebagai berikut :

- a. transparansi, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan;
- b. akuntabilitas, merupakan kejelasan fungsi, struktur sistem yang dipercayakan pada BLUD agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak;
- c. responsibilitas, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan; dan
- d. independensi, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

BAB II  
STRUKTUR ORGANISASI, PROSEDUR KERJA  
DAN STANDAR PROSEDUR KERJA

A. Struktur Organisasi

Struktur organisasi RSUD Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur terdiri dari:

1. Dewan Pengawas.
2. Direktur.
3. Satuan Pengawas Intern.
4. Bagian Tata Usaha, meliputi:
  - a. Sub Bagian Umum dan Perlengkapan;
  - b. Sub Bagian Kepegawaian; dan
  - c. Sub Bagian Keuangan.
5. Bidang Pelayanan, meliputi:
  - a. Seksi Pelayanan Medis; dan
  - b. Seksi Pelayanan Penunjang Medis.
6. Bidang Keperawatan meliputi:
  - a. Seksi Asuhan Keperawatan; dan
  - b. Seksi Pendidikan dan Pelatihan.
7. Bidang Bina Program, meliputi:
  - a. Seksi Perencanaan dan Penyusunan Program; dan
  - b. Seksi Evaluasi dan Pelaporan.
8. Staf Medis Fungsional.
9. Kelompok Jabatan Fungsional.
10. Komite-Komite.
11. Instalasi.

B. Uraian Tugas

1. Dewan Pengawas
  - a. Dalam rangka pelaksanaan pembinaan dan pengawasan terhadap penerapan pola pengelolaan keuangan BLUD pada RSUD dibentuk Dewan Pengawas;
  - b. Pembentukan dan pengangkatan Dewan Pengawas ditetapkan dengan Keputusan Bupati;
  - c. Ketentuan lebih lanjut mengenai Dewan Pengawas diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri;
  - d. Dewan Pengawas bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e. Dewan Pengawas berkewajiban :
    - 1) memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Direktur;
    - 2) mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;

- 3) melaporkan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah tentang kinerja Rumah Sakit;
  - 4) memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;
  - 5) melakukan evaluasi dan penilaian kinerja, baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola; dan
  - 6) memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- f. Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala melalui Sekretaris Daerah paling sedikit 4 (empat) kali dalam satu tahun dan sewaktu-waktu diperlukan;
  - g. Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola; dan
  - h. Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran.

## 2. Direktur

- a. Direktur mempunyai tugas membantu Bupati dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan, melaksanakan upaya rujukan serta melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai standar pelayanan rumah sakit;
- b. Guna menjalankan tugas sebagaimana tersebut di atas Direktur menyelenggarakan fungsi :
  - 1) penyusunan kebijakan teknis, rencana dan program pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Nurdin Hamzah;
  - 2) penyelenggaraan pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis;
  - 3) penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan ;
  - 4) penyelenggaraan layanan rujukan;
  - 5) penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan;
  - 6) pemantauan, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan program pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Nurdin Hamzah;
  - 7) pelaksanaan administrasi Rumah Sakit Umum Nurdin Hamzah; dan
  - 8) pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

## 3. Satuan Pengawas Internal

- a. Satuan Pengawas Intern merupakan organisasi pendukung dalam upaya membantu Direktur di bidang pengawasan intern dan monitoring;

- b. Satuan Pengawas Intern adalah kelompok jabatan fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit;
- c. Pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud adalah untuk mengawasi apakah kebijakan pimpinan telah dilaksanakan dengan sebaik-baiknya oleh bawahannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk mencapai tujuan organisasi;
- d. Satuan Pengawas Intern berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur;
- e. Satuan Pengawas Intern dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
- f. Fungsi Satuan Pengawas Intern adalah:
  - 1) melakukan pengawasan terhadap segala kegiatan di lingkungan RSUD;
  - 2) melakukan penelusuran kebenaran laporan atau informasi tentang penyimpangan yang terjadi; dan
  - 3) melakukan pemantauan tindak lanjut hasil pemeriksaan aparat pengawas fungsional.
- g. Tugas pokok Satuan Pengawas Intern adalah :
  - 1) pengawasan terhadap pelaksanaan dan operasional RSUD;
  - 2) menilai pengendalian pengelolaan atau pelaksanaan kegiatan RSUD; dan
  - 3) memberikan saran perbaikan kepada Direktur.

#### 4. Bagian Tata Usaha

- a. Tata Usaha mempunyai tugas memberikan pelayanan teknis dan administratif kepada seluruh satuan organisasi di lingkungan Rumah Sakit Umum Nurdin Hamzah;
- b. Tata Usaha dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada angka 3 (tiga) menyelenggarakan fungsi:
  - 1) pengelolaan urusan kepegawaian;
  - 2) pengelolaan urusan keuangan;
  - 3) pelaksanaan urusan tata usaha;
  - 4) pengelolaan urusan umum; dan
  - 5) pelaksanaan urusan perlengkapan.
- c. Sub Bagian Umum dan perlengkapan mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan pelaksanaan urusan pengelolaan urusan umum dan urusan perlengkapan yang meliputi:
  - 1) penyiapan bahan urusan surat menyurat, pengagendaan dan pengiriman;
  - 2) penyiapan bahan pelaksanaan pengelolaan sistem informasi;
  - 3) penyiapan bahan pengelolaan arsip dan dokumentasi;
  - 4) penyiapan bahan pelaksanaan urusan tata usaha pimpinan dan protokol;
  - 5) penyiapan bahan pengelolaan urusan perlengkapan;
  - 6) penyiapan bahan pengelolaan urusan rumah tangga dan pengamanan;

- 7) penyiapan bahan pelaksanaan urusan kendaraan dan perjalanan dinas; dan
  - 8) penyiapan bahan pelaksanaan hubungan masyarakat.
- d. Sub Bagian Kepegawaian mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan pelaksanaan urusan pengelolaan urusan kepegawaian yang meliputi:
- 1) penyiapan bahan penyusunan formasi, pendataan dan pengembangan pegawai dan tenaga kesehatan, serta penyusunan laporan kegiatan kepegawaian dan tenaga kesehatan di lingkungan rumah sakit;
  - 2) penyiapan bahan penetapan mutasi dan administrasi jabatan fungsional di lingkungan rumah sakit; dan
  - 3) penyiapan bahan penetapan pemberhentian dan pensiun pegawai dan tenaga kesehatan di lingkungan rumah sakit.
- e. Sub Bagian Keuangan mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan pelaksanaan urusan pengelolaan urusan kepegawaian yang meliputi:
- 1) penyiapan bahan pelaksanaan anggaran, pembuatan daftar gaji dan pembayaran gaji pegawai dan tenaga kesehatan;
  - 2) penyiapan bahan pelaksanaan urusan perbendaharaan dan tata usaha keuangan rumah sakit; dan
  - 3) penyiapan bahan pelaksanaan urusan pembukuan, perhitungan dan penyusunan laporan keuangan rumah sakit.
5. Bidang Pelayanan
- a. Bidang Pelayanan mempunyai tugas melaksanakan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis serta pelayanan rujukan;
  - b. Seksi Pelayanan Medis mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan pelaksanaan layanan rawat jalan, rawat inap serta instalasi gawat darurat, penyediaan kebutuhan peralatan, logistik dan obat-obatan untuk pelayanan medis serta penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit; dan
  - c. Seksi Pelayanan Penunjang Medis mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan pelaksanaan proses administrasi dan registrasi pasien, administrasi keuangan dan klaim, rekam medis, administrasi rujukan dan penyimpanan dokumen medis, surat keterangan medis dan pelaporan, layanan dan fasilitasi penerimaan dan pemulangan pasien serta penyediaan dan pemeliharaan fasilitas serta instalasi pada rumah sakit.
6. Bidang Perawatan
- a. Bidang Perawatan mempunyai tugas melaksanakan layanan asuhan keperawatan serta pelaksanaan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan terkait dengan pelayanan dan peningkatan mutu layanan kesehatan;
  - b. Seksi Asuhan Keperawatan dan Mutu mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan

bahan pelaksanaan penyusunan perencanaan kebutuhan tenaga, perlengkapan dan logistik keperawatan serta layanan asuhan keperawatan pada rawap inap, rawat jalan dan rawat darurat; dan

- c. Seksi Pendidikan dan Pelatihan mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan pelaksanaan pembinaan dan bimbingan teknis asuhan keperawatan bagi tenaga keperawatan serta penelitian dan pengembangan keperawatan serta peningkatan mutu sumber daya kepegawaian serta tenaga kesehatan lain.

#### 7. Bidang Bina Program

- a. Bidang Bina Program mempunyai tugas melaksanakan penyiapan koordinasi, fasilitasi perumusan dan pelaksanaan penyusunan rencana program dan anggaran serta evaluasi dan pelaporan pelaksanaan pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Nurdin Hamzah;
- b. Sub Bidang Perencanaan dan Penyusunan Program mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan koordinasi dan penyusunan rencana anggaran dan program pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Nurdin Hamzah; dan
- c. Sub Bidang Evaluasi dan Pelaporan mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan monitoring, evaluasi serta penyusunan laporan penyelenggaraan program pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Nurdin Hamzah.

#### 8. Staf Media Fungsional

- a. Staf Medis Fungsional adalah kelompok Dokter yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional;
- b. Fungsi Staf Medis adalah pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis;
- c. Staf Medis Fungsional mempunyai tugas :
  - 1) memberikan pelayanan Medik yang bermutu kepada penderita sesuai dengan standar pelayanan medik yang telah ditentukan oleh SMF dan disahkan oleh Direktur, serta menghormati hak pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - 2) memberikan pendidikan dan pelatihan kepada peserta didik yang ada dalam program SMF dan Rumah Sakit;
  - 3) melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
  - 4) membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu dan akurat;
  - 5) meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan/ atau pelatihan berkelanjutan; dan
  - 6) menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran.



- d. dalam melaksanakan tugasnya, staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait; dan
- e. Ketentuan lebih lanjut mengenai peraturan internal staf medis diatur dengan Peraturan Direktur.

#### 9. Kelompok Jabatan Fungsional

##### a. Kelompok Jabatan Fungsional Tertentu

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

##### b. Kelompok Fungsional Keperawatan

- a. Kelompok Fungsional Keperawatan merupakan kelompok perawat yang bekerja di bidang keperawatan;
- b. Anggota Kelompok Fungsional Keperawatan mempunyai tugas:
  - 1) melaksanakan pengkajian;
  - 2) menegakkan diagnosa keperawatan;
  - 3) menetapkan perencanaan;
  - 4) melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan;
  - 5) penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan; dan
  - 6) penelitian dan pengembangan keperawatan.
- c. Staf keperawatan bergabung dalam Kelompok Fungsional Keperawatan yang dibentuk berdasarkan kompetensi masing-masing yang dimiliki;
- d. Anggota Kelompok Fungsional Keperawatan ditugaskan sesuai jenis kompetensinya;
- e. Kelompok Fungsional Keperawatan dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota; dan
- f. Anggota Kelompok Fungsional Keperawatan diangkat oleh Direktur.

#### 10. Komite-Komite

- a. Untuk membantu direktur menyelenggarakan tugas dan fungsinya maka dapat dibentuk komite-komite.
- b. Komite – komite tersebut antara lain :
  - 1) komite Medik;
  - 2) komite keperawatan; dan
  - 3) komite lainnya.

## 11. Instalasi

- a. dalam upaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan, dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan fungsional;
- b. Pembentukan Instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
- c. Pembentukan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan;
- d. Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi dari pejabat fungsional tertentu;
- e. Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memantau dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing;
- f. Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang terkait;
- g. Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional; dan
- h. Pembentukan dan perubahan jumlah maupun jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

## C. Prosedur Kerja

1. dalam melaksanakan tugas Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian, Kepala Seksi, dan setiap pimpinan satuan organisasi wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*cross functional approach*) secara vertikal dan horisontal baik di lingkungannya maupun dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing;
2. setiap pimpinan satuan organisasi bertanggung jawab atas pelaksanaan tugas bawahannya;
3. setiap pimpinan satuan organisasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasan langsung sesuai tugas bidangnya.
4. penyusunan prosedur kerja mengikuti standar akreditasi yang telah ditetapkan;
5. kepala Bidang, Kepala Seksi, Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing; dan
6. dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi dibantu oleh kepala satuan organisasi di bawahnya dan jabatan fungsional umum dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan masing-masing wajib mengadakan rapat berkala.

## D. Tata Kerja Staf Medis

1. Tata Kerja Staf Medis dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (frame work) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis sebagaimana yang diharapkan;
2. Tata Kerja Staf Medis mempunyai tujuan:

- a. mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (*patient safety*);
  - b. memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional;
  - c. menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut staf medis; dan
  - d. mengontrol dan menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan Pemilik serta peraturan perundang-undangan.
3. Prosedur kewenangan klinik, diatur sebagai berikut:
- a. staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial;
  - b. penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang dimiliki Staf Medis, kompetensi dan pengalaman;
  - c. dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari Kolegium terkait;
  - d. kewenangan klinik sebagaimana dimaksud pada huruf c akan dievaluasi terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut;
  - e. dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya diperluas maka Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya;
  - f. direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada huruf e setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial;
  - g. setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon; dan
  - h. kewenangan klinik sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.
4. Prosedur Pembinaan, dilaksanakan sebagai berikut:
- a. dalam hal Staf Medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan atau kematian maka Komite Medik dapat melakukan penelitian;
  - b. bila hasil penelitian sebagaimana dimaksud pada huruf a membuktikan kebenaran maka Komite Medik dapat mengusulkan kepada Direktur untuk dikenai sanksi berupa sanksi administratif;

- c. pemberlakuan sanksi tersebut harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik; dan
- d. dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi tersebut maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya surat keputusan, untuk selanjutnya Direktur memiliki waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait; dan
- e. penyelesaian sebagaimana dimaksud pada huruf d bersifat final.

#### E. Tata Kerja Komite Medik

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

- 1) rapat rutin bulanan, dilakukan minimal sekali setiap bulan;
  - 2) rapat rutin bersama semua Kelompok Staf Medis dan atau dengan semua staf medis dilakukan minimal sekali setiap bulan;
  - 3) rapat bersama Direktur dan Kepala Bidang Pelayanan dilakukan minimal sekali setiap bulan;
  - 4) rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sifatnya sangat mendesak; dan
  - 5) rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.
- b. Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris, jika keduanya tidak hadir, dapat dipimpin oleh anggota yang hadir;
  - c. Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit  $\frac{2}{3}$  (dua per tiga) anggota komite medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya;
  - d. Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya;
  - e. Rapat khusus diadakan apabila:
    - 1) ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
    - 2) ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat komite medik;
    - 3) rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit  $\frac{2}{3}$  (dua per tiga) anggota komite medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya;
    - 4) undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan;
    - 5) undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut; dan
    - 6) rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada angka (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.
  - f. Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan;
  - g. Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh Direktur, Kepala Bidang Pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik;
  - h. Keputusan rapat Kelompok Staf Medis dan atau Komite Medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
  - i. Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua atau Sekretaris berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang;

- j. Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir;
- k. Direktur rumah sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat; dan
- l. Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

F. Standar Prosedur Kerja

Prosedur kerja setiap proses pengelolaan dan sistem manajerial telah didokumentasikan dalam Prosedur Mutu dan *Standard Operating Procedure* (SOP). Prosedur mutu ini telah didokumentasikan, disosialisasikan, dan diimplementasikan di setiap instalasi dan unit kerja lainnya. Dengan adanya prosedur mutu atau SOP ini diharapkan pelaksanaan atau proses kinerja dan pelayanan pada setiap unit kerja dapat dilaksanakan dengan baik sesuai dengan prosedur kerja. Dengan prosedur kerja ini pula dapat dijadikan bahan evaluasi terhadap pelaksanaan dan hasil kinerja dari setiap proses kinerja.

Prosedur kerja RSUD Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur dalam rangka memberikan pelayanan kepada masyarakat, baik pelayanan kesehatan, pelayanan penunjang kesehatan, maupun pelayanan administrasi manajemen telah ditetapkan oleh Direktur RSUD Nurdin Hamzah melalui Keputusan Nomor 30 Tahun 2012 tentang Penetapan Standar Operasional Prosedur sebagai berikut:

NO	JENIS PELAYANAN	KODIFIKASI
A.	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN	
	01. Kepegawaian	17.03.
	02. Umum	17.03.
	03. Keuangan	17.03.
	04. Pelayanan Medis	17.03.
	05. Penunjang Medis	17.03.
	06. Keperawatan	17.03.
	07. Diklat	17.03.
	08. Perencanaan	17.03.
	09. Evaluasi	17.03.
B.	PELAYANAN RAWAT JALAN	
	01. Poli Penyakit Dalam	01.03.
	02. Poli Bedah	01.03.
	03. Poli Anak	01.03.
	04. Poli Kandungan	01.03.

	05. Poli THT	01.03.
	06. Poli Umum	01.03.
	07. Poli Gigi	01.03.
	08. Poli Kebidanan	01.03.
	09. Poli Paru	01.03.
	10. Poli Syaraf	01.03.
C.	PELAYANAN RAWAT INAP	
	01. Rawat Inap Penyakit Dalam	02.03
	02. Rawat Inap Bedah	02.03
	03. Rawat Inap Anak	02.03
	04. Rawat Inap Perinatologi	18.03
	05. Rawat Inap Kebidanan	02.02
	06. Instalasi Gawat Darurat	08.03
	07. Pelayanan Kamar Operasi	03.03
	08. Pelayanan Intensif (HCU/ICU/NICU)	04.03
D.	PELAYANAN PENUNJANG MEDIK	
	01. Pelayanan Radiologi	20.03
	02. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	05.03
	03. Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi	21.03
	04. Pelayanan Fisioterapi	13.03
	05. Pelayanan Farmasi	10.03
	06. Pelayanan Central Steril Supply Department (CSSD)	07.03
	07. Pelayanan UTD RS	06.03
E.	PELAYANAN PENUNJANG NON MEDIK	
	01. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR)	16.03
	02. Pelayanan Laundry	14.03
	03. Pelayanan Gizi	09.03
	04. Pelayanan Sanitasi	22.03
	05. Pelayanan <i>Ambulance</i>	23.03
	06. <i>Kamar Jenazah</i>	24.03

Standar Operasional Prosedur merupakan acuan bagi seluruh insan RSUD Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur dalam melaksanakan pekerjaan. Acuan pelaksanaan pekerjaan merupakan bagian vital dalam pengelolaan RSUD Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur dan diharapkan merupakan suatu standar baku dalam proses bisnis Rumah Sakit sehingga pelayanan kepada seluruh *stakeholder* dapat mencapai standar yang diinginkan.

BAB III  
POLA TATA KELOLA

A. Struktur Tata Kelola

1. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) Kabupaten Tanjung Jabung Timur

a. DPRD memegang kekuasaan dalam menetapkan kelembagaan Rumah Sakit, menetapkan persetujuan bersama dengan Bupati terhadap anggaran RSUD melalui Ranperda APBD, melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan Peraturan Daerah tentang APBD dan menyetujui pertanggungjawaban pelaksanaan anggaran RSUD Nurdin Hamzah melalui Ranperda Pertanggungjawaban Pelaksanaan APBD.

b. DPRD juga memiliki wewenang untuk:

- 1) menyetujui pemindahtanganan tanah dan/atau bangunan milik RSUD Nurdin Hamzah;
- 2) menyetujui pemindahtanganan barang milik RSUD Nurdin Hamzah selain tanah dan/atau bangunan yang bernilai lebih dari Rp 20.000.000.000,00. (dua puluh milyar rupiah); dan
- 3) menyetujui penghapusan piutang RSUD Nurdin Hamzah secara mutlak atau bersyarat untuk nilai diatas Rp 5.000.000.000,00. (lima milyar rupiah).

2. Bupati

a. Bupati yang mewakili Pemerintah Kabupaten selaku pemilik Rumah Sakit. Bupati memiliki kewajiban, hak dan wewenang sebagai berikut:

- 1) selaku pemilik berkewajiban untuk melakukan pembinaan kepada Rumah Sakit dengan memberikan kuasa kepada Sekretaris Daerah atau pejabat lain yang ditunjuk;
- 2) selaku pemilik berkewajiban untuk menjaga tujuan pendirian Rumah Sakit tetap terlaksana dan memberikan manfaat yang semaksimal mungkin bagi Negara dan Daerah untuk kepentingan peningkatan kesejahteraan rakyat;
- 3) selaku pemilik harus memiliki mekanisme pengangkatan dan pemberhentian Dewan Pengawas dan Pejabat Pengelola;
- 4) selaku pemilik harus memiliki mekanisme penilaian kinerja Rumah Sakit dan penilaian kinerja masing-masing Dewan Pengawas dan Pejabat Pengelola;
- 5) selaku pemilik harus memiliki mekanisme untuk mengesahkan RSB, RBA dan laporan Pertanggungjawaban tahunan, dengan tepat waktu;
- 6) selaku pemilik harus memiliki mekanisme baku dan transparan menyangkut pemberian persetujuan atas semua kegiatan Rumah Sakit yang memerlukan persetujuan Bupati;
- 7) selaku pemilik pada dasarnya mempunyai hak-hak sebagai berikut:
  - (a) hak untuk melaksanakan segala wewenang yang tidak diserahkan kepada Dewan Pengawas dan/atau Pejabat Pengelola; dan



- (b) hak untuk memperoleh informasi material mengenai Rumah Sakit secara tepat waktu dan teratur.
- 8) selaku pemilik mempunyai wewenang sebagai berikut:
- (a) membentuk Dewan Pengawas pada Rumah Sakit;
  - (b) mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Pejabat Teknis;
  - (c) mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas;
  - (d) menetapkan, menurunkan atau mencabut status PPK-BLUD pada Rumah Sakit;
  - (e) menunjuk suatu Tim Penilai dalam rangka menilai usulan penetapan dan pencabutan PPK- BLUD Rumah Sakit;
  - (f) menetapkan Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit;
  - (g) menetapkan tarif layanan Rumah Sakit;
  - (h) menyetujui RBA Rumah Sakit;
  - (i) menyetujui investasi jangka panjang;
  - (j) menetapkan remunerasi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Pegawai Rumah Sakit;
  - (k) menyetujui pemindahtanganan barang milik Rumah Sakit selain tanah dan/atau bangunan yang bernilai sampai dengan Rp 5.000.000.000,00. (lima milyar rupiah);
  - (l) menetapkan penghapusan barang milik Rumah Sakit yang masuk kriteria: tidak berada dalam penguasaan Rumah Sakit, tidak dapat digunakan, tidak dapat dimanfaatkan, tidak dapat dipindahtangankan atau alasan lain sesuai peraturan ketentuan perundang-undangan;
  - (m) menetapkan penghapusan piutang Rumah Sakit secara mutlak dan bersyarat yang bernilai sampai dengan Rp 5.000.000.000,00. (lima milyar rupiah);
  - (n) mengalihgunakan tanah dan bangunan yang tidak digunakan Rumah Sakit untuk penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi; dan
  - (o) menetapkan formula besaran tarif sewa barang milik Daerah.
- 9) Bupati bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.
- 10) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggungjawabnya mempunyai kewenangan:
- 1) menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola dan SPM Rumah Sakit beserta perubahannya;
  - 2) membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas;
  - 3) memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
  - 4) menyetujui dan mensahkan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA); dan

- 5) memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.
  - 11) Pemerintah Daerah bertanggungjawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang setelah diaudit secara independen bukan disebabkan karena kesalahan dalam pengelolaan; dan
  - 12) Pemerintah Daerah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.
3. Kedudukan Rumah Sakit
- a. Rumah Sakit berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan, dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah;
  - b. Rumah Sakit mempunyai tugas pokok melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah; Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud, rumah sakit mempunyai fungsi:
    - 1) penyusunan kebijakan teknis, rencana dan program pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Nurdin Hamzah;
    - 2) penyelenggaraan pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis;
    - 3) penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan;
    - 4) penyelenggaraan layanan rujukan;
    - 5) penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan;
    - 6) pemantauan, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan program pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Nurdin Hamzah;
    - 7) pelaksanaan administrasi Rumah Sakit Umum Nurdin Hamzah; dan
    - 8) pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

#### B. Organisasi Badan Layanan Umum Daerah

1. Susunan Organisasi Badan Layanan Umum Daerah
  - a. Pengorganisasian Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah dilaksanakan oleh Pejabat Pengelola BLU, yang terdiri atas:
    - 1) pemimpin BLU;
    - 2) pejabat keuangan; dan
    - 3) pejabat teknis.
  - b. Pemimpin yaitu Direktur (apabila berasal dari PNS) atau Pemimpin BLUD (apabila berasal dari non PNS) bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah;
  - c. Pejabat Keuangan dijabat oleh Kepala Sub Bagian Keuangan Rumah Sakit dan bertanggung jawab kepada Direktur; dan

- d. Pejabat Teknis dijabat oleh Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Perawatan dan dapat ditambah dengan Kepala Bidang lainnya sesuai kebutuhan dengan memperhatikan prinsip efisiensi, efektifitas dan akuntabilitas.
2. Wewenang dan Tanggung jawab
    - a. Pemimpin BLUD merupakan penanggung jawab operasional dan keuangan dengan kewajiban sebagai berikut :
      - 1) memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD;
      - 2) menyusun Renstra Bisnis BLUD;
      - 3) menyiapkan RBA;
      - 4) mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis kepada kepala daerah sesuai ketentuan;
      - 5) menetapkan pejabat lainnya sesuai kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundangan-undangan; dan
      - 6) menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada Bupati.
    - b. Pejabat Keuangan BLUD merupakan Pejabat Penatausahaan Keuangan yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan keuangan BLUD dan memiliki kewajiban sebagai berikut :
      - 1) mengoordinasikan penyusunan RBA;
      - 2) menyiapkan DPA-BLUD;
      - 3) melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
      - 4) menyelenggarakan pengelolaan Kas;
      - 5) melakukan pengelolaan utang-piutang;
      - 6) menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
      - 7) menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan; dan
      - 8) menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan.
    - c. Untuk tertib administrasi keuangan, Pejabat Keuangan dibantu oleh pejabat pengelola keuangan, sebagai berikut :
      - 1) Bendahara Penerimaan, bertugas melaksanakan tertib administrasi penerimaan BLUD;
      - 2) Bendahara Pengeluaran, bertugas melaksanakan tertib administrasi pengeluaran BLUD,
      - 3) Pengurus Barang, bertugas melaksanakan tertib administrasi barang dan aset BLUD;
      - 4) Petugas Verifikasi, bertugas melaksanakan verifikasi atas administrasi penerimaan dan pengeluaran BLUD;
      - 5) Petugas Pembuat Dokumen, bertugas melaksanakan pengelolaan administrasi dokumen surat permintaan pembayaran dan Surat Perintah Membayar;
      - 6) Akuntansi dan Pelaporan, bertugas melaksanakan tertib akuntansi dan pelaporan BLUD; dan

- 7) Pencatat Pembukuan, bertugas melaksanakan tertib administrasi pembukuan BLUD.
- d. Pejabat pengelola keuangan dimaksud diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Direktur serta bertanggungjawab kepada Direktur melalui Pejabat Keuangan;
- e. Pejabat Teknis selaku Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan bertanggung jawab terhadap teknis pelaksanaan kegiatan sesuai bidang tugasnya masing-masing;
- f. Tugas dan kewajiban Pejabat Teknis BLUD Rumah Sakit Umum Daerah, terdiri dari :
  - 1) menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidangnya ;
  - 2) melaksanakan kegiatan teknis sesuai RBA; dan
  - 3) mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidangnya.
- g. Pejabat Teknis BLUD dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab teknis dibidang masing- masing;
- h. Semua Pejabat Pengelola dibawah Direktur bertanggung jawab kepada Direktur sesuai bidang tanggungjawab masing-masing; dan
- i. Pejabat Pengelola BLU diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Bupati.

### C. Organisasi Pendukung

#### 1. Organisasi Pendukung

Dalam rangka membantu tugas Direktur, dapat dibentuk SPI, Komite Medik, Komite Keperawatan, dan komite lain sesuai kebutuhan. Pembentukan SPI, Komite Medik, Komite Keperawatan dan komite lain ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

##### a. Komite Medik

- 1) Komite Medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (clinical governance) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi;
- 2) Komite Medik bukan merupakan wadah perwakilan Staf Medis;
- 3) Ketua Komite Medik dipilih dari dan oleh anggota secara demokratis;
- 4) Komite Medik pembentukannya ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun, berkedudukan di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur;
- 5) Komite medik terbagi ke dalam subkomite, yang terdiri dari:
  - (a) subkomite mutu;
  - (b) subkomite kredensial; dan
  - (c) subkomite etika dan disiplin profesi.
- 6) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Medik diatur dengan Peraturan Direktur.

b. Komite Keperawatan

- 1) Dalam upaya membantu Direktur menyusun Standar Pelayanan Keperawatan dan memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan (*previlege*), perawat dan bidan, mengembangkan pelayanan keperawatan, program pendidikan, pelatihan dan penelitian serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan, dibentuk Komite Keperawatan;
- 2) Komite Keperawatan dipimpin oleh seorang Ketua yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur;
- 3) Komite Keperawatan mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan keperawatan, pembinaan asuhan keperawatan, pembinaan etika profesi keperawatan dan pengembangan penelitian keperawatan;
- 4) Ketua Komite Keperawatan dipilih dari dan oleh anggota secara demokratis;
- 5) Ketua Komite Keperawatan diangkat oleh Direktur; dan
- 6) Komite Keperawatan dapat membentuk Sub Komite Keperawatan sesuai kebutuhan.

c. Komite Lainnya

- 1) Direktur membentuk komite lainnya sesuai kebutuhan sebagaimana dimaksud di atas dalam rangka mendukung peningkatan kualitas pelayanan; dan
- 2) Ketentuan lebih lanjut mengenai komite lainnya diatur dengan Peraturan Direktur.

D. Pengelolaan Sumber Daya Manusia

1. Jenis Kepegawaian

- a. pegawai Rumah Sakit, terdiri atas :
  - 1) Pegawai Negeri Sipil; dan
  - 2) Non Pegawai Negeri Sipil.
- b. pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari PNS disesuaikan dengan peraturan perundangan-undangan;
- c. pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan; dan
- d. Mekanisme pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

2. Penempatan dan Pemindahan

a. Orientasi dan Penempatan Pegawai

- 1) pegawai rumah sakit, baik dari PNS maupun Non PNS diangkat dalam jabatan;
- 2) pengangkatan PNS dalam Jabatan Struktural dan Fungsional Tertentu ditetapkan dengan Keputusan Bupati;
- 3) pengangkatan PNS dan Non PNS dalam Jabatan Fungsional Umum ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
- 4) pengangkatan PNS dan Non PNS dalam suatu jabatan mempertimbangkan aspek kompetensi dan keahlian;

- 5) setiap jabatan dilengkapi dengan informasi jabatan, sebagai pedoman pelaksanaan tugas pokok dan fungsi pegawai rumah sakit;
- 6) orientasi pemahaman pelaksanaan tugas pokok dan fungsi organisasi rumah sakit, wajib dilakukan secara berkala; dan
- 7) orientasi dilakukan melalui sosialisasi, bimbingan, monitoring dan evaluasi serta pengawasan.

b. Pemindahan Pegawai

- 1) pemindahan Pegawai adalah pengaturan siklus peralihan tempat kerja pegawai dalam rangka upaya penyegaran wawasan pengetahuan, pengalaman dan keterampilan pegawai dalam lingkungan unit kerja Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah;
- 2) pemindahan dan Pengangkatan Pegawai Negeri Sipil dalam jabatan struktural ditetapkan dengan Keputusan Bupati;
- 3) pengangkatan Pegawai Negeri Sipil dalam jabatan fungsional khusus, ditetapkan dengan Keputusan Bupati; dan
- 4) pemindahan Pegawai untuk Pejabat Fungsional Khusus dan Pejabat Fungsional Umum ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan pertimbangan kompetensi, keahlian dan efektifitas kinerja organisasi.

3. Remunerasi

- a. Remunerasi merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi pesangon, dan atau pensiun yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola RSUD dan pegawai rumah sakit;
- b. Pejabat pengelola, Dewan Pengawas, dan pegawai rumah sakit diberikan remunerasi sesuai dengan sistem yang ditetapkan;
- c. Remunerasi diberikan dalam bentuk honorarium, jasa atau tambahan penghasilan pegawai;
- d. Remunerasi ditetapkan dengan Keputusan Bupati berdasarkan usulan Direktur rumah sakit;
- e. Penetapan remunerasi Direktur, mempertimbangkan faktor-faktor sebagai berikut:
  - 1) ukuran (*size*) dan jumlah aset yang dikelola rumah sakit, tingkat pelayanan serta produktivitas;
  - 2) pertimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
  - 3) kemampuan pendapatan rumah sakit bersangkutan; dan
  - 4) kinerja operasional rumah sakit yang ditetapkan oleh Bupati dengan mempertimbangkan indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.
- f. Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan dengan mengikuti ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
- g. Remunerasi bagi Pejabat Pengelola dan pegawai BLUD, dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian:
  - 1) pengalaman dan masa kerja (*basic index*);

- 2) ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
  - 3) resiko kerja (*risk index*);
  - 4) tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
  - 5) jabatan yang disandang (*position index*);
  - 6) hasil/capaian kerja (*performance index*); dan
  - 7) pertimbangan penting lainnya.
- h. Bagi Pejabat Pengelola dan pegawai rumah sakit yang berstatus Pegawai Negeri Sipil, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan Pegawai Negeri Sipil serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang ditetapkan oleh Bupati.
4. Pengembangan dan Jenjang Karir PNS
- a. pengembangan kompetensi dan keahlian Pegawai Rumah Sakit dilaksanakan melalui pendidikan formal, pendidikan dan pelatihan struktural, pendidikan dan pelatihan fungsional, bimbingan teknis, workshop, seminar dan kegiatan peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku pegawai;
  - b. pengembangan pengalaman kerja dan penyegaran Pegawai Rumah Sakit dilaksanakan melalui pemindahan tempat tugas di dalam lingkungan kerja Rumah Sakit berdasarkan pertimbangan pendidikan, keterampilan, keahlian, integritas dan sikap perilaku pegawai rumah sakit; dan
  - c. jenjang karir Pegawai Negeri Sipil Rumah Sakit meliputi kenaikan pangkat, perpindahan jabatan dan promosi jabatan dilaksanakan dengan Keputusan Bupati atas pertimbangan Badan Pertimbangan Jabatan dan Kepangkatan Pemerintah Kabupaten Tanjung Jabung Timur, dan atas usul Direktur Rumah Sakit.
5. Penghargaan dan Sanksi
- a. Penghargaan Pegawai
    - 1) atas pengabdian, dedikasi, disiplin dan prestasi kerjanya, maka Pegawai Rumah Sakit diberikan penghargaan;
    - 2) pemberian penghargaan atas pengabdian dalam masa kerja tertentu, dilaksanakan berupa usul kepada Pemerintah Kabupaten untuk memperoleh penghargaan Satya Lencana Karya Satya sesuai ketentuan yang berlaku;
    - 3) penghargaan lainnya dapat berupa penganugerahan sebagai Pegawai Teladan;
    - 4) pegawai teladan adalah pegawai yang berhasil membina dan mengembangkan diri dalam pelaksanaan tata tertib, disiplin perilaku kerja yang memuaskan dan berprestasi di rumah sakit;
    - 5) penganugerahan pegawai teladan dilaksanakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dengan mekanisme pemilihan ditetapkan dengan Keputusan Direktur; dan

- 6) pegawai teladan dimaksud dapat diberikan tambahan penghasilan yang diatur dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit dan tidak bertentangan dengan ketentuan yang berlaku.

b. Sanksi

- 1) Pegawai Negeri Sipil Rumah Sakit yang tidak metaati peraturan disiplin Pegawai Negeri Sipil dan peraturan tentang Kode Etik Pegawai Negeri Sipil, diberikan sanksi sesuai ketentuan yang berlaku;
- 2) tata cara penjatuhan hukuman disiplin bagi Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Rumah Sakit dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku;
- 3) staf medis Rumah Sakit, baik yang berstatus sebagai organik maupun mitra, yang melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, peraturan rumah sakit, klausula-klausula dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi sesuai dengan jenis dan berat ringannya pelanggaran;
- 4) pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur rumah sakit setelah mendengar pendapat dari Komite Medik dengan mempertimbangkan kadar kesalahannya, yang bentuknya dapat berupa:
  - (a) teguran lisan atau tertulis;
  - (b) penghentian praktik untuk sementara waktu;
  - (c) pemberhentian dengan tidak hormat bagi staf medis organik; atau
  - (d) pemutusan perjanjian kerja bagi staf medis mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

6. Pemberhentian Pegawai

- a. Pemberhentian bagi Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Rumah Sakit, dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku;
- b. Pemberhentian bagi pegawai kontrak dapat dilakukan disebabkan karena hal-hal sebagai berikut:
  - 1) pegawai bersangkutan keluar atas permintaan sendiri;
  - 2) pegawai bersangkutan telah habis masa kontraknya; dan
  - 3) pegawai bersangkutan melakukan pelanggaran berat.
- c. Pegawai honorer yang diberhentikan karena permintaan sendiri mengajukan permohonan mengundurkan diri secara tertulis kepada Direktur;
- d. Pemberhentian Pegawai kontrak yang habis masa kontraknya, ditetapkan setelah masa kontrak sudah habis dan tidak ada perpanjangan kontrak lagi;
- e. Pemberhentian pegawai honorer/kontrak yang melanggar disiplin dilakukan setelah dilakukan pemeriksaan terkait dugaan pelanggaran yang dilakukan; dan
- f. Tata cara pelaksanaan pemeriksaan diatur tersendiri dalam Keputusan Direktur.



#### E. Standar Pelayanan Minimal

1. Standar Pelayanan Minimal digunakan untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh BLUD RSUD Nurdin Hamzah Kabupaten Tangung Jabung Timur;
2. Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada nomor (1) harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan dan memenuhi persyaratan, yaitu fokus pada jenis pelayanan, terukur, dapat dicapai, relevan dan dapat diandalkan, dan tepat waktu; dan
3. Bupati menetapkan standar pelayanan minimal dengan peraturan Bupati atas usulan direktur melalui sekretaris daerah.

#### F. Akuntabilitas Kinerja

1. Rumah Sakit menyusun Rencana Kinerja Tahunan (RKT);
2. Pada saat penyusunan Rencana Kinerja Tahunan, memperhatikan:
  - a. standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
  - b. rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit;
  - c. rencana Bisnis Anggaran; dan
  - d. dokumen perencanaan dan penganggaran lainnya.
3. Rumah Sakit segera menyusun Penetapan Kinerja setelah Dokumen Pelaksanaan Anggaran tahun berkenaan ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten;
4. Rumah Sakit melakukan monitoring dan evaluasi untuk mengukur pencapaian target kinerja secara berkala;
5. Pengukuran pencapaian target kinerja dilakukan dengan membandingkan target kinerja dengan realisasi kinerja berdasarkan data kinerja yang terukur dan valid;
6. Hasil pengukuran kinerja pada akhir tahun dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja;
7. Laporan Akuntabilitas Kinerja, sekurang-kurangnya menyajikan informasi tentang:
  - a. pencapaian tujuan dan sasaran organisasi;
  - b. realisasi pencapaian indikator kinerja utama organisasi;
  - c. penjelasan yang memadai atas pencapaian kinerja;
  - d. akuntabilitas keuangan pencapaian target kinerja; dan
  - e. perbandingan pencapaian indikator kinerja tahun berjalan dengan target kinerja 5 (lima) tahunan yang direncanakan.
8. Laporan Akuntabilitas Kinerja, dimanfaatkan untuk:
  - a. bahan evaluasi akuntabilitas kinerja bagi pihak yang membutuhkan;
  - b. penyempurnaan dokumen perencanaan periode yang akan datang; dan
  - c. penyempurnaan berbagai kebijakan yang diperlukan.

#### G. Pengelolaan Keuangan.

1. Perencanaan dan Penganggaran.

- a. BLUD menyusun rencana strategis bisnis lima tahunan dengan mengacu kepada atau Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD).
  - b. BLUD menyusun RBA tahunan dengan mengacu kepada rencana strategis bisnis.
  - c. RBA disusun berdasarkan basis kinerja dan perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanannya serta berdasarkan kebutuhan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, dan APBN/APBD.
  - d. BLUD mengajukan RBA kepada kepala SKPD untuk dibahas sebagai bagian dari RKA-KL, rencana kerja dan anggaran SKPD, atau rancangan APBD disertai dengan usulan standar pelayanan minimum dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.
  - e. RBA BLUD yang telah disetujui oleh kepala SKPD diajukan kepada PPKD sebagai bagian rencana kerja dan anggaran SKPD atau Rancangan APBD.
  - f. PPKD mengkaji kembali standar biaya dan anggaran BLUD dalam rangka pemrosesan rencana kerja dan anggaran SKPD atau Rancangan APBD sebagai bagian dari mekanisme pengajuan dan penetapan APBD.
  - g. BLUD menggunakan APBD yang telah ditetapkan sebagai dasar penyesuaian terhadap RBA menjadi RBA definitif.
2. Dokumen Pelaksanaan Anggaran.
- a. RBA BLUD digunakan sebagai acuan dalam menyusun dokumen pelaksanaan anggaran BLUD untuk diajukan kepada PPKD sesuai dengan kewenangannya.
  - b. dokumen pelaksanaan anggaran BLUD paling sedikit mencakup seluruh pendapatan dan belanja, proyeksi arus kas, serta jumlah dan kualitas jasa dan/atau barang yang akan dihasilkan oleh BLUD.
  - c. PPKD mengesahkan dokumen pelaksanaan anggaran BLUD paling lambat tanggal 31 Desember menjelang awal tahun anggaran.
  - d. dalam hal dokumen pelaksanaan anggaran belum disahkan oleh PPKD, BLUD dapat melakukan pengeluaran paling tinggi sebesar angka dokumen pelaksanaan anggaran tahun lalu.
  - e. dokumen pelaksanaan anggaran yang telah disahkan oleh PPKD menjadi lampiran dari perjanjian kinerja yang ditandatangani oleh Bupati dan pimpinan BLUD yang bersangkutan.
  - f. dokumen pelaksanaan anggaran yang telah disahkan oleh PPKD menjadi dasar bagi penarikan dana yang bersumber dari APBD oleh BLUD.
  - g. ketentuan lebih lanjut mengenai penyusunan, pengajuan, penetapan, perubahan RBA dan dokumen pelaksanaan anggaran BLUD diatur dengan keputusan Bupati.
3. Tarif Pelayanan
- a. Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan;

- b. imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana, ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana;
- c. tarif, termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan;
- d. tarif layanan, dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan rumah sakit;
- e. tarif layanan rumah sakit diusulkan oleh Direktur kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah;
- f. tarif layanan ditetapkan dengan Peraturan Bupati;
- g. penetapan tarif layanan, mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat;
- h. peraturan Bupati mengenai tarif layanan rumah sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan; dan
- i. perubahan tarif, dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.

#### 4. Pendapatan dan Biaya

##### a. Pendapatan

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

- (b) hasil pemanfaatan kekayaan;
  - (c) jasa giro;
  - (d) pendapatan bunga;
  - (e) keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
  - (f) komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh rumah sakit; dan
  - (g) hasil investasi.
- 8) Rumah sakit dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan/atau tugas perbantuan, proses pengelolaan keuangan diselenggarakan berdasarkan ketentuan perundang-undangan;
  - 9) Seluruh pendapatan rumah sakit, kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran rumah sakit sesuai RBA;
  - 10) Hibah terikat diperlakukan sesuai peruntukannya;
  - 11) Seluruh pendapatan rumah sakit dilaksanakan melalui rekening kas rumah sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan rumah sakit;
  - 12) Seluruh pendapatan dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan; dan
  - 13) Format laporan pendapatan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

b. Biaya

- 1) Biaya rumah sakit merupakan biaya operasional dan biaya non operasional;
- 2) Biaya operasional mencakup seluruh biaya yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi;
- 3) Biaya non operasional mencakup seluruh biaya yang menjadi beban rumah sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi;
- 4) Biaya rumah sakit dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan
- 5) Pembiayaan program dan kegiatan dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.
- 6) Biaya operasional terdiri dari:
  - (a) biaya pelayanan; dan
  - (b) biaya umum dan administrasi.
- 7) Biaya pelayanan mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- 8) Biaya umum dan administrasi, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.

- 9) Biaya pelayanan, 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.
- 10) Biaya umum dan administrasi terdiri dari:
  - (a) biaya pegawai;
  - (b) biaya administrasi kantor;
  - (c) biaya pemeliharaan;
  - (d) biaya barang dan jasa;
  - (e) biaya promosi; dan
  - (f) biaya umum dan administrasi lain-lain.
- 11) Biaya non operasional terdiri dari :
  - (a) biaya bunga;
  - (b) biaya administrasi bank;
  - (c) biaya kerugian penjualan aset tetap;
  - (d) biaya kerugian penurunan nilai; dan
  - (e) biaya non operasional lain-lain.
- 12) Seluruh biaya pengeluaran rumah sakit yang bersumber pada pendapatan dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) setiap triwulan;
- 13) Seluruh biaya pengeluaran rumah sakit dilakukan dengan menerbitkan SPM Pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggungjawab (SPTJ);
- 14) Format SPTJ dan format laporan pengeluaran sesuai peraturan perundang-undangan;
- 15) Pengeluaran biaya rumah sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan;
- 16) Fleksibilitas biaya pengeluaran rumah sakit merupakan biaya pengeluaran yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif;
- 17) Fleksibilitas biaya pengeluaran rumah sakit hanya berlaku untuk biaya rumah sakit yang berasal dari pendapatan selain dari APBN/ APBD dan hibah terikat;
- 18) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah;
- 19) Ambang batas RBA ditetapkan dengan besaran persentase;
- 20) Besaran persentase ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional rumah sakit;
- 21) Besaran persentase ditetapkan dalam RBA dan Daftar Pelaksanaan Anggaran (DPA) rumah sakit oleh TAPD; dan
- 22) Persentase ambang batas tertentu merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

5. Kerja Sama

- a. Untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan, RSUD dapat melakukan kerjasama dengan pihak lain.
- b. Kerjasama sebagaimana dimaksud pada huruf (a), dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, efektivitas, ekonomis dan saling menguntungkan.
- c. Kerjasama sebagaimana dimaksud pada huruf (a), antara lain :
  - 1) kerjasama operasional;
  - 2) sewa menyewa; dan
  - 3) usaha lainnya.
- d. Pelaksanaan kerjasama sebagaimana dimaksud pada huruf (c) sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

6. Akuntansi, Pelaporan Dan Pertanggungjawaban

a. Akuntansi

- 1) Rumah Sakit menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan praktek bisnis yang sehat;
- 2) Setiap transaksi keuangan dicatat dalam dokumen pendukung yang dikelola secara tertib;
- 3) Rumah Sakit menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat;
- 4) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana;
- 5) Rumah Sakit mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi dengan berpedoman pada standar akuntansi yang berlaku untuk BLUD yang bersangkutan dan ditetapkan dengan Peraturan Bupati;
- 6) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur Rumah Sakit menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya; dan
- 7) Kebijakan akuntansi Rumah Sakit digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

b. Pelaporan dan Pertanggungjawaban

- 1) Laporan keuangan BLUD terdiri dari:
  - (a) neraca yang menggambarkan posisi keuangan mengenai aset, kewajiban, dan ekuitas dana pada tanggal tertentu;
  - (b) laporan operasional yang berisi informasi jumlah pendapatan dan biaya BLUD selama satu periode;
  - (c) laporan arus kas yang menyajikan informasi kas berkaitan dengan aktivitas operasional, investasi, dan aktivitas pendanaan dan/atau pembiayaan yang

menggambarkan saldo awal, penerimaan, pengeluaran dan saldo akhir kas selama periode tertentu; dan

- (d) catatan atas laporan keuangan yang berisi penjelasan naratif atau rincian dari angka yang tertera dalam laporan keuangan.
- 2) Laporan keuangan Rumah Sakit disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran;
  - 3) Laporan keuangan Rumah Sakit diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
  - 4) Setiap triwulan Rumah Sakit menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada PPKD, paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir;
  - 5) Setiap semesteran dan tahunan Rumah Sakit wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada PPKD untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lambat 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir;
  - 6) Setiap triwulan Rumah Sakit menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada PPKD paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir; dan
  - 7) Setiap semesteran dan tahunan BLUD-Unit Kerja wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada PPKD melalui kepala SKPD untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan SKPD dan pemerintah daerah, paling lambat 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir.

#### H. Kebijakan Pengelolaan Limbah

1. Direktur menunjuk pejabat fungsional yang mengelola lingkungan BLUD RSUD Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur antara lain lingkungan fisik, kimia, biologi, serta pengelolaan limbah yang berdampak pada kesehatan lingkungan internal, lingkungan eksternal dan halaman, taman, dan lain-lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Fungsi pengelolaan lingkungan dan limbah BLUD RSUD Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur untuk:
  - a. penyehatan ruang dan bangunan;
  - b. penyehatan makanan dan minuman;
  - c. penyehatan air bersih dan air minum;
  - d. pemantauan pengelolaan linen;
  - e. pencegahan pencemaran lingkungan melalui kegiatan pemantauan dan pengelolaan lingkungan;
  - f. pengendalian serangga dan binatang pengganggu;

- g. disinfeksi dan sterilisasi ruang; dan
  - h. upaya penyuluhan kesehatan lingkungan.
3. Pengelolaan lingkungan dan limbah meliputi:
- a. mengelola limbah cair, padat/B3 dan gas sesuai Ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - b. mengawasi dan mengendalikan vector/serangga;
  - c. mengelola sistem lingkungan fisik dan biologi; dan
  - d. menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian/pengembangan dibidang penyehatan lingkungan di RSUD Nurdin Hamzah.
4. Pengelolaan Limbah B3 berupa limbah padat, limbah cair dan limbah medis dilakukan kerjasama dengan pihak ketiga.
5. Limbah padat
- a) Limbah padat, terdiri dari :
    - 1) Golongan A, yaitu :
      - (a) *dressing* bedah, swab dan semua limbah terkontaminasi dari kamar bedah;
      - (b) bahan-bahan kimia dari kasus penyakit infeksi; dan
      - (c) seluruh jaringan tubuh manusia (terinfeksi maupun tidak), bangkai/jaringan hewan dari laboratorium dan hal-hal lain yang berkaitan dengan swab dan *dressing*.
    - 2) Golongan B, yaitu *Syringe* bekas, jarum, *cartridge*, pecahan gelas dan benda-benda tajam lainnya;
    - 3) Golongan C, yaitu limbah dari ruang laboratorium dan postpartum kecuali yang termasuk dalam golongan A;
    - 4) Golongan D yaitu limbah bahan kimia dan bahan-bahan farmasi tertentu; dan
    - 5) Golongan E yaitu pelapis *Bed-pan Disposable*, *urinoir*, *incontinence-pad*, dan *stomach*.
  - b) dalam pelaksanaan pengelolaan limbah medis perlu dilakukan pemisahan penampungan, pengangkutan, dan pengelolaan limbah pendahuluan;
  - c) pemisahan, penampungan, pengangkutan dan pengelolaan limbah pendahuluan dilaksanakan sesuai dengan petunjuk teknis pengelolaan limbah yang berlaku;
6. Limbah Cair
- a) limbah rumah sakit mengandung bermacam-macam mikroorganisme, bahan-bahan organik dan an-organik;
  - b) rumah sakit menyiapkan fasilitas atau Unit Pengelolaan Limbah (PL), antara lain dapat berupa :
    - 1) kolam Stabilisasi Air Limbah (Waste Stabilization Pond System);
    - 2) kolam oksidasi air limbah (Waste Oxidation Ditch Treatment System); dan
    - 3) Anaerobic Filter Treatment System.



## 7. Limbah Medis

- a) untuk mengolah dan membuang sampah medis memperhatikan faktor-faktor khusus yang sesuai dengan institusi yang berkaitan dengan peraturan yang berlaku dan aspek lingkungan yang berpengaruh terhadap masyarakat;
- b) pengolahan sampah medis (medical waste) dapat dilakukan melalui:
  - 1) incinerasi;
  - 2) sterilisasi dengan uap panas/autoclaving (pada kondisi uap jenuh bersuhu 121 C)<sup>o</sup>;
  - 3) sterilisasi dengan gas (gas yang digunakan berupa ethylene oxide atau formaldehide);
  - 4) desinfeksi zat kimia dengan proses grinding (mengggunakan cairan kimia sebagai desinfektan);
  - 5) inaktivasi suhu tinggi;
  - 6) radiasi (dengan ultraviolet atau ionisasi radiasi seperti Co60 microwave treatment);
  - 7) grinding dan shredding (proses homogenisasi bentuk atau ukuransampah); dan
  - 8) pemampatan/pemadatan, dengan tujuan untuk mengurangi volume yang terbentuk.

## I. Kerahasiaan dan Informasi Medis

### 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 ijin pasien secara tertulis; dan
- d) dapat memberikan isi dokumen rekam medis untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### 2. Dokter rumah sakit:

- 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 semua peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lain-lain hal yang berkaitan dengan pasien;
- b) wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya;
- c) berhak mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan dokter, yaitu:

- 1) diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medis;
  - 2) tujuan tindakan medis;
  - 3) tata-laksana tindakan medis;
  - 4) alternatif tindakan lain jika ada;
  - 5) risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
  - 6) akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan;
  - 7) prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
  - 8) risiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medis.
- d) berhak meminta konsultasi kepada dokter lain (second opinion) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya; dan
- e) berhak mengakses, mengkoreksi dan mendapatkan isi rekam medis.

#### J. Pembinaan dan Pengawasan

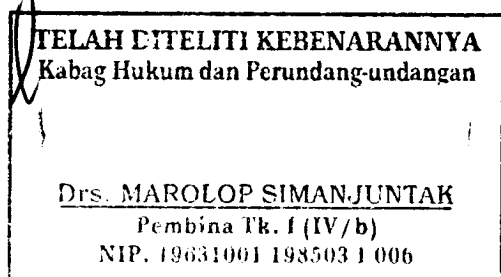
1. Pembinaan teknis BLUD RSUD Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
2. Pembinaan keuangan BLUD RSUD Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur dilakukan oleh PPKD.
3. Pengawasan operasional BLUD RSUD Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur dilakukan oleh SKPD yang mempunyai tugas dan fungsi pengawasan.
4. Untuk membantu pemimpin BLUD, dapat dibentuk Satuan Pengawas Internal (SPI) yang berkedudukan langsung di bawah Direktur.

#### K. Evaluasi dan Penilaian Kinerja

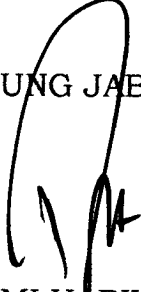
1. Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD RSUD Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau dewan pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
2. Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada nomor (1) di atas, bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan BLUD RSUD Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.
3. Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud pada nomor (1) di atas, dapat diukur berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

BAB IV  
PENUTUP

- A. Pembinaan, Pengawasan, Evaluasi dan Penilaian Kinerja.
1. Pembinaan Rumah Sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah;
  2. Pembinaan keuangan Rumah Sakit dilakukan oleh PPKD;
  3. Pengawasan Rumah Sakit dilaksanakan oleh Inspektorat;
  4. Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau dewan pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
  5. Evaluasi dan penilaian kinerja bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam Renstra Strategis Bisnis dan Rencana Bisnis Anggaran
  6. Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam hal:
    - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan
    - b. (rentabilitas);
    - c. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
    - d. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
    - e. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
  7. Penilaian kinerja dari aspek non keuangan dapat diukur berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- B. Ketentuan Perubahan
1. Perubahan Pola Tata Kelola Rumah Sakit dapat dilakukan oleh Pemerintah daerah karena alasan tertentu; dan
  2. Perubahan Pola Tata Kelola Rumah Sakit ditetapkan dengan Keputusan Bupati.



BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR,



H. ROMI HARIYANTO

LAMPIRAN II

PERATURAN BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR

NOMOR 56 TAHUN 2017

TENTANG

POLA TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH NURDIN HAMZAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR

LAPORAN PENDAPATAN BLUD.....

TRIWULAN ..... TAHUN ....

No.	Uraian	Anggaran Dalam DPA	Realisasi s/d Triwulan Lalu	Realisasi Triwulan Ini	Realisasi s/d Triwulan Ini	Lebih (Kurang)
	Pendapatan BLUD					
1	Jasa Layanan					
2	Hibah					
3	Hasil Kerjasama					
4	Pendapatan Lain yang sah					
	Jumlah					

Mengetahui  
Pejabat Pengelola Keuangan Daerah

(-----)

Muara Sabak, .....  
DIREKTUR/PIMPINAN BLUD RSUD  
NURDIN HAMZAH

(-----)

BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR,

H. ROMI MARIYANTO

TELAH DITELITI KEBENARANNYA  
Kabag Hukum dan Perundang-undangan

Drs. MAROLOP SIMANJUNTAK  
Pembina Tk. I (IV/b)  
NIP. 196310011985031006

LAMPIRAN III  
PERATURAN BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR  
NOMOR 56 TAHUN 2017  
TENTANG  
POLA TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH NURDIN HAMZAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR

SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB  
(SPTJ)

Sehubungan dengan pengeluaran biaya BLUD..... Triwulan  
..... Tahun..... sebesar Rp.....  
(.....), yang berasal dari pendapatan : Jasa  
Layanan, Hibah, Hasil Kerjasama dan Pendapatan lain-lain yang sah, adalah  
tanggung jawab kami.

Pengeluaran biaya tersebut di atas telah dilaksanakan dan dikelola  
berdasarkan sistem pengendalian intern yang memadai dalam kerangka  
pelaksanaan DPA, dan dibukukan sesuai dengan Standar Akuntansi yang  
berlaku pada BLUD dan bukti-bukti pengeluaran ada pada kami.

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk mendapatkan  
pengesahan pengeluaran biaya BLUD.....

.....20....

Pemimpin BLUD, .....  
(tanda tangan)  
(nama lengkap)  
NIP .....

TELAH DITELITI KEBENARANNYA  
Kabag Hukum dan Perundang-undangan

Drs. MAROLOP SIMANJUNTAK  
Pembina Tk. I (IV/b)  
NIP. 19631001 198503 1 006

BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR,

H. ROMI HARIYANTO

LAMPIRAN IV  
 PERATURAN BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR  
 NOMOR 50 TAHUN 2017  
 TENTANG  
 POLA TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT  
 UMUM DAERAH NURDIN HAMZAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR

FORMAT LAPORAN PENGELUARAN BIAYA BLUD  
 PEMERINTAH KABUPATEN.....

LAPORAN PENGELUARAN BIAYA BLUD.....  
 TRIWULAN ..... TAHUN .....

NO	URAIAN	ANGGARAN DALAM DPA	REALISASI S/D TRIWULAN LALU	REALISASI TRIWULAN /N/	REALISASI S/D TRIWULAN /N/	LEBIH (KURANG)
A.	<b>BIAYA OPERASIONAL</b> 1. Biaya Pelayanan a. Biaya pegawai b. Biaya bahan c. Biaya jasa pelayanan d. Biaya pemeliharaan e. Biaya barang & jasa f. Biaya pelayanan lain-lain 2. Biaya Umum & Administrasi a. Biaya Pegawai b. Biaya administrasi kantor c. Biaya pemeliharaan d. Biaya barang & jasa e. Biaya promosi f. Biaya umum & adm. lain- lain					
B.	<b>BIAYA NON OPERASIONAL</b> a. Biaya bunga b. Biaya administrasi bank c. Biaya kerugian penjualan aset tetap d. Biaya kerugian penurunan nilai e. Biaya non operasional lain-lain					
	<b>JUMLAH</b>					

.....20.....

Mengetahui  
 Pejabat Pengelola Keuangan Daerah

Pemimpin BLUD .....

(-Nama lengkap-)  
 NIP. ....

(Nama Lengkap)  
 NIP. ....

TELAH DITELITI KEBENARANNYA  
 Kabag Hukum dan Perundang-undangan

Drs. MAROLOP SIMANJUNTAK  
 Pembina Tk. I (IV/b)  
 NIP. 19631001 198503 1 006

BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR,

H. ROMI HARIYANTO