



BUPATI TEBO
PROVINSI JAMBI

PERATURAN BUPATI TEBO
NOMOR 156 TAHUN 2022

TENTANG
TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN THAHA SAIFUDDIN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI TEBO,

Menimbang : a. bahwa untuk menjalankan amanah Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, perlu menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);

b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 38 ayat 1 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan tata kelola unit pelaksana teknis yang akan menerapkan BLUD;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Bupati Tebo tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin.

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 4355);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 1441, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. 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) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
7. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran

Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

9. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5601);
10. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
11. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
12. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 56, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6325);
13. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
14. 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 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);

16. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/ Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 92) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah;
18. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
19. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42);
20. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
21. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;

24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
26. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
27. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Barang Milik Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 547);
28. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 143);
29. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416);
30. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
31. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2019 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 912);

32. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
33. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586);
34. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
35. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perijinan Berbasis Resiko (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 316);
36. Peraturan Daerah Kabupaten Tebo Nomor 12 Tahun 2003 tentang Pembentukan Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin (Lembaran Daerah Kabupaten Tebo Tahun 2003 Nomor 12);
37. Peraturan Bupati Tebo Nomor 33 Tahun 2021 tentang Manajemen Tenaga Non Pegawai Negeri Sipil Badan Layanan Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin Kabupaten Tebo (Berita Daerah Kabupaten Tebo Tahun 2021 Nomor 33);
38. Peraturan Bupati Tebo Nomor 19 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin (Berita Daerah Kabupaten Tebo Tahun 2022 Nomor 19);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN THAHA SAIFUDDIN

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Tebo.

2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang merupakan pelaksana urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Tebo.
4. Dinas adalah Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kabupaten Tebo.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kabupaten Tebo.
6. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin yang merupakan Rumah Sakit Daerah Milik Pemerintah Daerah Kabupaten Tebo yang sudah ditetapkan sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus dan sebagai Badan Layanan Umum Daerah.
7. Unit Organisasi Bersifat Khusus yang selanjutnya disingkat UOBK adalah Rumah Sakit Daerah yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
8. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin.
9. Satuan Kerja Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat SKPD adalah perangkat daerah yang merupakan unsur pembantu Bupati dalam penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.
10. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Rumah Sakit yang bentuk bertujuan untuk memberikan layanan umum secara efektif, efisien, ekonomis, transparan dan bertanggungjawab dengan memperhatikan asas keadilan, kepatutan dan manfaat sejalan dengan Praktek Bisnis Yang Sehat, untuk membantu pencapaian tujuan pemerintah daerah yang pengelolaanya dilakukan berdasarkan kewenangan yang didelegasikan oleh Bupati.
11. Tata Kelola Rumah Sakit adalah aturan dasar atau aturan Internal rumah sakit (Hospital By Laws) yang merupakan konstitusi (Anggaran Rumah Tangga) yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis (Medical Staf By Laws).

12. Tata Kelola Korporasi adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi terselenggara dengan baik melalui hubungan antara pemilik, pengelola dan komite medik di Rumah Sakit.
13. Tata Kelola Staf Medis aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme kelompok staf medis di Rumah Sakit.
14. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
15. Jabatan struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi rumah sakit yang terdiri dari Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub. Bagian dan Kepala Seksi.
16. Jabatan fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak seorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
17. Pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit adalah pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri dari Direktur, Kepala Bagian dan Kepala Bidang.
18. Pejabat Pelaksana Keuangan dan Pejabat Pelaksana Teknis adalah Kepala Bagian atau Bidang.
19. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
20. Rencana Strategis Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat Renstra BLUD adalah dokumen perencanaan 5 (lima) tahun yang disusun untuk menjelaskan strategi pengelolaan BLUD dengan

mempertimbangkan alokasi sumber daya dan kinerja dengan menggunakan teknik analisis bisnis.

21. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran SKPD.
22. Rencana Kerja dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RKA adalah dokumen perencanaan dan penganggaran yang berisi rencana pendapatan, rencana belanja program dan kegiatan SKPD serta rencana pembiayaan sebagai dasar penyusunan APBD.
23. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
24. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
25. Sumber Daya Manusia yang selanjutnya disingkat SDM adalah individu yang produktif dan bekerja sebagai penggerak organisasi rumah sakit dan merupakan sumber daya yang tidak dapat digantikan serta menjadi aset yang penting.
26. Tenaga Medis adalah dokter umum, dokter gigi, dokter subspesialis, dokter spesialis, dokter gigi subspesialis dan dokter gigi spesialis yang merupakan Staf Medis fungsional.
27. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis di rumah sakit yang dikelompokkan sesuai bidang spesialisasinya.
28. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
29. Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disingkat ASN adalah pegawai yang bekerja pada instansi pemerintah, baik ditingkat pusat maupun daerah.

30. Tenaga Non Pegawai Negeri Sipil Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat Tenaga Non PNS BLUD adalah tenaga atau pegawai yang bekerja pada RSUD Sultan Thaha Saifuddin yang statusnya bukan Pegawai Negeri Sipil.
31. Manajer Pelayanan Pasien yang selanjutnya disingkat MPP adalah staf fungsional yang diberi tugas dan tanggung jawab oleh direktur untuk membantu direktur dalam mengkoordinasikan, mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan, mutu dan keselamatan pasien.
32. 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, Transfusi Darah, Farmasi, Gizi, dan lain-lain.
33. Unit kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain serta tenaga lainnya yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
34. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
35. Surat Izin Praktik medis dan paramedis yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah, maupun Surat Tugas untuk melakukan praktek kedokteran yang dikeluarkan oleh Pemerintah Provinsi kepada Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
36. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
37. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.

38. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
39. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
40. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
41. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
42. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran atau administrasi pelayanan guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.
43. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitan yang melibatkan unsur masyarakat.
44. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
45. Dokter Program Pendidikan Dokter Spesialis yang selanjutnya disingkat PPDS adalah Dokter peserta didik Spesialisasi dari Rumah Sakit Pendidikan Utama dimana Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin merupakan jejaring Rumah Sakit Pendidikan tersebut yang sedang melaksanakan praktek di Rumah Sakit.
46. Dokter program Pendayagunaan Dokter Spesialis yang selanjutnya disingkat PGDS adalah dokter spesialis yang mengikuti program tersebut yang bertujuan untuk

memenuhi kebutuhan dokter spesialis di RSUD Sultan Thaha Saifuddin dengan ketentuan yang berlaku.

47. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
48. Remunerasi adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit.
49. Jasa Pelayanan adalah imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik dan atau pelayanan lainnya.
50. Kelompok Kerja adalah Tim yang dibentuk oleh Direktur dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas-tugas Rumah Sakit dengan keanggotaan yang berasal dari unit kerja dan atau instalasi lingkup Rumah Sakit.
51. Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat K3RS merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit, khususnya dalam hal kesehatan dan keselamatan bagi SDM rumah sakit, pasien, pengunjung/ pengantar pasien, masyarakat sekitar Rumah Sakit.
52. Pengaduan adalah penyampaian keluhan yang disampaikan pengadu kepada pengelola pengaduan pelayanan publik atas pelayanan pelaksana yang tidak sesuai dengan standar pelayanan, atau pengabaian kewajiban dan/atau pelanggaran larangan oleh penyelenggara.
53. Standar pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggara pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.
54. Surat Izin Usaha Perdagangan yang selanjutnya disingkat SIUP adalah surat izin yang umumnya dikeluarkan oleh instansi dinas perindustrian dan juga perdagangan kota, domisili perusahaan dan wilayah tempat perusahaan untuk menjadi bukti bahwa usaha yang dijalankan telah legal dan sah.

55. Nomor Pokok Wajib Pajak yang selanjutnya disingkat NPWP adalah nomor yang diberikan pada wajib pajak untuk sarana dalam administrasi perpajakan sebagai tanda pengenal atau identitas diri dari wajib pajak dalam memenuhi hak dan kewajibannya.
56. Pedagang Besar Farmasi yang selanjutnya disingkat PBF adalah perusahaan berbentuk badan hukum yang memiliki izin untuk pengadaan, penyimpanan, penyaluran obat dan/atau bahan obat dalam jumlah besar sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 2

- (1) Maksud Peraturan Tata Kelola ini adalah :
- a. Menyusun peraturan dasar (peraturan internal) yang mengatur hubungan antara Pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili, Direktur Rumah Sakit, dan Komite Medik sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas;
 - b. Untuk meningkatkan kinerja layanan secara profesional kepada masyarakat.
- (2) Tujuan Peraturan Tata Kelola ini adalah :
- a. Sebagai konstitusi/ pedoman dalam pengaturan hubungan tata kerja antara Pemilik dengan Pengelola, Tenaga Administrasi dan Tenaga Profesional Kesehatan;
 - b. Sebagai pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan Rumah Sakit.

Pasal 3

Fungsi Peraturan Tata Kelola adalah :

- a. Sebagai acuan pemilik Rumah Sakit dalam melakukan pengawasan;
- b. Sebagai acuan Direktur Rumah Sakit dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional;
- c. Sarana menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu layanan;
- d. Sarana perlindungan hukum;
- e. Sebagai acuan penyelesaian konflik;
- f. Memenuhi persyaratan akreditasi.

BAB II
RUANG LINGKUP DAN PRINSIP TATA KELOLA
Pasal 4

- (1) Ruang Lingkup Tata Kelola Rumah Sakit terdiri dari:
- a. Tata Kelola Korporasi;
 - b. Tata Kelola Staf Medis;
 - c. Tata Kelola Staf Keperawatan;
 - d. Tata Kelola Staf Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - e. Manajemen Pengelolaan Rumah Sakit sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus:
 1. Pengelolaan Keuangan;
 2. Pengelolaan Barang Milik Daerah;
 3. Pengelolaan Kepegawaian.
 - g. Manajemen Sumber Daya;
 - h. Manajemen Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - i. Manajemen Budaya Keselamatan Kerja;
 - j. Manajemen Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - k. Manajemen Kerjasama/ Kontrak;
 - l. Manajemen Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian;
 - m. Manajemen Etik;
 - n. Manajemen Penanganan Pengaduan;
 - o. Manajemen Budaya Keselamatan;
 - p. Manajemen Pengelolaan Lingkungan dan Sumber Daya Lain;
 - q. Manajemen Standar Pelayanan Minimal;
 - r. Evaluasi dan Penilaian Kinerja;
 - s. Informasi Medis;
 - t. Tuntutan Hukum;
 - u. Pengisian Jabatan;
 - v. Pelaksanaan Peraturan Pola Tata Kelola.
- (2) Peraturan 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 sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.

- b. Akuntabilitas, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak dan diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen Sumber Daya Manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- c. Responsibilitas, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat dengan perundang-undangan.
- d. Independensi, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

BAB III

TATA KELOLA KORPORASI

Bagian Kesatu

Identitas Rumah Sakit

Pasal 5

- (1) Identitas Rumah Sakit ditetapkan sebagai berikut:
 - a. Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin;
 - b. Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin merupakan Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) di lingkungan Pemerintah Daerah untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan Kesehatan Daerah;
 - c. Kelas rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C selanjutnya mengikuti perkembangan penetapan kelas rumah sakit oleh Lembaga yang berwenang;
 - d. Alamat rumah sakit adalah Jl. Sultan Thaha Saifuddin Km.04 Kelurahan Tebing Tinggi Kecamatan Tebo Tengah Kabupaten Tebo;
 - e. Logo Rumah Sakit dan arti logo sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Peraturan Bupati ini.

- (2) Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Direktur yang merupakan seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakit.

Bagian Kedua

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

Pasal 6

- (1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional pada Rumah Sakit ditetapkan Visi **"Memberikan Pelayanan Kesehatan Rujukan yang Prima dan Terjangkau oleh Semua Lapisan Masyarakat"**.
- (2) Sebagai upaya untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai misi untuk:
 - a) Memberikan pelayanan kesehatan secara professional dan terjangkau pada semua lapisan masyarakat;
 - b) meningkatkan sarana dan prasarana RSUD sesuai dengan perkembangan zaman;
 - c) meningkatkan kualitas dan kesejahteraan sumber daya manusia RSUD.
- (3) Untuk mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (2), Rumah Sakit mempunyai tujuan : meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan rujukan.
- (4) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Rumah sakit memiliki Sasaran Strategis yaitu meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat yang memanfaatkan rumah sakit;
- (5) Program Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis Rumah sakit adalah sebagai berikut:
 - a. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah;
 - b. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat.
- (6) Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.

- (7) Perubahan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan oleh Bupati sebagai pemilik Rumah Sakit.

Pasal 7

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Rumah Sakit memiliki motto **“Melayani dengan Sepenuh Hati”**.

Pasal 8

Janji layanan Rumah Sakit kepada masyarakat sesuai dengan maklumat pelayanan “menyatakan sanggup menyelenggarakan pelayanan dengan sepenuh hati & penuh rasa tanggung jawab sesuai standar pelayanan publik”

Pasal 9

Etos Kerja Rumah Sakit adalah “5S (Senyum, Salam, Sapa, Sopan dan Santun)”.

Pasal 10

Budaya Kerja Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

- a. Integritas yaitu dengan senantiasa berfikir, berkata dan berperilaku terpuji menjaga kehormatan dan taat aturan;
- b. Profesionalisme yaitu berkomitmen bekerja tuntas dan akurat dengan kemampuan terbaik dan penuh tanggung jawab;
- c. Keteladanan yaitu sebagai panutan dan tidak memberikan toleransi terhadap tindakan-tindakan yang tidak memberikan keteladanan;
- d. Kepuasan pasien yaitu selalu menjadikan pasien sebagai mitra utama yang saling menguntungkan dengan memperhatikan keselamatan pasien;
- e. Penghargaan terhadap SDM yaitu selalu memperlakukan pekerja berdasarkan kepercayaan, keterbukaan dan keadilan serta mengembangkan sikap kerjasama;

Pasal 11

Rumah Sakit menerapkan nilai-nilai dasar dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, meliputi :

- a. citra pelayanan yaitu berupa pelayanan cepat, tepat, akurat, mudah dijangkau, profesional dan penuh perhatian dalam melakukan edukasi, pengobatan, penyembuhan penyakit;
- b. citra kebersihan yaitu melalui terciptanya Rumah Sakit yang bersih, tertib, sehat, indah dan menarik;
- c. citra tertib Pelaksanaan yang meliputi tertib pelayanan, tertib administrasi, tertib pencatatan medis dan tertib anggaran;
- d. citra keramahan yaitu melalui terciptanya penampilan yang baik, sopan, murah senyum dan tidak membedakan;
- e. citra ikhlas bekerja yaitu terbentuknya sikap yang tulus menjalankan amanah dan penuh rasa tanggungjawab.

Bagian Ketiga

Tanggungjawab dan Wewenang

Bupati

Pasal 12

- (1) Bupati sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati berwenang:
 - a. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku Representasi Pemilik;
 - b. mengesahkan Tata Kelola Rumah Sakit;
 - c. mengesahkan Renstra Rumah Sakit sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus yang berstatus BLUD;
 - d. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai peraturan yang berlaku;
 - e. melakukan mutasi aparatur sipil negara;
 - f. mengevaluasi kinerja pejabat pengelola baik kinerja keuangan, maupun non keuangan 1 (satu) kali dalam satu tahun melalui Institusi yang ditunjuk;

- g. menyetujui, menetapkan, dan mengesahkan Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, Nilai-nilai Dasar dan Janji Layanan Rumah Sakit;
 - h. menetapkan dan mengesahkan formula remunerasi Rumah Sakit;
 - i. menyediakan anggaran operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit;
 - j. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumberdaya manusia rumah sakit;
 - k. memberikan arahan kebijakan rumah sakit;
 - l. memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit, serta melakukan evaluasi secara berkala misi rumah sakit.
- (3) Memberikan advokasi dan tanggung gugat kepada pihak manajemen rumah sakit dan para pekerja profesional kesehatan di rumah sakit.
- (4) Pemberian advokasi dan tanggung gugat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan jika terjadi kerugian pada pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit yang setelah dilakukan analisa sumber akar masalah, merupakan kesalahan dari pihak manajemen rumah sakit.
- (5) Bupati dapat mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur dalam melaksanakan fleksibilitas dalam rangka efisien dan efektivitas melaksanakan BLUD meliputi:
- a. pengelompokan jenis pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b. melaksanakan perjanjian kerjasama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan pada Rumah Sakit;
 - c. dalam keadaan darurat, melakukan pemenuhan kebutuhan Pegawai BLUD;
 - d. menyusun tata cara kerjasama dalam Keputusan Direktur;
 - e. menetapkan standar satuan harga BLUD;
 - f. melakukan publikasi visi dan misi Rumah Sakit;

- g. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi;
 - h. melakukan pengesahan evaluasi Renstra.
- (6) Kinerja pemilik merupakan bagian dalam Laporan Pertanggungjawaban Bupati dan dilakukan penilaian setiap tahun.

Bagian Keempat

Pelaksanaan Pembinaan dan Pengawasan BLUD

Paragraf I

Pembina Rumah Sakit

Pasal 13

- (1) Pemerintah Daerah wajib melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakitannya dan organisasi kemasyarakatan.
- (2) Pembinaan dan Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk :
 - a. Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat;
 - b. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan;
 - c. Keselamatan pasien
 - d. Pengembangan jangkauan pelayanan;
 - e. Peningkatan kemampuan kemandirian Rumah Sakit
- (3) Pembina dan Pengawas Rumah Sakit terdiri atas:
 - a. Pembina Teknis dan Pembina Keuangan;
 - b. Satuan Pengawas Internal; dan
 - c. Dewan Pengawas.
- (4) Pembina Teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a yaitu Kepala Dinas.
- (5) Pembina Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b yaitu Badan Pengelolaan Keuangan Daerah.
- (6) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b dibentuk oleh Direktur untuk melakukan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis yang Sehat.

- (7) Pembentukan Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (6) mempertimbangkan:
 - d. Keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - e. Kompleksitas manajemen; dan
 - f. Volume dan/ atau jangkauan pelayanan.
- (8) Tugas dan persyaratan untuk dapat diangkat menjadi satuan Pengawas Internal mengacu pada Peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (9) Selain pembinaan teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a terdapat aspek non teknis perumahsakititan yang dapat dilakukan secara internal dan eksternal Rumah Sakit.
- (10) Pembinaan dan Pengawasan non teknis eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (9) dilakukan oleh Dewan Pengawas.
- (11) Pedoman pembinaan dan pengawasan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (10) mengacu pada Peraturan perundang undangan yang berlaku.

Bagian Kelima

Dewan Pengawas

Paragraf 1

Umum

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas merupakan representasi dari Pemilik Rumah Sakit yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati atas usul Direktur Rumah Sakit.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang sesuai dengan besarnya omzet dan/atau nilai aset Rumah Sakit, serta seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (3) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhalangan tetap, maka Bupati mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi Ketua hingga masa jabatan berakhir atas usulan BLUD.
- (4) Dewan Pengawas sebagai Representasi Pemilik Rumah Sakit bertanggungjawab kepada Bupati.

- (5) Struktur koordinasi Dewan Pengawas sebagai representasi Pemilik Rumah Sakit tercantum dalam Lampiran II Peraturan Bupati ini.

Paragraf 2

Kedudukan, Tugas, Dan Wewenang

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk pada Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakititan secara internal di Rumah Sakit.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (5) Dewan Pengawas mempunyai tugas:
 - a. menyetujui arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
- (6) Dewan Pengawas selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (5) juga melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yaitu:
 - a. memantau perkembangan kegiatan Rumah Sakit;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan Rumah Sakit dan memberikan rekomendasi

atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola;

- c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
- d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
- e. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai:
 - 1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan Rumah Sakit; dan
 - 3. kinerja Rumah Sakit;

Pasal 16

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pengendali Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan

- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Paragraf 3

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas berkewajiban melaporkan hasil penilaian kinerjanya kepada Pemilik setiap 1 (satu) tahun sekali.
- (2) Penilaian kinerja diukur paling sedikit meliputi:
 - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas) ;
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Penilaian kinerja non keuangan diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (5) Penilaian Kinerja terhadap Dewan Pengawas dilakukan Bupati.
- (6) Penilaian didasarkan pada laporan pelaksanaan tugas dan kepatuhan terhadap Peraturan Perundang-Undangan.

Paragraf 4

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 18

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) dalam hal batas usia anggota dewan pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan

Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya

- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena :
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e. mengundurkan diri; dan
 - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau daerah.

Paragraf 5

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang.
- (2) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) untuk Rumah Sakit yang memiliki:
 - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah);
 - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah)
- (3) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) untuk Rumah Sakit yang memiliki:

- a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
- b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).

Pasal 20

- (1) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (2) terdiri atas unsur:
 - a. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi kegiatan perumahsakitian;
 - b. 1 (satu) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (2) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (3) terdiri atas unsur:
 - a. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi kegiatan perumahsakitian;
 - b. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (3) Tenaga Ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan ayat (2) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional. atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan Rumah Sakit.
- (4) Pengangkatan Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola di angkat.
- (5) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan Rumah Sakit;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;

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

Paragraf 6

Tata Kerja Dewan Pengawas

Pasal 21

- (1) Tata Kerja Dewan Pengawas dan Manajemen bersifat dinamis dan selalu berkembang.
- (2) Penyempurnaannya sangat tergantung kepada kebutuhan Manajemen dan Dewan Pengawas dalam pengelolaan Rumah Sakit dengan prinsip:
 - a. Dewan Pengawas menghormati tugas dan wewenang Manajemen dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana telah diatur dalam peraturan perundang-undangan;
 - b. Manajemen menghormati tugas dan wewenang Dewan Pengawas untuk melakukan pengawasan dan memberikan nasihat terhadap kebijakan pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - c. Setiap hubungan kerja antara Manajemen dengan Dewan Pengawas merupakan hubungan yang bersifat formal kelembagaan, dalam arti senantiasa dilandasi

oleh suatu mekanisme baku atau korespondensi yang dapat dipertanggungjawabkan;

- d. Hubungan Kerja Informal tidak dapat dijadikan sebagai dasar pengambilan keputusan;
- e. Dewan Pengawas berhak memperoleh informasi Rumah Sakit secara tepat waktu, lengkap, terukur, dan akurat;
- f. Manajemen bertanggung jawab atas penyampaian informasi Rumah Sakit kepada Dewan Pengawas secara tepat waktu, lengkap, terukur dan akurat.

Paragraf 7

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 22

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

Paragraf 8

Pembiayaan dan Operasional Dewan Pengawas

Pasal 23

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

Pasal 24

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Anggaran Fungsional Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin dan dimuat dalam RBA.

Paragraf 9
Rapat Dewan Pengawas
Pasal 25

- (1) Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadual yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat Rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direksi (Pejabat Pengelola) Rumah Sakit dan Komite-Komite serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.
- (3) Rapat Rutin dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam setahun dengan interval tatap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi (Pejabat Pengelola), Komite-Komite dan pihak lain tertentu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu;
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 26

- (1) Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. Ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau

- b. Ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit tiga orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 27

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Paragraf 10

Undangan Rapat

Pasal 28

Setiap Undangan dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Paragraf 11

Peserta Rapat

Pasal 29

Setiap Rapat Rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Direksi dan Komite

Medik serta pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit dan/atau di luar lingkungan Rumah Sakit apabila diperlukan.

Pasal 30

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Paragraf 12

Kuorum

Pasal 31

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh $\frac{2}{3}$ dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Bila Kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat hari dan jam yang sama minggu berikutnya.
- (4) Bila Kuorum tidak tercapai juga dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Paragraf 13

Risalah Rapat

Pasal 32

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah Rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat

diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Paragraf 14

Pemungutan Suara

Pasal 33

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dekehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Paragraf 15

Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 34

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Tata Kelola ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Paragraf 16

Stempel Dewan Pengawas

Pasal 35

- (1) Dewan Pengawas dapat membuat dan menggunakan stempel dewan pengawas dalam rangka pelaksanaan pengadministrasian.

- (2) Setiap dokumen tidak akan dibubuhi Stempel Dewan Pengawas selain menyangkut hal-hal yang diputuskan oleh Dewan Pengawas dimana Ketua diberi wewenang untuk menggunakan Stempel tersebut dengan persetujuan dua anggota Dewan Pengawas lainnya.
- (3) Penggunaan Stempel oleh Ketua pada saat diantara dua rapat Dewan Pengawas sebagaimana tercantum pada ayat (3) diatas harus dilaporkan pada rapat Dewan Pengawas berikutnya untuk memperoleh pengakuan.
- (4) Setiap dokumen yang menggunakan Stempel Dewan Pengawas harus ditandatangani oleh sekurangny dua orang anggota Dewan Pengawas.

Bagian Keenam
Pejabat Pengelola
Paragraf 1
Struktur Organisasi
Pasal 36

- (1) Struktur organisasi menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (2) Prosedur kerja menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi logis menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan rentang kendali dan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.
- (4) Pengelompokan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif berdasarkan kompetensi untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif, efisien dan produktif.
- (5) Kepala Bidang/ Bagian merupakan para pimpinan di

rumah sakit yang diberi sejumlah tanggungjawab secara keseluruhan untuk mengantarkan rumah sakit dalam mencapai misinya dalam lingkup Bidang/ Bagian masing-masing.

Paragraf 2

Pejabat Pengelola

Pasal 37

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. Direktur;
 - b. Pejabat yang membidangi Pelayanan, Penunjang, dan Keperawatan selaku pejabat teknis; dan
 - c. Pejabat yang membidangi administrasi dan keuangan selaku pejabat keuangan.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang memangku jabatan rangkap sebagai:
 - a. Direksi BUMN;
 - b. Direksi pada Rumah Sakit Swasta;
 - c. Jabatan lain yang berhubungan dengan pengurusan perusahaan.
- (3) Direktur bertanggungjawab kepada Bupati terhadap operasional, Pengelolaan Keuangan dan Barang Milik Daerah serta Bidang Kepegawaian.
- (4) Kepala Bagian dan Bidang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dan huruf c bertanggungjawab kepada Direktur sesuai bidang tanggungjawab masing-masing.
- (5) Susunan Pejabat Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (6) Perubahan susunan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (7) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.

- (8) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (7) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatannya.
- (9) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (7) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (10) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (11) Rumah Sakit menetapkan struktur organisasi internal meliputi Komite, Instalasi dan Unit Organisasi lain serta tata hubungan kerja dengan para Pimpinan di Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
- (12) Struktur Organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (11) dapat mendukung proses budaya kerja manajemen rumah sakit, budaya keselamatan pasien dalam manajemen klinis di rumah sakit dan komunikasi antar profesi.
- (13) Struktur Organisasi dapat mendukung proses perencanaan pelayanan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan.
- (14) Struktur Organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi.
- (15) Struktur Organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas mutu pelayanan klinis.
- (16) Dalam menjamin manajemen mutu dan keselamatan pasien, Direksi dibantu oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP).
- (17) Manajer Pelayanan Pasien diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (18) Dalam rangka mewujudkan pelayanan klinis dan manajemen rumah sakit sehari-hari agar lebih efektif dan efisien maka rumah sakit dibagi menjadi subkelompok yang kohesif yaitu Instalasi, Kelompok Staf Medis, Kelompok Staf Keperawatan, Kelompok Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dan Komite-Komite atau jenis layanan tertentu yang berada di bawah arahan pimpinan pelayanan yang disebut organisasi pelaksana atau Instalasi.
- (19) Subkelompok sebagaimana dimaksud pada ayat (18) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (20) Dalam pelaksanaan pelayanan Instalasi dapat terdiri dari unit-unit sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

- (21) Unit-unit sebagaimana dimaksud pada ayat (20) dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.

Paragraf 3

Kedudukan Pejabat Pengelola

Pasal 38

- (1) Untuk melaksanakan kegiatan operasional rumah sakit sehari-hari Bupati menetapkan Direktur Rumah Sakit yang dibantu Bagian dan Bidang di Rumah Sakit.
- (2) Direktur Rumah Sakit merupakan pimpinan tertinggi di rumah sakit yang ditetapkan oleh Bupati selaku Pemilik.
- (3) Direktur bertanggungjawab untuk menjalankan misi rumah sakit yang sudah ditetapkan oleh Pemilik atau Representasi Pemilik serta menyusun regulasi pelayanan dan manajemen untuk menjalankan rumah sakit.

Paragraf 4

Persyaratan Pejabat Pengelola

Pasal 39

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :

- a. seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitannya dan tidak boleh dirangkap oleh Pemilik rumah sakit serta berkewarganegaraan Indonesia;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil;
- e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan dan bersedia bekerja dengan sungguh-sungguh untuk mengembangkan dan menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Pegawai Negeri Sipil;

- g. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Pasal 40

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan adalah:

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bagian umum, keuangan dan/atau akuntansi;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan Pelayanan Umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
- c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan administrasi Rumah Sakit;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
- e. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di Rumah Sakit;
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- h. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Pasal 41

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Pelayanan adalah:

- a. seorang dokter/ dokter gigi/ dokter spesialis atau profesi lain yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil;

- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- g. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Pasal 42

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Penunjang adalah:

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang penunjang;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan penunjang yang profesional;
- c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- g. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Pasal 43

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Keperawatan adalah:

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang keperawatan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan keperawatan dan kebidanan yang profesional;
- c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil;

- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- g. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Paragraf 5

Tugas dan Fungsi dan Kewenangan Direktur

Pasal 44

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 ayat (1) huruf a mempunyai tugas memimpin dan mengatur penyelenggaraan rumah sakit;
- (2) Direktur dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi :
 - a. menyusun rencana kerja dan anggaran pada Rumah Sakit;
 - b. penyusunan dokumen pelaksanaan anggaran pada Rumah Sakit;
 - c. penandatanganan surat perintah membayar;
 - d. pengelolaan utang dan piutang Rumah Sakit yang menjadi tanggungjawabnya;
 - e. penyusunan dan menyampaikan laporan keuangan Rumah Sakit yang dipimpinnya;
 - f. penetapan pejabat pelaksana teknis kegiatan dan pejabat penatausahaan keuangan;
 - g. penetapan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan Rumah Sakit;
 - h. perumusan kebijakan teknis dibidang pelayanan kesehatan;
 - i. pelaksanaan pelayanan penunjang dalam penyelenggaraan pemerintah daerah dibidang pelayanan kesehatan;
 - j. pengoordinasian kebijakan teknis dibidang pelayanan kesehatan;
 - k. pengelolaan barang milik daerah/ kekayaan negara yang menjadi tanggung jawab Rumah Sakit;

- l. pelaksanaan monitoring, evaluasi, pencatatan dan pelaporan dibidang pelayanan kesehatan; dan
- m. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Bupati yang terkait dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 45

Uraian tugas, tanggungjawab dan wewenang Direktur :

- a. mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait dengan rumah sakit;
- b. menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan;
- c. menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan;
- d. menetapkan regulasi Rumah Sakit;
- e. menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
- f. menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
- g. menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- h. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di Rumah Sakit;
- i. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
- j. menetapkan regulasi rumah sakit meliputi peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit;
- k. mengusulkan formasi pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. melakukan seleksi penerimaan pegawai non Aparatur Sipil Negara (ASN) baik internal maupun bekerjasama dengan pihak eksternal, mengangkat dan memberhentikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- m. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- n. memberikan penghargaan kepada pegawai, yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
- o. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- p. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dibawah Direktorat kepada Bupati;
- q. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;
- r. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- s. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- t. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
- u. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola dibawah Direktorat;
- v. meninjau Falsafah, Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, Nilai-nilai Dasar dan Janji Layanan Rumah Sakit secara berkala minimal sekali dalam 5 (lima) tahun;
- w. mengusulkan Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit dan Rencana Mutu serta Keselamatan pasien kepada Kepala Daerah.

Pasal 46

- (1) Dalam menjalankan fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan, Direktorat bertindak selaku Kuasa Pengguna Anggaran atau selaku yang menerima pelimpahan kewenangan Pengguna Anggaran dari Kepala Dinas Kesehatan serta mempunyai tugas dan kewenangan:
 - a. menyusun Rencana Kerja dan Anggaran;
 - b. menyusun Dokumen Pelaksanaan Anggaran;
 - c. menandatangani Surat Perintah Membayar;
 - d. mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - e. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;

- f. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan dan pejabat penatausahaan keuangan; dan
 - g. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah.
- (2) Selain menjalankan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1) Direktur bertindak sebagai Kuasa Pengguna Barang.

Pasal 47

- (1) Dalam hal Direktur berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil, maka yang bersangkutan merupakan Kuasa Pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna Barang Milik Daerah
- (2) Dalam hal Direktur berasal dari unsur non Pegawai Negeri Sipil, maka yang bersangkutan bukan merupakan Kuasa Pengguna Anggaran dan bukan Kuasa Pengguna Barang Milik Daerah.
- (3) Dalam hal Direktur bukan Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka yang menjadi Kuasa Pengguna Anggaran dan Kuasa Pengguna Barang daerah adalah Pejabat Keuangan yang berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil.

Paragraf 6

Tugas dan Fungsi Bagian Administrasi Umum dan Keuangan

Pasal 48

- (1) Tugas Bagian Administrasi Umum dan Keuangan adalah membantu Direktur dalam melaksanakan dan menyiapkan perumusan kebijakan teknis bagian administrasi umum, sumber daya manusia, keuangan, pengelolaan barang milik daerah, perencanaan dan evaluasi rumah sakit.
- (2) Bagian Administrasi Umum dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan yang berada dibawah bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 49

Dalam melaksanakan tugas Bagian Administrasi Umum dan Keuangan mempunyai fungsi:

- a. pengoordinasian penyusunan kebijakan bagian administrasi umum, sumber daya manusia, keuangan, pengelolaan barang milik daerah, perencanaan dan evaluasi rumah sakit;
- b. pelaksanaan kebijakan bagian administrasi umum, sumber daya manusia, keuangan, pengelolaan barang milik daerah, perencanaan dan evaluasi rumah sakit;
- c. pengoordinasian pelaksanaan kebijakan bidang administrasi umum, sumber daya manusia, keuangan, pengelolaan barang milik daerah, perencanaan dan evaluasi rumah sakit;
- d. pelaksanaan sistem pengendalian intern;
- e. pengoordinasian, penyusunan, pelaporan dan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit;
- f. pengkoordinasian pelaksanaan kegiatan Akreditasi rumah sakit;
- g. pengoordinasian penyusunan tata kelola rumah sakit dan peraturan internal rumah sakit;
- h. penyiapan bahan pemantauan, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan kegiatan bagian administrasi umum dan keuangan; dan
- i. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Direktur yang terkait dengan tugas dan fungsinya.

Paragraf 7

Tugas dan Fungsi Bidang Pelayanan

Pasal 50

- (1) Tugas Bidang Pelayanan adalah membantu Direktur dalam melaksanakan pelayanan medik dan non medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Bidang Pelayanan mempunyai fungsi :
 - a. penyusunan rencana pemberian pelayanan;
 - b. pengoordinasian dan pelaksanaan pelayanan;

- c. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan;
 - d. pengoordinasian bahan laporan dan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal sesuai bidang tugasnya;
 - e. pengoordinasian penyiapan bahan penyusunan tata kelola rumah sakit dan peraturan internal rumah sakit sesuai bidang tugasnya;
 - f. penyiapan bahan pemantauan, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan kegiatan bidang pelayanan; dan
 - g. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Direktur yang terkait dengan tugas dan fungsinya.
- (3) Bidang Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Pelayanan yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (4) Bidang pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selain melakukan pengawasan terhadap bidang dibawahnya, juga melakukan koordinasi dan pengawasan terhadap pelaksanaan promosi kesehatan rumah sakit, screening dan surveilans epidemiologi.

Paragraf 8

Tugas dan Fungsi Bidang Penunjang

Pasal 51

- (1) Tugas Bidang Penunjang adalah membantu Direktur dalam melaksanakan pelayanan penunjang di rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Bidang Penunjang mempunyai fungsi :
- a. penyusunan rencana pemberian pelayanan penunjang;
 - b. pengoordinasian dan pelaksanaan pelayanan penunjang;
 - c. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan penunjang;
 - d. pengoordinasian bahan laporan dan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal sesuai bidang tugasnya;
 - e. pengoordinasian penyiapan bahan penyusunan tata kelola rumah sakit dan peraturan internal rumah sakit sesuai bidang tugasnya;

- f. penyiapan bahan pemantauan, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan kegiatan bidang penunjang; dan
 - g. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Direktur yang terkait dengan tugas dan fungsinya.
- (3) Bidang Penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Penunjang yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Paragraf 9

Tugas dan Fungsi Bidang Keperawatan

Pasal 52

- (1) Tugas Bidang Keperawatan adalah membantu Direktur dalam melaksanakan layanan keperawatan di rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Bidang Keperawatan mempunyai fungsi :
- a. penyusunan rencana pemberian pelayanan keperawatan;
 - b. pengoordinasian dan pelaksanaan pelayanan keperawatan;
 - c. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan keperawatan;
 - d. pengoordinasian bahan laporan dan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal sesuai bidang tugasnya;
 - e. pengoordinasian penyiapan bahan penyusunan tata kelola rumah sakit dan peraturan internal rumah sakit sesuai bidang tugasnya;
 - f. penyiapan bahan pemantauan, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan kegiatan bidang pelayanan keperawatan; dan
 - g. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Direktur yang terkait dengan tugas dan fungsinya.
- (3) Bidang Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Bidang Keperawatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Paragraf 10
Pemberhentian Direktur dan Kepala Bagian/Bidang
Pasal 53

Direktur dan Kepala Bagian/ Bidang dapat diberhentikan karena :

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

Paragraf 11
Evaluasi Kinerja Direktur dan Kepala Bagian/Bidang
Pasal 54

- (1) Evaluasi Kinerja Direktur :
 - a. Evaluasi Kinerja Direktur berdasarkan pencapaian kinerja dan mutu Rumah Sakit berdasarkan RBA.
 - b. Evaluasi kinerja Direktur terdiri dari pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu non keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
 - c. Dewan Pengawas diberikan delegasi oleh Bupati untuk melakukan evaluasi kinerja Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.
- (2) Evaluasi Kinerja Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan:
 - a. Evaluasi Bagian berdasarkan pencapaian kinerja umum dan keuangan.

- b. Evaluasi kinerja Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan terdiri dari kinerja mutu umum dan keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
 - c. Evaluasi Kinerja Kepala Bagian Administrasi Umum Dan Keuangan dinilai oleh Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.
- (3) Evaluasi Kinerja Kepala Bidang Pelayanan:
 - a. Evaluasi Kinerja Bidang berdasarkan pencapaian kinerja Pelayanan.
 - b. Evaluasi kinerja Kepala Bidang Pelayanan terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
 - c. Evaluasi Kinerja Kepala Bidang Pelayanan dinilai oleh Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.
- (4) Evaluasi Kinerja Bidang Penunjang :
 - a. Evaluasi Kinerja Kepala Bidang berdasarkan pencapaian kinerja pelayanan Penunjang.
 - b. Evaluasi kinerja Kepala Bidang Penunjang terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
 - c. Evaluasi Kinerja Kepala Bidang Penunjang dinilai oleh Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.
- (5) Evaluasi Kinerja Bidang Keperawatan :
 - a. Evaluasi Kinerja Kepala Bidang berdasarkan pencapaian kinerja pelayanan keperawatan.
 - b. Evaluasi kinerja Kepala Bidang Keperawatan terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
 - c. Evaluasi Kinerja Kepala Bidang Keperawatan dinilai oleh Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.

Paragraf 12

Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi

Pasal 55

- (1) Pemilik menetapkan Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi Rumah Sakit dan secara bersama bertanggungjawab untuk

menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.

- (2) Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi bertanggungjawab kepada Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi.
- (3) Kualifikasi jabatan untuk para Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi tersebut sesuai dengan persyaratan.
- (4) Para Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi terlibat dalam mendefinisikan-operasionalkan misi Rumah Sakit, dan berdasarkan atas misi tersebut, para Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi bekerjasama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Paragraf 13

Persyaratan Jabatan, Tugas dan Fungsi

Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi

Pasal 56

- (1) Persyaratan Jabatan Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi:
 - a. Berstatus Pegawai Negeri Sipil
 - b. Serendah-rendahnya memiliki 1 (satu) tingkat dibawah jenjang pangkat yang ditentukan.
 - c. Memiliki kualifikasi dan tingkat pendidikan yang ditentukan.
 - d. Semua unsur penilaian prestasi kerja sekurang-kurangnya bernilai baik dalam 2 (dua) Tahun terakhir.
 - e. Memiliki kompetensi jabatan yang diperlukan.
- (2) Uraian Tugas dan Fungsi Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan Peraturan Bupati tentang Organisasi Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin.

Paragraf 14

Evaluasi Kinerja Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi

Pasal 57

- (1) Evaluasi kinerja Kepala Sub Bagian Administrasi Umum dan Sumbe Daya Manusia; Kepala Sub Bagian Keuangan

dan Aset; Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Evaluasi dinilai Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan.

- (2) Evaluasi kinerja Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Kepala Seksi Pelayanan Non Medik dinilai Kepala Bidang Pelayanan.
- (3) Evaluasi kinerja Kepala Seksi Penunjang Medik dan Kepala Seksi Penunjang Non Medik dinilai Kepala Bidang Penunjang.
- (4) Evaluasi kinerja Kepala Seksi Asuhan Keperawatan dan Kepala Seksi Mutu & Etika Pelayanan Keperawatan dinilai Kepala Bidang Keperawatan.
- (5) Evaluasi Kinerja Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi berdasarkan pencapaian kinerja.
- (6) Evaluasi kinerja Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai.

Bagian Ketujuh

Hubungan-Hubungan Dalam Peraturan Tata Kelola

Paragraf 1

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas

Pasal 58

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (2) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara substantif kepada Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (3) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara administratif dalam bentuk menyampaikan laporan kinerja kepada Kepala Dinas.
- (4) Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan Rumah Sakit, dengan menetapkan kebijakan-kebijakan pelaksanaan, baik dibidang pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian, dan pengembangan kesehatan untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.
- (5) Keberhasilan Rumah Sakit tergantung dari pengurusan Pejabat Pengelola dan pembinaan serta pengawasan dari Bupati melalui Dewan Pengawas sehingga dalam pertanggungjawaban tugas dan kewajiban antara Pengelola,

dan Bupati selaku Pemilik adalah bersifat tanggung renteng.

Paragraf 2

Hubungan Dewan Pengawas dengan Komite Medik

Pasal 59

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

Paragraf 3

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Komite Medik

Pasal 60

- (1) Komite Medik berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Pelaksanaan tugas-tugas Komite Medik dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Paragraf 4

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Satuan Pengawas Internal

Pasal 61

- (1) Satuan Pengawas Internal berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Tugas Pokok Satuan Pengawas Internal adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di rumah sakit agar

dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.

- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Satuan Pengendali Internal berfungsi:
 - a. melaksanakan pemeriksaan /audit keuangan dan operasional;
 - b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian internal;
 - c. melakukan identifikasi resiko;
 - d. mencegah terjadinya penyimpangan;
 - e. memberikan konsultasi pengendalian internal;
 - f. melakukan hubungan dengan eksternal auditor.
- (4) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan (3) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.

Bagian Kedelapan
Organisasi Pendukung
Paragraf 1
Organisasi Pelaksana
Pasal 62

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan di Rumah Sakit dibentuk Organisasi Pelaksana yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan, perubahan jumlah dan jenis Organisasi Pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.
- (3) Organisasi Pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Organisasi Pelaksana mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyelenggarakan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (5) Kriteria Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai dengan Peraturan Bupati tentang Organisasi Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin.

Pasal 63

Kepala Organisasi Pelaksana mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan kepada Direktur.

Paragraf 2

Kelompok Jabatan Non Struktural

Pasal 64

- (1) Selain Jabatan Struktural di Rumah Sakit dapat dibentuk Satuan Organisasi yang bersifat Non Struktural yang bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Kelompok Jabatan Non Struktural sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Satuan Pengawas Internal;
 - b. Komite;
 - c. Instalasi.
 - d. Manager Pelayanan Pasien.
- (3) Kelompok Jabatan Non Struktural sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, huruf b dan huruf c sesuai dengan Peraturan Bupati tentang Organisasi Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin.

Paragraf 3

Manajer Pelayanan Pasien

Pasal 65

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

- (4) Manajer Pelayanan Pasien berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur secara langsung atau melalui Bidang yang berkaitan.
- (5) Manajer Pelayanan Pasien terdiri dari Aparatur Sipil Negara (ASN) dan Non Aparatur Sipil Negara (ASN) yang menguasai bidang perumahsakit.

Paragraf 4

Tim, Panitia dan Kelompok Kerja

Pasal 66

- (1) Direktur dapat membentuk Tim, Panitia dan Kelompok Kerja dan menetapkan honor dalam rangka peningkatan pelaksanaan pelayanan kesehatan pada rumah sakit untuk menyelesaikan suatu tugas tertentu.
- (2) Tim, Panitia dan Kelompok Kerja dimaksud pada ayat (1) merupakan kebijakan dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan Rumah Sakit, susunan keanggotaan, kualifikasi anggota dan jumlah anggota.

Bagian Kesembilan

Pedoman Pelayanan

Pasal 67

- (1) Kepala Unit/ Kepala Instalasi Pelayanan mengusulkan rencana kegiatan dan anggaran serta program peningkatan mutu dan kinerja instalasi kepada pimpinan rumah sakit melalui pejabat di atasnya.
- (2) Kepala Instalasi Pelayanan bertanggung jawab membuat pedoman pelayanan tentang pelayanan yang dipimpin setelah melakukan koordinasi bersama Kepala Ruangan/ Unit.
- (3) Pedoman pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) minimal berisi tentang uraian pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan pelayanan yang direncanakan, serta mengatur pengetahuan dan keterampilan staf klinis yang melakukan assesmen pasien dan kebutuhan pasien.

- (4) Kepala Instalasi pelayanan bekerja sama dengan unit-unit pelayanan yang lain pada rumah sakit, untuk menetapkan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan pelayanan.
- (5) Kepala Instalasi Pelayanan menjamin adanya mekanisme aduan pelayanan pasien yang jelas demi pelayanan yang optimal kepada pasien.

Bagian Kesepuluh
Program Mutu Instalasi dan Unit

Pasal 68

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

Pasal 69

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

Pasal 70

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

Bagian Kesebelas

Program Mutu Kelompok Staf Medis

Pasal 71

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

Pasal 72

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

Pasal 73

Kepala unit pelayanan klinis ikut terlibat dalam evaluasi penerapan panduan praktik klinis, alur klinis dan protokol kelompok staf medis, sesuai dengan indikator mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 67 ayat (2).

Pasal 74

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

BAB IV

TATA KELOLA KELOMPOK STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Kelompok Staf Medis

Paragraf 1

Umum

Pasal 75

- (1) Untuk menjadi Kelompok Staf Medis Rumah Sakit seorang staf medis harus memiliki:
 - a. Kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. Surat Tanda Registrasi (STR); dan
 - c. Surat Ijin Praktek (SIP).
- (2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf medis harus memiliki kesehatan jasmani dan

rohani yang layak untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.

Pasal 76

- (1) Kelompok Staf Medis rumah sakit berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dibidang pelayanan medis.
- (2) Kelompok Staf Medis Fungsional dapat melimpahkan tindakan medis tertentu kepada tenaga kesehatan berdasarkan rincian kompetensi masing-masing Staf Profesi Kesehatan.

Pasal 77

Dalam melaksanakan fungsinya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76 ayat (1) Kelompok Staf Medis mempunyai tugas :

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

Pasal 78

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/ keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian sama.

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

Pasal 79

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

Pasal 80

Tanggungjawab Kelompok Staf Medis meliputi :

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

Pasal 81

Kewajiban Kelompok Staf Medis meliputi :

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

Pasal 82

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

Paragraf 2

Kelompok Staf Medis

Pasal 83

Staf Medis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (1) terdiri dari :

- a. Staf Medis PNS;
- b. Staf Medis Non PNS;
- c. Staf Medis Tamu.

Pasal 84

Staf Medis PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83 huruf a, yaitu dokter PNS yang bekerja purna waktu sebagai pegawai tetap rumah sakit, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 85

- (1) Staf Medis Non PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83 huruf b, yaitu dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang berstatus Tenaga Kerja Kontrak (TKK) dan yang telah terikat perjanjian kerja dengan Rumah Sakit dan atau Institusi Pendidikan dan ditetapkan berdasarkan Keputusan Penempatan di Rumah Sakit oleh Direktur.
- (2) Staf Medis Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis Rumah Sakit apabila telah menyelesaikan masa kontrak 1 (satu) tahun atau berhenti atas persetujuan bersama.
- (3) Staf Medis Non PNS yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat bekerja kembali untuk masa kontrak 1 (satu) berikutnya setelah menandatangani perjanjian kerja baru dengan pihak Rumah Sakit.

Pasal 86

Staf Medis Tamu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83 huruf c, yaitu dokter dari luar Rumah Sakit yang karena reputasi dan/ atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medik yang ada di Rumah sakit atau untuk melaksanakan tugas suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Pasal 87

Peserta PPDS yaitu Dokter yang secara sah diterima sebagai peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis, serta membantu memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dibidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 3
Kewenangan Klinis Staf Medis
Pasal 88

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

Pasal 89

- (1) Untuk dapat memberikan rekomendasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 88 ayat (1) Komite medik menetapkan rincian kewenangan klinis dari syarat-syarat kompetensi yang dibutuhkan untuk setiap jenis pelayanan medis bagi setiap jenis pelayanan di rumah sakit.
- (2) Penetapan rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium spesialisasi dan didokumentasikan oleh Komite Medik dalam buku putih.
- (3) Buku putih sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menjadi dasar bagi Komite Medik dalam mengeluarkan rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk Staf Medis.

Paragraf 4
Surat Penugasan Klinis
Pasal 90

- (1) Pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 88 ayat (2) diberikan Direktur melalui penerbitan Surat Penugasan Klinis.

- (2) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Staf Medis sebagai dasar untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit
- (3) Berdasarkan Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka seorang staf medis tergabung menjadi anggota kelompok (*member*) staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medik di rumah sakit.
- (4) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu menurut pertimbangan Direktur.
- (5) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medik di rumah sakit.
- (6) Dalam hal seorang staf medis berhalangan memberikan pelayanan dengan alasan apapun, direktur dapat menunjuk staf medis pengganti dengan mengeluarkan surat penugasan klinis sementara.

Pasal 91

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

Pasal 92

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

Paragraf 5
Masa Kerja Staf Medis
Pasal 93

- (1) Staf Medis PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83 huruf a, memiliki masa kerja sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan.
- (2) Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83 huruf b dan huruf c, memiliki masa kerja sesuai dengan perjanjian dan/atau Keputusan Direktur.

Pasal 94

- (1) Staf Medis PNS yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Non PNS atau Staf Medis Tamu sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan tenaganya masih dibutuhkan oleh Rumah Sakit.
- (2) Untuk dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Non PNS atau diangkat kembali sebagai Staf Medis Tamu, harus terlebih dahulu mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan tersebut.
- (3) Dalam pengambilan keputusan untuk menerima atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur meminta Komite Medik untuk melakukan kajian kompetensi calon staf medis melalui Subkomite Kredensial Staf Medis.
- (4) Selain Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Rumah sakit/ Direktur juga dapat mempekerjakan Staf Medis Spesialis Mandiri/ dari luar yang diikat dengan Perjanjian Kerja Sama/ Kontrak berdasarkan analisis kebutuhan yang dilakukan dengan membuat kajian terlebih dahulu oleh Komite Medik Sub Komite Kredensial.
- (5) Jangka waktu perjanjian kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (4) berdasarkan kesepakatan kedua belah pihak dengan mempertimbangkan efektivitas, efisien dan kemampuan keuangan.

- (6) Tata cara pelaksanaan Perjanjian Kerja Sama sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diatur dalam Peraturan Direktur sebagai pedoman dalam pengelolaan kerjasama di Rumah Sakit.

Pasal 95

Staf Medis diberhentikan dengan hormat karena :

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

Pasal 96

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

Paragraf 6

Penilaian Kinerja Staf Medis

Pasal 97

Penilaian kinerja Staf Medis dilakukan oleh Kepala Seksi Pelayanan Medis dan/atau atasan langsung yang disampaikan kepada Direktur merupakan rekomendasi bagi Direktur untuk mengambil kebijakan. Penilaian kinerja dilaksanakan setiap bulan.

Paragraf 7
Pembinaan dan Pengawasan
Pasal 98

- (1) Pembinaan dan pengawasan Staf Medis dilakukan oleh Direktur melalui Komite Medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan anggota Staf Medis dilakukan oleh Kepala Bidang Pelayanan melalui ketua Staf Medis dari masing-masing kelompok.

Paragraf 8
Sanksi
Pasal 99

- (1) Seluruh Staf Medis Rumah Sakit yang melakukan pelanggaran terhadap aturan perundang-undangan, aturan rumah sakit, klausul-klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (2) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. teguran lisan atau tertulis;
 - b. administrasi
 - c. penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - d. mengusulkan/ memberikan rekomendasi terhadap pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis PNS; atau
 - e. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Non PNS yang masih berada dalam masa kontrak.
- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Medik dalam hal ini Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.
- (4) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan disampaikan kepada SMF yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (5) Dalam hal SMF tidak dapat menerima sanksi maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis

kepada Direktur dalam waktu 15 (lima belas) hari kalender sejak diterimanya Keputusan.

- (6) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari kalender sejak diterimanya Surat Sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

Bagian Kedua

Komite Medik

Paragraf 1

Pembentukan

Pasal 100

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural di rumah sakit yang dibentuk dengan Keputusan Direktur. Perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan Staf Medis.
- (3) Komite Medik berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur, meliputi hal-hal yang berkaitan dengan :
 - a. mutu pelayanan medis;
 - b. pembinaan etik kedokteran; dan
 - c. pengembangan profesi medis.
- (4) Komite Medik mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (5) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan bagi Komite Medik untuk melaksanakan fungsinya.

Paragraf 2
Susunan, Fungsi, Tugas dan Kewenangan
Pasal 101

Susunan Organisasi Komite medik terdiri dari:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Subkomite.

Pasal 102

- (1) Ketua komite medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 huruf a, ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (2) Sekretaris komite medik dan ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (3) Keanggotaan komite medis ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit.
- (5) Dalam hal diperlukan Wakil Ketua Komite Medik, maka Wakil Ketua Komite Medik diusulkan oleh Ketua Komite Medik dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.

Pasal 103

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

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

Pasal 104

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite medik berwenang:

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

Pasal 105

- (1) Organisasi Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 103 ayat (2) huruf a sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Sub Komite Kredensial Staf Medis memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. penyusunan dan pengkomplikasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - 1. kompetensi;
 - 2. kesehatan fisik dan mental;
 - 3. perilaku etika profesi.
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian;
 - c. evaluasi data pendidikan professional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang memenuhi syarat;
 - 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 medis; dan;
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (4) Kredensial dilakukan oleh Sub Komite Kredensial yang terdiri dari staf medis dan tenaga professional diluar rumah sakit (mitra bestari), dalam hal rumah sakit tidak dapat menghadirkan mitra bestari maka kredensial dilaksanakan oleh staf medis yang ada di rumah sakit.

Pasal 106

- (1) Organisasi Subkomite Mutu Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 103 ayat (2) huruf b, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Mutu profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas memelihara mutu profesi staf medis.

- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) subkomite Mutu profesi Medis memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. Pelaksanaan audit medis;
 - b. Rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. Rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis Rumah Sakit tersebut ; dan
 - d. Rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
 - e. Pemantauan dan pengendalian mutu profesi dilakukan melalui :
 1. Pemantauan kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading*;
 2. Tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Pasal 107

- (1) Organisasi Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 103 ayat (2) huruf c, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Etik dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) subkomite etik dan disiplin profesi medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan

- d. pemberian nasehat/ pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf 3

Kredensial

Pasal 108

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

Pasal 109

- (1) Setelah seorang staf medis dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.

- (2) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang staf medis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Paragraf 4

Rekredensial

Pasal 110

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

Pasal 111

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

- (3) Mekanisme sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tertuang pada peraturan internal staf medis atau *medical staf by laws*.

Paragraf 5

Rapat-Rapat

Pasal 112

Rapat Komite Medik terdiri dari:

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

Pasal 113

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (2) Rapat Rutin bersama semua kelompok Staf Medis dan/atau dengan semua staf medis, dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (3) Rapat dipimpin oleh Ketua Medik atau Wakil Ketua dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu dari anggota yang hadir dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik tidak hadir.
- (4) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit $\frac{2}{3}$ (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.
- (5) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 114

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 huruf b diadakan apabila:
 - a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;

- b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik.
- (2) Rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.
- (3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 115

- (1) Rapat tahunan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 huruf c, diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 116

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 huruf b dan huruf c harus dihadiri oleh Direktur, Kepala Bidang Pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.

Pasal 117

- (1) Keputusan rapat Komite Medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.

Pasal 118

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

Paragraf 6

Panitia Adhoc

Pasal 119

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

Paragraf 7
Pembinaan dan Pengawasan
Pasal 120

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh badan-badan yang berwenang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) 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, pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

BAB V
TATA KELOLA STAF KEPERAWATAN
Bagian Kesatu
Umum
Pasal 121

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

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis
Pasal 122

- (1) Asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi kewenangan melalui proses kredensial kepada staf keperawatan berdasarkan kategori jenjang klinis keperawatan.
- (2) Staf Keperawatan dapat memperoleh pelimpahan tindakan medis tertentu dari Staf Medis Fungsional berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.
- (3) Jenjang klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Jenjang pra perawat klinik;
 - b. Jenjang perawat klinik I;
 - c. Jenjang perawat klinik II;
 - d. Jenjang perawat klinik III;
 - e. Jenjang perawat klinik IV;
 - f. Jenjang perawat klinik V.
- (4) Selain jenjang klinis keperawatan, terdapat juga jenjang klinis kebidanan yang terdiri dari:
 - a. Kewenangan bidan klinis 1;
 - b. Kewenangan bidan klinis 2;
 - c. Kewenangan bidan klinis 3.
- (5) Dalam keadaan tertentu kewenangan klinis dapat diberikan kepada staf keperawatan dengan melihat kondisi yang meliputi:
 - a. kewenangan klinis sementara;
 - b. kewenangan klinis dalam keadaan darurat;
 - c. kewenangan klinis bersyarat;
- (6) Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) dijabarkan dalam buku putih.
- (7) Buku Putih sebagaimana dimaksud pada ayat (5) disusun oleh Panitia *Adhoc* yang dibentuk oleh komite keperawatan, dalam keadaan tertentu dapat melibatkan mitra bestari.

Pasal 123

- (1) Untuk mendapatkan kewenangan klinis, staf keperawatan mengajukan secara tertulis kepada Ketua Komite Keperawatan dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan, dan selanjutnya Komite Keperawatan akan melakukan proses kredensial.
- (2) Komite keperawatan menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf keperawatan sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf keperawatan.
- (3) Rekomendasi Subkomite Kredensial dapat berupa :
 - a. rekomendasi pemberian kewenangan klinis;
 - b. tidak diberi rekomendasi;
 - c. rekomendasi dengan syarat.
- (4) Subkomite Kredensial membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan ke Direktur.
- (5) Komite Keperawatan memberikan rekomendasi kewenangan klinis terhadap staf keperawatan untuk memperoleh Surat Penugasan Klinis dari Direktur.

Bagian Ketiga

Penugasan Klinis

Pasal 124

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

Bagian Keempat

Sanksi

Pasal 125

- (1) Seluruh Staf Keperawatan Rumah Sakit yang melakukan pelanggaran terhadap aturan perundang-undangan, aturan rumah sakit, klausul-klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (2) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. teguran lisan atau tertulis;
 - b. administrasi;
 - c. penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - d. mengusulkan/ memberikan rekomendasi untuk dilakukan pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Keperawatan PNS; atau
 - e. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Keperawatan Non PNS yang masih berada dalam masa kontrak saja.
- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Keperawatan dalam hal ini Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Keperawatan dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.
- (4) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan disampaikan kepada staf keperawatan yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Keperawatan.
- (5) Dalam hal staf keperawatan tidak dapat menerima sanksi maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis kepada Direktur dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan.
- (6) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

Bagian Kelima
Komite Keperawatan
Paragraf 1
Pembentukan
Pasal 126

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

Paragraf 2
Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan
Pasal 127

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. ketua;
 - b. sekretaris;
 - c. subkomite.
- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (3) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (4) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari :
 - a. subkomite kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (5) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.

- (6) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (7) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 128

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Direktur melalui Ketua Komite Keperawatan;
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesiol berkelanjutan kepada tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

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

Pasal 129

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang :

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

Paragraf 3

Kredensial

Pasal 130

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

Pasal 131

- (1) Setelah seorang Staf Keperawatan dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (2) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang tenaga keperawatan tidak

diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Paragraf 4

Rekredensial

Pasal 132

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

Paragraf 5

Rapat-Rapat

Pasal 133

Rapat Komite Keperawatan terdiri dari:

- a. Rapat Komite; dan

- b. Rapat dengan Tim Komite PPI.

Pasal 134

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 133 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua anggota komite Keperawatan yang dilakukan 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
- (2) Rapat dengan Tim Komite PPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 133 huruf b adalah rapat yang dilakukan oleh IPCN dengan IPCLN atau dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 135

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

Pasal 136

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

Paragraf 6
Panitia Adhoc
Pasal 137

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

Paragraf 7
Pembinaan dan Pengawasan
Pasal 138

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

Pasal 139

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 138 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Keperawatan dalam rangka menjamin mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan

- c. monitoring dan evaluasi.

BAB VI

TATA KELOLA STAF TENAGA KESEHATAN LAINNYA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 140

- (1) Maksud dibuatnya Tata Kelola Staf Kesehatan Lainnya agar Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat menyelenggarakan tata kelola yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi di Rumah Sakit
- (2) Tenaga kesehatan lain yang dimaksud dalam keputusan ini terdiri dari beberapa profesi tenaga kesehatan (Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Gizi, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Fisioterapi, Okupasi Terapi, Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknisi Pelayanan Darah, Terapis Gigi dan Mulut, Refraksionis Optisien/ Optometris, Radiografer, Elektromedik, Pembimbing Kesehatan Kerja, Radioterapis, Fisikawan Medis, Ortotik Prostetik dan lainnya).

Bagian Kedua

Kewenangan Klinis

Pasal 141

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

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

Bagian Ketiga
Penugasan Klinis
Pasal 142

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

Bagian Keempat
Sanksi
Pasal 143

- (1) Seluruh Staf Kesehatan Lainnya di Rumah Sakit yang melakukan pelanggaran terhadap aturan perundang-undangan, aturan rumah sakit, klausul-klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (2) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. teguran lisan atau tertulis;
 - b. administrasi;
 - c. penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - d. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Kesehatan Lainnya PNS; atau
 - e. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Kesehatan Lainnya Non PNS yang masih berada dalam masa kontrak saja.

- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dalam hal ini Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Keperawatan dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.
- (4) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Kesehatan Lainnya yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (5) Dalam hal Staf Kesehatan Lainnya tidak dapat menerima sanksi maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis kepada Direktur dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan.
- (6) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

Bagian Kelima

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Paragraf 1

Pembentukan

Pasal 144

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Gizi, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Fisioterapi, Okupasi Terapi, Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknisi Pelayanan Darah, Terapis Gigi dan Mulut, Refraksionis Optisien/ Optometris, Radiografer, Elektromedik, Pembimbing Kesehatan Kerja, Radioterapis, Fisikawan Medis, dan Ortotik Prostetik.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lainnya.

Paragraf 2
Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan
Pasal 145

- (1) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Subkomite.
- (2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (3) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan memperhatikan masukan dari tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di Rumah Sakit.
- (4) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari :
 - a. subkomite kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (5) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lainnya.
- (6) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b bertugas melakukan audit tenaga kesehatan lainnya dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lainnya.
- (7) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

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

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

Pasal 147

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berwenang :

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

Paragraf 3

Kredensial

Pasal 148

- (1) Rekomendasi dari Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan melalui proses Kredensial.
- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur rumah sakit kepada tenaga kesehatan lainnya untuk melakukan kompetensi masing-masing profesi dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu.
- (3) Proses Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Kesehatan Lainnya.
- (4) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf tenaga kesehatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (5) Tujuan dilakukan Kredensial adalah :
 - a. Memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga kesehatan lainnya;
 - b. Melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga kesehatan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas;
 - c. Pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga kesehatan lainnya yang berada di semua level pelayanan.
- (6) Setelah seorang Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (7) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang tenaga kesehatan lainnya

tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Paragraf 4

Rekredensial

Pasal 149

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

Paragraf 5
Rapat-Rapat
Pasal 150

Rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari:

- a. Rapat Komite; dan
- b. Rapat Anggota Komite;

Pasal 151

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 150 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua Staf komite yang dilakukan 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
- (2) Rapat Anggota Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 150 huruf b adalah rapat yang dilakukan dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 152

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

Pasal 153

- (1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat komite atau rapat anggota komite, sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.

- (2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Paragraf 6

Panitia Adhoc

Pasal 154

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat dibantu oleh Panitia *Adhoc*.
- (2) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (3) Panitia Adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga kesehatan lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Tenaga kesehatan lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah sakit lain, organisasi profesi masing-masing tenaga kesehatan, dan/atau institusi pendidikan tenaga kesehatan sesuai dengan profesi masing-masing.

Paragraf 7

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 155

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

Pasal 156

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 155 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dalam rangka menjamin mutu pelayanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.

- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

BAB VII

PENGELOLAAN

RUMAH SAKIT SEBAGAI UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 157

- (1) Dalam menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
- (2) Otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perencanaan, penganggaran, penatausahaan, pelaksanaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah.
- (3) Dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur bertanggungjawab kepada Kepala Dinas melalui penyampaian laporan keuangan, laporan pengelolaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit.
- (4) Menyampaikan laporan keuangan, laporan penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

Bagian Kedua
Pengelolaan Keuangan
Paragraf 1

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

Pasal 158

- (1) Otonomi dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 157 ayat (1) meliputi perencanaan, penganggaran, penatausahaan, pelaksanaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan.
- (2) Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab atas pelaksanaan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan Rumah Sakit.

Pasal 159

- (1) Direktur Rumah Sakit dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 158 ayat (1) bertanggungjawab secara administratif/ dalam bentuk laporan kepada Kepala Dinas.
- (2) Direktur Rumah Sakit dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 158 ayat (1) bertanggungjawab secara substantif kepada Bupati melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
- (3) Dalam penyampaian laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur melakukan penyusunan laporan keuangan yang merupakan bagian dari laporan kinerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disajikan sebagai lampiran laporan keuangan dinas .
- (5) Tata cara dan format penyusunan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Pasal 160

- (1) Dalam melaksanakan otonomi pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 158 ayat (1), Direktur ditetapkan selaku Kuasa Pengguna Anggaran sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (2) Kepala Dinas Kesehatan selaku Pengguna Anggaran melimpahkan kewenangannya atas pengelolaan keuangan rumah sakit kepada Direktur selaku Kuasa Pengguna Anggaran.
- (3) Selain selaku Kuasa Pengguna Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur Rumah Sakit memiliki tugas dan kewenangan:
 - a. menyusun Rencana Kerja dan Anggaran;
 - b. menyusun Dokumen Pelaksanaan Anggaran;
 - c. menandatangani Surat Perintah Membayar;
 - d. mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - e. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
 - f. menetapkan pejabat pembuat komitmen;
 - g. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan dan pejabat penatausahaan keuangan; dan
 - h. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah;
 - i. mengusulkan Kuasa Pengguna Anggaran, Bendahara Pengeluaran, Bendahara Penerimaan dan Bendahara Pengeluaran Pembantu kepada Bupati.
- (4) RKA dan RBA serta DPA sebagaimana yang dimaksud pada ayat (3) huruf a dan huruf b disampaikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah untuk diverifikasi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (5) Direktur menandatangani Surat Perintah Membayar sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c meliputi Uang Persediaan, Ganti Uang, Ganti Uang Persediaan, Tambahan Uang Persediaan, Lumsum.

- (6) Direktur mengelola utang dan piutang Daerah yang menjadi tanggungjawabnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d yang merupakan konsekwensi dari pelaksanaan DPA.

Pasal 161

- (1) Rencana Kegiatan dan Anggaran Rumah Sakit merupakan lampiran dari Rencana Kegiatan dan Anggaran Dinas.
- (2) Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit merupakan lampiran dari Dokumen Pelaksanaan Anggaran Dinas.
- (3) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 160 ayat (1) Direktur melaksanakan belanja sesuai Dokumen Pelaksanaan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 160 ayat (3) huruf b sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Rumah Sakit juga melaksanakan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan.

Pasal 162

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

Pasal 163

- (1) Pagu Anggaran belanja Rumah Sakit dalam RKA Dinas Kesehatan yang sumber dananya berasal dari pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 162 ayat (2) dan surplus anggaran Rumah Sakit dirinci dalam satu

program, satu kegiatan, satu out put dan jenis belanjanya untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan.

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

Pasal 164

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

Paragraf 2

Prinsip Pengelolaan Keuangan

Pasal 165

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berazaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Dalam rangka penerapan prinsip dan azas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan Sistem Akuntansi berbasis Standar Akuntansi Pemerintahan.

Paragraf 3

Fleksibilitas

Pasal 166

- (1) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 165 ayat (1) Rumah Sakit dengan status BLUD memperoleh fleksibilitas berupa:
 - a. pengelolaan pendapatan dan belanja;
 - b. pengelolaan kas;

- c. pengelolaan utang;
 - d. pengelolaan piutang;
 - e. pengelolaan investasi;
 - f. pengelolaan barang dan/atau jasa;
 - g. pengadaan barang/jasa;
 - h. penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban;
 - i. pengelolaan surplus dan defisit;
 - j. kerjasama dengan pihak lain;
 - k. mempekerjakan tenaga Non Aparatur Sipil Negara;
 - l. pengelolaan dana secara langsung; dan
 - m. perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan Peraturan Bupati yang mengatur tentang fleksibilitas.

Paragraf 4

Tarif Layanan

Pasal 167

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

Pasal 168

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

Pasal 169

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

Paragraf 5

Struktur Anggaran Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 170

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

Pasal 171

- (1) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (2) huruf a berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (2) huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain.
- (3) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (2), digunakan sesuai dengan tujuan pemberian hibah, sesuai dengan peruntukannya yang selaras dengan tujuan BLUD sebagaimana tercantum dalam naskah perjanjian hibah.
- (4) Pendapatan BLUD yang bersumber dari Hasil kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (2) huruf c dapat berupa hasil yang diperoleh dari kerja sama BLUD.
- (5) Pendapatan BLUD yang bersumber dari APBD dan APBN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (2) huruf d berupa pendapatan yang berasal dari DPA APBD dan APBN.
- (6) Lain-lain pendapatan BLUD yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (2) huruf e, meliputi:
 - a. jasa giro;
 - b. pendapatan bunga;
 - c. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - d. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/ atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD;
 - e. investasi; dan
 - f. pengembangan usaha.

Pasal 172

- (1) Pengembangan usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 171 ayat (6) huruf f dilakukan melalui pembentukan unit usaha untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat.
- (2) Unit usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari BLUD yang bertugas melakukan pengembangan layanan dan mengoptimalkan sumber pendanaan untuk mendukung kegiatan BLUD.

Pasal 173

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (2) huruf a sampai dengan huruf e dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran BLUD sesuai RBA, kecuali yang berasal dari hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (2) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui Rekening Kas BLUD.
- (3) Seluruh pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (2) dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan rumah sakit.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Pasal 174

- (1) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (1) huruf b terdiri atas:
 - a. belanja operasi; dan
 - b. belanja modal.
- (2) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mencakup seluruh belanja BLUD untuk menjalankan tugas dan fungsi.

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

Pasal 175

- (1) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. penerimaan pembiayaan; dan
 - b. pengeluaran pembiayaan.
- (2) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun anggaran berikutnya.

Pasal 176

- (1) Penerimaan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 175 ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya;
 - b. divestasi; dan
 - c. penerimaan utang/pinjaman.
- (2) Pengeluaran pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 175 ayat (1) huruf b meliputi:
 - a. investasi; dan
 - b. pembayaran pokok utang/pinjaman.

Paragraf 6

Perencanaan Dan Penganggaran Badan Layanan Umum Daerah Pasal 177

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

Pasal 178

Renstra BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 177 ayat (1), dipergunakan sebagai dasar penyusunan RBA dan Evaluasi kinerja.

Pasal 179

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

Pasal 180

- (1) Direktur wajib menyusun Rencana Strategis Rumah Sakit dan Rencana Strategis BLUD setiap 5 (lima) tahun sekali.
- (2) Rencana Strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten.
- (3) Sebelum ditetapkan oleh Bupati, Rancangan Rencana Strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Dewan Pengawas, untuk mendapat persetujuan.
- (4) Rumah sakit yang menerapkan BLUD menyusun RBA mengacu pada Renstra.
- (5) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan:
 - a. anggaran berbasis kinerja;
 - b. standar satuan harga; dan
 - c. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya, APBD, dan sumber pendapatan BLUD lainnya.
- (6) Anggaran berbasis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a merupakan analisis kegiatan yang berorientasi pada pencapaian output dengan penggunaan sumber daya secara efisien.

- (7) Standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf b merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa yang berlaku di suatu daerah.
- (8) BLUD menyusun standar satuan harga yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (9) Dalam hal BLUD belum menyusun standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (9), BLUD menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan oleh Keputusan Bupati.
- (10) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf c merupakan pagu belanja yang dirinci menurut belanja operasi dan belanja modal.

Pasal 181

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 179, meliputi:
 - a. ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - b. rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - c. perkiraan harga;
 - d. besaran persentase ambang batas; dan
 - e. perkiraan maju atau *forward estimate*.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu presentase ambang batas tertentu.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disertai dengan standar pelayanan minimal.

Pasal 182

- (1) Ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 181 ayat (1) huruf a merupakan ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) Rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 181 ayat (1) huruf b. merupakan rencana anggaran untuk seluruh kegiatan tahunan yang dinyatakan dalam satuan uang yang

tercermin dari rencana pendapatan, belanja dan pembiayaan.

- (3) Perkiraan harga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 181 ayat (1) huruf c, merupakan estimasi harga jual produk barang dan/atau jasa setelah memperhitungkan biaya per satuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari Tarif Layanan.
- (4) Besaran persentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 181 ayat (1) huruf d, merupakan besaran persentase perubahan anggaran bersumber dari pendapatan operasional yang diperkenankan dan ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional BLUD.
- (5) Perkiraan maju sebagaimana dimaksud dalam Pasal 181 ayat (1) huruf e, merupakan perhitungan kebutuhan dana untuk tahun anggaran berikutnya dari tahun yang direncanakan guna memastikan kesinambungan program dan kegiatan yang telah disetujui dan menjadi dasar penyusunan anggaran tahun berikutnya.

Pasal 183

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e diintegrasikan/ dikonsolidasikan ke dalam RKA Dinas pada akun pendapatan daerah pada kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan dari BLUD.
- (2) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 174 ayat (1) huruf b yang sumber dananya berasal dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e dan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD, diintegrasikan/ dikonsolidasikan ke dalam RKA Dinas pada akun belanja daerah yang selanjutnya dirinci dalam I (satu) program, I (satu) kegiatan, I (satu) output dan jenis belanja.
- (3) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dialokasikan untuk membiayai program peningkatan

pelayanan serta kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan.

- (4) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 175 ayat (1) diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA Dinas selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan pada akun pembiayaan pada Satuan Kerja Pengelolaan Keuangan Daerah selaku Bendahara Umum Daerah.
- (5) BLUD dapat melakukan pergeseran rincian belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), sepanjang tidak melebihi pagu anggaran dalam jenis belanja pada DPA untuk selanjutnya disampaikan kepada PPKD.
- (6) Rincian belanja dicantumkan dalam RBA.

Pasal 184

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 181 ayat (1) diintegrasikan/dikonsolidasikan dan merupakan kesatuan dari RKA.
- (2) RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan rancangan peraturan daerah tentang APBD.

Pasal 185

- (1) PPKD menyampaikan RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 184 ayat (2) kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah untuk dilakukan penelaahan.
- (2) Hasil penelaahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain digunakan sebagai dasar pertimbangan alokasi dana APBD untuk BLUD.

Pasal 186

- (1) Tim Anggaran Pemerintah Daerah menyampaikan kembali RKA beserta RBA yang telah dilakukan penelaahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 185 ayat (1) kepada PPKD untuk dicantumkan dalam rancangan peraturan daerah tentang APBD yang selanjutnya ditetapkan menjadi Peraturan Daerah tentang APBD.

- (2) Tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan RBA mengikuti tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan APBD.

Paragraf 7

Pelaksanaan Anggaran

Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 187

Rumah Sakit menyusun DPA berdasarkan peraturan daerah tentang APBD untuk diajukan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.

Pasal 188

- (1) DPA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) PPKD mengesahkan DPA sebagai dasar pelaksanaan anggaran BLUD.

Pasal 189

- (1) DPA yang telah disahkan oleh PPKD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 188 ayat (2) menjadi dasar pelaksanaan anggaran yang bersumber dari APBD.
- (2) Pelaksanaan anggaran yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk belanja pegawai, belanja modal dan belanja barang dan/atau jasa yang mekanismenya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pelaksanaan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan secara berkala sesuai dengan kebutuhan yang telah ditetapkan, dengan memperhatikan anggaran kas dalam DPA, dan memperhitungkan:
 - a. jumlah kas yang tersedia;
 - b. proyeksi pendapatan; dan
 - c. proyeksi pengeluaran.
- (4) Pelaksanaan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dengan melampirkan RBA.

Pasal 190

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

Pasal 191

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

Pasal 192

- (1) Untuk pengelolaan kas rumah sakit, direktur membuka rekening kas BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Rekening kas rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk menampung penerimaan dan pengeluaran kas yang dananya bersumber dari pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c dan huruf e.

Pasal 193

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

Pasal 194

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

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

Paragraf 8

Pengelolaan Belanja Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 195

- (1) Pengelolaan belanja rumah sakit diberikan Fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan belanja yang disesuaikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA dan DPA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilaksanakan terhadap belanja rumah sakit yang bersumber dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, huruf e, dan hibah tidak terikat.

- (4) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan besaran persentase realisasi belanja yang diperkenankan melampaui anggaran dalam RBA dan DPA.
- (5) Dalam hal belanja BLUD melampaui ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), terlebih dahulu mendapat persetujuan Bupati.
- (6) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, BLUD mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada PPKD.

Pasal 196

- (1) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 195 ayat (4) dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal kas.
- (2) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhitungkan fluktuasi kegiatan operasional, meliputi:
 - a. kecenderungan/tren selisih anggaran pendapatan BLUD selain APBD tahun berjalan dengan realisasi 2 (dua) tahun anggaran sebelumnya; dan
 - b. kecenderungan/tren selisih pendapatan BLUD selain APBD dengan prognosis tahun anggaran berjalan.
- (3) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dicantumkan dalam RBA dan DPA.
- (4) Pencantuman ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa catatan yang memberikan informasi besaran presentase ambang batas.
- (5) Pesentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (6) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), digunakan apabila pendapatan BLUD sebagaimana Pasal 170 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c. dan huruf e diprediksi melebihi target pendapatan yang telah ditetapkan RBA dan DPA tahun yang dianggarkan.

Paragraf 9
Piutang Dan Utang/Pinjaman
Badan Layanan Umum Daerah
Pasal 197

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

Pasal 198

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

Pasal 199

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

Pasal 200

- (1) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 199 ayat (2) merupakan utang/pinjaman yang memberikan manfaat kurang dari 1 (satu) tahun yang timbul karena kegiatan operasional dan/atau yang diperoleh dengan tujuan untuk menutup selisih antara jumlah kas yang tersedia ditambah proyeksi jumlah

penerimaan kas dengan proyeksi jumlah pengeluaran kas dalam 1 (satu) tahun anggaran.

- (2) Pembayaran utang/ pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang harus dilunasi dalam tahun anggaran berkenaan.
- (3) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dalam bentuk perjanjian utang/ pinjaman yang ditandatangani oleh Direktur dan pemberi utang/ pinjaman.
- (4) Pembayaran kembali utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah melalui rumah sakit.
- (5) Mekanisme pengajuan utang/ pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan Peraturan Bupati yang mengatur tentang mekanisme pengajuan utang/ pinjaman.

Pasal 201

- (1) Utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana, dimaksud dalam Pasal 199 ayat (2) merupakan utang/pinjaman yang memberikan manfaat lebih dari 1 (satu) tahun anggaran dengan masa pembayaran kembali atas utang/pinjaman tersebut lebih dari 1 (satu) tahun anggaran.
- (2) Utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya untuk pengeluaran belanja modal.
- (3) Pembayaran utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang meliputi pokok utang/pinjaman, bunga dan biaya lain yang harus dilunasi pada tahun anggaran berikutnya sesuai dengan persyaratan perjanjian utang/pinjaman yang bersangkutan.
- (4) Mekanisme pengajuan utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 10

Investasi

Pasal 202

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

Pasal 203

- (1) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 202 ayat (2) merupakan investasi yang dapat segera dicairkan dan dimaksudkan untuk dimiliki selama 12 (dua belas) bulan atau kurang.
- (2) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan mengoptimalkan surplus kas jangka pendek dengan memperhaiikan rencana pengeluaran.
- (3) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. deposito pada bank umum dengan jangka waktu 3 (tiga) sampai dengan 12 (dua belas) bulan dan/atau yang dapat diperpanjang secara otomatis;
 - b. surat berharga negara jangka pendek; dan
 - c. lain-lain investasi yang memenuhi kriteria investasi jangka pendek.
- (4) Karakteristik investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
 - a. dapat segera diperjualbelikan, dicairkan;
 - b. ditujukan untuk manajemen kas; dan
 - c. instrumen keuangan dengan risiko rendah.

Pasal 204

Pengelolaan investasi rumah sakit dengan status BLUD diatur dengan Peraturan Bupati.

Paragraf 11

Sisa Lebih Perhitungan Anggaran

Pasal 205

- (1) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD merupakan selisih lebih antara realisasi penerimaan dan pengeluaran BLUD selama 1 (satu) tahun anggaran.
- (2) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihitung berdasarkan laporan realisasi anggaran pada I (satu) periode anggaran.
- (3) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat digunakan dalam tahun anggaran berikutnya, kecuali atas perintah Bupati berdasarkan terjadinya kesulitan likuiditas keuangan daerah yang dibuat oleh PPKD dan disetorkan sebagian atau seluruhnya ke kas daerah dengan mempertimbangkan posisi likuiditas dan rencana pengeluaran BLUD.
- (4) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan likuiditas.
- (5) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang digunakan untuk membiayai program dan kegiatan harus melalui mekanisme APBD, dicatatkan pada saat pelaksanaan APBD Perubahan.
- (6) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (5) apabila dalam kondisi mendesak dapat dilaksanakan mendahului APBD perubahan.
- (7) Kriteria kondisi mendesak sebagaimana dimaksud pada ayat (6) mencakup:

- a. program dan kegiatan pelayanan dasar masyarakat yang anggarannya belum tersedia dan/atau belum cukup anggarannya pada tahun anggaran berjalan;
- b. keperluan mendesak lainnya yang apabila ditunda akan menimbulkan kerugian yang lebih besar bagi pemerintah daerah dan masyarakat.

Pasal 206

Pengelolaan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD sesuai dengan Peraturan Bupati yang mengatur tentang pengelolaan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD.

Paragraf 12

Defisit Anggaran

Pasal 207

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

Paragraf 13

Penyelesaian Kerugian

Pasal 208

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

Paragraf 14
Pertanggungjawaban Keuangan
Pasal 209

- (1) BLUD menyelenggarakan akuntansi dan menyusun laporan keuangan.
- (2) Dalam rangka akuntabilitas keuangan laporan keuangan BLUD sebelum dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal dilakukan Reviu oleh Satuan Pengendali Internal.
- (3) BLUD menyelenggarakan akuntansi, menyusun laporan keuangan dan pertanggungjawaban keuangan wajib dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal.

Pasal 210

- (1) BLUD menyusun pelaporan dan pertanggungjawaban berupa laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. laporan realisasi anggaran;
 - b. laporan perubahan saldo anggaran lebih;
 - c. neraca;
 - d. laporan operasional;
 - e. laporan arus kas;
 - f. laporan perubahan ekuitas; dan
 - g. catatan atas laporan keuangan.
- (3) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disusun berdasarkan standar akuntansi pemerintahan.
- (4) Dalam hal standar akuntansi pemerintahan tidak mengatur jenis usaha BLUD, BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi.
- (5) BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) yang sesuai dengan Peraturan Bupati mengenai kebijakan akuntansi.
- (6) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil atau keluaran BLUD.

- (7) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 211

- (1) Rumah sakit menyusun laporan keuangan semesteran dan tahunan.
- (2) Laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan laporan kinerja paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir, setelah dilakukan reviu oleh OPD yang membidangi pengawasan di pemerintah daerah.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaporkan oleh BLUD kepada PPKD dan diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan Dinas, untuk selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah.
- (4) Hasil reviu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesatuan dari laporan keuangan BLUD tahunan.

Paragraf 15

Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 212

- (1) Rumah Sakit menyelenggarakan akuntansi dan menyusun laporan keuangan.
- (2) Dalam rangka akuntabilitas keuangan laporan keuangan Rumah Sakit sebelum dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal dilakukan Reviu oleh Satuan Pengendali Internal.

Bagian Ketiga

Pengelolaan Barang Milik Daerah

Pasal 213

- (1) Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan Barang Milik Daerah.

- (2) Otonomi dalam pengelolaan Barang Milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban penggunaan dan penatausahaan Barang Milik Daerah.
- (3) Rumah Sakit berwenang dan bertanggungjawab dalam pengelolaan Barang Milik Daerah dan merupakan keseluruhan kegiatan yang meliputi perencanaan kebutuhan dan penganggaran, pengadaan, penggunaan, pemanfaatan, pengamanan dan pemeliharaan, penilaian, penatausahaan dan pengendalian dalam rangka melaksanakan tugas dan fungsi Rumah Sakit dalam lingkup Barang Milik Daerah yang ada dalam penguasaannya.
- (4) Direktur mempunyai wewenang dan bertanggungjawab dalam pelaksanaan penggunaan dan penatausahaan Barang Milik Daerah meliputi:
 - a. mengajukan rencana kebutuhan dan penganggaran barang milik daerah bagi Rumah Sakit yang dipimpinnya;
 - b. mengajukan permohonan penetapan status penggunaan barang yang diperoleh dari beban APBD dan perolehan lainnya yang sah;
 - c. melakukan pencatatan dan inventarisasi barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;
 - d. menggunakan barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya untuk kepentingan penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit yang dipimpinnya;
 - e. mengamankan dan memelihara barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;
 - f. mengajukan usul pemanfaatan dan pemindahan tanganan barang milik daerah berupa tanah dan/atau bangunan yang tidak memerlukan persetujuan DPRD dan barang milik daerah selain tanah dan/atau bangunan;
 - g. menyerahkan barang milik daerah berupa tanah dan/atau bangunan yang tidak digunakan untuk kepentingan penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah yang dipimpinnya dan sedang tidak dimanfaatkan pihak lain, kepada Bupati melalui

Pengelola Barang;

- h. mengajukan usul pemusnahan dan penghapusan barang milik daerah;
- i. melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian atas penggunaan barang milik daerah yang ada dalam penguasaannya;
- j. menyusun dan menyampaikan laporan barang pengguna semesteran dan laporan barang pengguna tahunan yang berada dalam penguasaannya kepada Pengelola Barang; dan
- k. Hasil pemanfaatan barang milik daerah merupakan pendapatan Rumah Sakit BLUD.

Bagian Keempat

Pengelolaan Kepegawaian

Paragraf 1

Umum

Pasal 214

- (1) Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan bidang kepegawaian.
- (2) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian pegawai yang berasal dari Aparatur Sipil Negara kepada pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (3) Direktur memiliki kewenangan dalam menyelenggarakan pembinaan pegawai yang berasal dari ASN dalam pelaksanaan tugas dan fungsi dalam jabatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (4) Direktur memiliki kewenangan dalam pengelolaan dan pembinaan pegawai di lingkungan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (5) Direktur menetapkan pola penempatan dan rotasi pegawai di lingkungan rumah sakit dalam bentuk kebijakan.

Paragraf 2
Klasifikasi Pegawai Non ASN
Pasal 215

Pegawai Rumah Sakit terdiri dari ASN dan Tenaga Non PNS BLUD;

Pasal 216

Kedudukan, Hak dan Kewajiban Pegawai Rumah Sakit yang berasal dari ASN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 215 sesuai dengan ketentuan Peraturan yang berlaku.

Pasal 217

- (1) Tenaga Non PNS BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 215 berkedudukan sebagai pegawai pada Rumah Sakit.
- (2) Tenaga Non PNS BLUD terdiri atas :
 - a. Tenaga Kerja Kontrak;
 - b. Tenaga Kerja Sukarela.
- (3) Kedudukan, hak dan kewajiban Tenaga Non PNS BLUD Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Paragraf 3
Pengadaan Tenaga Non PNS BLUD
Pasal 218

- (1) Pengadaan Tenaga Non PNS BLUD didasarkan pada formasi kebutuhan yang disusun berdasar :
 - a. uraian dan peta jabatan/analisa beban kerja;
 - b. jenis pekerjaan;
 - c. kompetensi pendidikan; dan
 - d. kemampuan keuangan BLUD;
- (2) Formasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh pimpinan BLUD dan dilaporkan terlebih dahulu kepada Bupati untuk mendapatkan persetujuan.

- (3) Untuk melaksanakan pengadaan Tenaga Non PNS BLUD, Direktur membentuk Tim Pengadaan Tenaga Non PNS BLUD.
- (4) Susunan Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
 - a. Pembina;
 - b. Penanggungjawab;
 - c. Ketua;
 - d. Wakil Ketua;
 - e. Sekretaris;
 - f. Anggota.
- (5) Tim Pengadaan Tenaga Non PNS BLUD Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mempunyai tugas :
 - a. menyampaikan pengumuman penerimaan calon Tenaga Non PNS BLUD;
 - b. melakukan tahapan pelaksanaan ujian penyaringan penerimaan Tenaga Non PNS BLUD yang terdiri dari seleksi administrasi, ujian tertulis, ujian praktek sesuai dengan kompetensinya dan wawancara;
 - c. memeriksa dan mengusulkan hasil tes Tenaga Non PNS BLUD dan melaporkan hasilnya kepada Direktur;
 - d. mengusulkan peserta tes yang lolos seleksi dan akan diterima menjadi calon Tenaga Non PNS BLUD berdasarkan persetujuan Direktur;
 - e. Ketua tim mengumumkan calon Tenaga Non PNS BLUD;
 - f. melakukan pemanggilan kepada Calon Tenaga Non PNS BLUD yang dinyatakan lulus semua tahapan tes;
 - g. melaporkan hasil seleksi Tenaga Non PNS BLUD kepada Bupati setelah diketahui oleh Direktur.
- (6) Ketentuan mengenai Persyaratan dan tata cara seleksi penerimaan Tenaga Non PNS BLUD selanjutnya diatur lebih lanjut dengan Peraturan Bupati lainnya.
- (7) Disamping dapat dilaksanakan oleh Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dapat juga dilaksanakan dengan kerjasama pihak ketiga.

Pasal 219

- (1) Pengadaan Tenaga Non PNS BLUD dilaksanakan melalui seleksi Penerimaan Tenaga Non PNS BLUD oleh Tim Pengadaan Tenaga Non PNS BLUD yang ditetapkan oleh Direktur dan/atau pihak ketiga yang ditunjuk.
- (2) Seleksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan cara tes tertulis, praktek dan wawancara dengan materi meliputi :
 - a. Seleksi Kompetensi Dasar;
 - b. Seleksi Kompetensi sesuai Bidang/pendidikan;
- (3) Selain materi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) rumah sakit dapat menambah materi seleksi sesuai dengan formasi yang ada (Kredensial bagi Tenaga Kesehatan).

Bagian Kelima

Pengangkatan Tenaga Non PNS BLUD

Pasal 220

- (1) Bagi Calon Tenaga Non PNS BLUD yang dinyatakan lulus tes selanjutnya diangkat menjadi Tenaga Non PNS BLUD.
- (2) Tenaga Non PNS BLUD sebagaimana dimaksud ayat (1) harus mengikuti orientasi.
- (3) Orientasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari :
 - a. Orientasi Umum selama 1 (satu) minggu;
 - b. Orientasi Khusus selama 3 (tiga) bulan.
- (4) Tenaga Non PNS BLUD sebagaimana pada ayat (1) selama melakukan orientasi akan dievaluasi oleh atasan langsung.
- (5) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terdiri dari :
 - a. Penilaian sasaran kerja pegawai;
 - b. Penilaian perilaku kerja pegawai yang meliputi :
 1. orientasi pelayanan;
 2. integritas;
 3. komitmen;
 4. disiplin;
 5. kerjasama.
- (6) Pengangkatan Tenaga Non PNS BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Perjanjian Kerja dan ditandatangani oleh Direktur.

- (7) Jangka waktu perjanjian kerja bagi Tenaga Non PNS BLUD maksimal adalah 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang lagi tahun berikutnya.

Bagian Keenam

Evaluasi Kinerja

Pasal 221

- (1) Pegawai Administrasi
- a. evaluasi awal dilakukan pada saat orientasi selama 3 (tiga) bulan oleh atasan langsung;
 - b. evaluasi kinerja bagi pegawai administrasi dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali yang tertuang didalam Sasaran Kerja Pegawai dan penilaian perilaku kerja pegawai;
 - c. evaluasi dilakukan berdasarkan kinerja individu dan kinerja mutu;
 - d. evaluasi dilakukan oleh Kepala Seksi dan Kepala Sub Bagian atas rekomendasi dari atasan langsung;
- (2) Pegawai Fungsional
- a. evaluasi kinerja bagi pegawai fungsional dilaksanakan setiap 1 (satu) tahun sekali tertuang didalam sasaran kerja pegawai (SKP) dan penilaian perilaku kerja pegawai (PKP);
 - b. evaluasi dilakukan berdasarkan kinerja individu dan kinerja mutu;
 - c. evaluasi terhadap kinerja dokter subspesialis, dokter spesialis, dokter spesialis konsultan, dokter umum, dokter gigi subspesialis, dokter gigi spesialis, dokter gigi dilakukan oleh Kepala Seksi dan diteruskan kepada Kepala Bidang Pelayanan;
 - d. evaluasi terhadap tenaga keperawatan, tenaga kebidanan dan tenaga kesehatan lainnya dinilai oleh Kepala Seksi sesuai dengan struktur organisasi dan diteruskan kepada Kepala Bidang masing-masing profesi.
 - e. evaluasi terhadap tenaga promosi kesehatan, surveilans epidemiologi dan screening dinilai oleh

Bidang Pelayanan sesuai dengan rekomendasi dari Kepala Seksi.

- (3) Tenaga Medis, Tenaga Keperawatan, Tenaga Kebidanan dan Tenaga Kesehatan Lainnya selain dilakukan evaluasi kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) akan dilakukan evaluasi terhadap praktek profesionalismenya yang dilaksanakan oleh komite dari masing-masing jabatan melalui subkomite kredensial masing-masing komite jabatan.
- (4) Evaluasi kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sekurang-kurangnya dilakukan 1 (satu) tahun sekali.
- (5) Praktek profesionalisme sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sekurang-kurangnya dilakukan 3 (tiga) tahun sekali melalui pelaksanaan re-kredensial.

Bagian Ketujuh

Hak, Kewajiban dan Larangan Pegawai Rumah Sakit

Paragraf 1

Hak

Pasal 222

- (1) Aparatur Sipil Negara berhak :
 - a. memperoleh jasa pelayanan dan insentif jaga sebagai imbalan jasa berdasarkan ketentuan yang berlaku;
 - b. menjadi anggota BPJS kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan;
 - c. mendapatkan cuti;
 - d. pengembangan kompetensi; dan
 - e. hak-hak lain yang ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Tenaga Kerja Kontrak berhak :
 - a. menerima honorarium tetap setiap bulan yang besarnya ditetapkan dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kemampuan rumah sakit;
 - b. memperoleh jasa pelayanan sebagai imbalan jasa berdasarkan ketentuan yang berlaku;
 - c. menjadi anggota BPJS kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan;
 - d. mendapatkan tunjangan hari tua dari BPJS Ketenagakerjaan;

- e. mendapatkan cuti;
 - f. pengembangan kompetensi;
 - g. hak-hak lain yang ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Tenaga Kerja Sukarela berhak :
- a. memperoleh jasa pelayanan dan insentif jaga sebagai imbalan jasa berdasarkan ketentuan yang berlaku;
 - b. menjadi anggota BPJS kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan;
 - c. mendapatkan cuti;
 - d. pengembangan kompetensi;
 - e. hak-hak lain yang ditetapkan oleh Direktur;

Pasal 223

Direktur dapat menaikkan honorarium Tenaga Kerja Kontrak sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.

Paragraf 2

Kewajiban

Pasal 224

Pegawai Rumah Sakit memiliki kewajiban untuk :

- a. setia dan taat sepenuhnya kepada Pancasila, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Negara Kesatuan Republik Indonesia dan Pemerintah yang sah;
- b. menjaga kesatuan dan persatuan bangsa;
- c. mentaati segala ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. melaksanakan kebijakan yang dirumuskan oleh pejabat Rumah Sakit;
- e. melaksanakan tugas kedinasan dengan penuh pengabdian, kejujuran, kesadaran, dan tanggungjawab di unit kerja yang ditempati;
- f. menunjukkan integritas dan keteladanan dalam sikap, perilaku, ucapan dan tindakan kepada setiap orang, baik di dalam maupun di luar kedinasan;
- g. menjunjung tinggi kehormatan negara, pemerintah dan martabat pegawai;

- h. mengutamakan kepentingan negara daripada kepentingan sendiri, seseorang dan/atau golongan;
- i. menjaga hubungan baik antar pegawai dan keharmonisan di lingkungan kerja;
- j. menjaga etika dalam bersosial media;
- k. memelihara dan/atau menjaga kerahasiaan, nama baik dan citra rumah sakit;
- l. memelihara dan/atau menjaga kerahasiaan pasien;
- m. bekerja dengan jujur, tertib dan cermat;
- n. melaporkan dengan segera kepada atasannya apabila mengetahui ada hal-hal yang dapat membahayakan atau merugikan negara, pemerintah dan rumah sakit terutama di bidang keamanan, keuangan dan materiil;
- o. masuk kerja dan mentaati ketentuan jam kerja;
- p. mencapai sasaran kerja pegawai yang ditetapkan;
- q. menggunakan dan memelihara barang-barang milik rumah sakit dengan sebaik-baiknya;
- r. memberikan pelayanan sebaik-baiknya kepada masyarakat menurut bidang tugasnya masing-masing;
- s. bertindak dan bersikap sopan serta adil dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat;
- t. berpakaian rapi dan sopan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di rumah sakit;
- u. mentaati peraturan kedisiplinan yang ditetapkan oleh Direktur;
- v. wajib bekerja di Rumah Sakit apabila telah selesai mengikuti Pendidikan dan Pelatihan yang diikuti dan dibiayai oleh Rumah Sakit minimal 5 (lima) tahun;
- w. mengembalikan dua kali seluruh biaya pendidikan dan pelatihan yang telah dikeluarkan oleh Rumah Sakit apabila mengundurkan diri sebelum batas waktu yang ditentukan pada huruf t Pasal ini;
- x. ikut berperan serta dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit;
- y. bersedia ditempatkan sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit oleh Tim Kepegawaian.

Paragraf 3

Larangan

Pasal 225

(1) Pegawai Rumah Sakit dilarang :

- a. menyalahgunakan wewenang yang telah diberikan;
- b. menjadi perantara untuk mendapatkan keuntungan pribadi dan/ atau orang lain dengan menggunakan kewenangan orang lain;
- c. tanpa izin pemerintah menjadi pegawai atau bekerja pada perusahaan asing, konsultan asing, atau lembaga swadaya masyarakat asing;
- d. memiliki, menjual, membeli, menggadaikan, menyewakan atau meminjamkan barang-barang baik bergerak atau tidak bergerak, dokumen atau surat berharga milik negara secara tidak sah;
- e. melakukan kegiatan bersama dengan atasan, teman sejawat, bawahan atau orang lain di dalam maupun di luar lingkungan kerjanya dengan tujuan untuk keuntungan pribadi, golongan atau pihak lain yang secara langsung atau tidak langsung merugikan rumah sakit;
- f. memberi atau menyanggupi akan memberikan sesuatu kepada siapapun baik secara langsung atau tidak langsung dan dengan dalih apapun untuk diangkat dalam jabatan;
- g. menerima hadiah atau suatu pemberian apa saja dari siapapun juga yang berhubungan dengan jabatan dan/atau pekerjaannya;
- h. melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan suatu tindakan yang dapat menghalangi atau mempersulit salah satu pihak yang dilayani sehingga mengakibatkan kerugian bagi yang dilayani;
- i. menghalangi berjalannya tugas kedinasan;
- j. melakukan tindakan asusila baik dilingkungan rumah sakit maupun di luar lingkungan rumah sakit;
- k. memberikan dukungan kepada calon Presiden/Wakil Presiden, Dewan Perwakilan Rakyat, Dewan

Perwakilan Rakyat Daerah dan calon Bupati/ Wakil Bupati dengan cara :

1. ikut serta sebagai pelaksana kampanye;
 2. menjadi peserta kampanye dengan menggunakan atribut partai;
 3. sebagai peserta kampanye dengan menggunakan fasilitas Rumah Sakit;
 4. membuat keputusan dan/atau tindakan yang menguntungkan atau merugikan salah satu pasangan calon selama masa kampanye;
 5. mengadakan kegiatan yang mengarah kepada keberpihakan terhadap pasangan calon yang menjadi peserta pemilu sebelum, selama, dan sesudah masa kampanye meliputi pertemuan, ajakan, himbauan, seruan, atau pemberian barang dalam lingkungan unit kerjanya, anggota keluarga dan masyarakat;
- l. memberikan pelayanan yang bersifat diskriminatif;
 - m. menjadi anggota dan/atau pengurus partai politik;
 - n. memberikan keterangan palsu atau dipalsukan;
 - o. menggunakan, memproduksi, mengedarkan, mengimpor, memiliki menyimpan dan/ atau membawa psikotropika dan narkotika serta bahan-bahan lain yang berbahaya;
 - p. melakukan perjudian dalam bentuk apapun yang dapat merusak moralitas
 - q. menganiaya dan/atau berkelahi, menghina secara kasar atau mengancam pimpinan dan/atau keluarganya, teman sekerja didalam dan/ atau di luar lingkungan kerja;
 - r. dengan sengaja atau ceroboh merusak, merugikan atau membiarkan dalam keadaan bahaya barang dan/atau fasilitas rumah sakit;
 - s. menyampaikan sesuatu hal yang mencemarkan nama baik RSUD Sultan Thaha Saifuddin baik menyangkut pegawai itu sendiri maupun pegawai rumah sakit lainnya pada media sosial.

Bagian Kedelapan

Penghargaan

Pasal 226

- (1) Aparatur Sipil Negara dan Tenaga Kerja Kontrak dapat memperoleh penghargaan berupa :
 - a. Uang atau barang yang setara dengan uang;
 - b. Piagam Penghargaan;
 - c. Pengangkatan dalam jabatan non struktural;
 - d. Pendidikan dan Pelatihan; dan/atau
 - e. Pemberian izin untuk mengikuti pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi dan menempatkan kembali sesuai dengan kompetensi baru.
- (2) Tenaga Kerja Sukarela dapat memperoleh penghargaan berupa :
 - a. Uang atau barang yang setara dengan uang;
 - b. Pendidikan dan Pelatihan; dan/atau
 - c. Piagam Penghargaan.
- (3) Pemberian penghargaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kesembilan

Cuti Pegawai Rumah Sakit

Pasal 227

- (1) Pegawai Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 222 berhak mendapatkan Cuti;
- (2) Pengaturan cuti pada ASN dan Tenaga Non PNS BLUD disesuaikan dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku.

Bagian Kesepuluh

Pembinaan Pegawai BLUD

Pasal 228

- (1) Pegawai BLUD yang tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 224 dan/ atau melakukan pelanggaran terhadap larangan sebagaimana

dimaksud dalam Pasal 225 dapat dijatuhi hukuman disiplin.

- (2) Penjatuhan hukuman disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh pejabat yang berwenang secara hierarki.
- (3) Apabila pelanggaran yang dilakukan menimbulkan kerugian yang bernilai material dan/ atau dapat dikategorikan sebagai tindak pidana, maka penyelesaian dapat dilakukan melalui jalur hukum.

Bagian Kesebelas

Tingkat, Jenis Hukuman Disiplin dan Profesi

Pasal 229

- (1) Tingkat Hukuman Disiplin dan Profesi
 - a. hukuman disiplin ringan;
 - b. hukuman disiplin sedang; dan
 - c. hukuman disiplin berat.
- (2) Jenis hukuman disiplin ringan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri dari :
 - a. teguran lisan;
 - b. teguran tertulis; dan
 - c. pernyataan tidak puas secara tertulis.
- (3) Jenis hukuman disiplin sedang terhadap Tenaga Kerja Kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri dari:
 - a. penahanan honor/gaji dan jasa selama 2 (dua) bulan;
 - b. apabila setelah dievaluasi selama 2 (dua) bulan pegawai tersebut masih melakukan pelanggaran maka akan dilakukan pembinaan pada bagian diklat rumah sakit.
- (4) Jenis hukuman disiplin sedang terhadap Tenaga Kerja Sukarela sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri dari:
 - a. penahanan jasa selama 2 (dua) bulan;
 - b. apabila setelah dievaluasi selama 2 (dua) bulan pegawai tersebut masih melakukan pelanggaran maka akan dilakukan pembinaan pada bagian diklat rumah sakit.

- (5) Jenis hukuman disiplin berat terhadap Tenaga Non PNS BLUD adalah pemberhentian dengan tidak hormat dari Tenaga Non PNS BLUD;
- (6) Untuk tingkat dan jenis hukuman disiplin Aparatur Sipil Negeri Sipil tunduk sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Keduabelas
Jenis Pelanggaran dan Hukuman
Pasal 230

- (1) Hukuman disiplin tingkat ringan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 229 ayat (2) dijatuhkan bagi pelanggaran terhadap kewajiban sebagaimana dimaksud Pasal 224 dan terhadap larangan sebagaimana dimaksud Pasal 225 dan pelanggaran tersebut hanya berdampak negatif pada unit kerja (Instalasi terkecil);
- (2) Masuk kerja dan mematuhi jam kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 224 huruf o berupa :
 - a. teguran lisan yang dituangkan dalam notulensi dan ditandatangani oleh pegawai yang bersangkutan dan atasan langsung yang memberikan teguran, apabila Pegawai Rumah Sakit tidak masuk kerja selama 3 (tiga) hari kerja tanpa alasan yang sah;
 - b. teguran tertulis dan dituangkan dalam berita acara yang ditandatangani oleh pegawai yang bersangkutan dan atasan langsung yang memberikan teguran, apabila Pegawai Rumah Sakit tidak masuk kerja selama 4 (empat) sampai dengan 7 (tujuh) hari kerja tanpa alasan yang sah;
 - c. teguran berupa pernyataan tidak puas secara tertulis oleh atasan langsung dan dituangkan dalam berita acara yang ditandatangani oleh atasan langsung dan pegawai yang bersangkutan apabila Pegawai BLUD tidak masuk kerja selama 7 (tujuh) sampai dengan 12 (dua belas) hari kerja tanpa alasan yang sah.

Pasal 231

- (1) Hukuman disiplin tingkat sedang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 229 ayat (3) dan ayat (4) dijatuhkan bagi pelanggaran terhadap kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 224 dan pelanggaran sebagaimana dimaksud dalam pasal 225 tersebut :
 - a. hanya berdampak negatif pada Unit kerja (Bagian/Bidang) yang bersangkutan;
 - b. Mencapai sasaran kerja pegawai yang sebagaimana yang ditetapkan dalam Pasal 224 huruf p dengan tingkat capaian 25 % (dua puluh lima persen) s/d 50 % (lima puluh persen).
- (2) Masuk kerja dan mematuhi jam kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 224 huruf o berupa :
 - a. hukuman disiplin sedang terhadap Tenaga Kerja Kontrak terdiri dari :
 1. penahanan gaji/honor dan jasa selama 2 (dua) bulan Tenaga Kerja Kontrak yang tidak masuk kerja selama 13 (tiga belas) sampai dengan 21 (dua puluh satu) hari kerja tanpa alasan yang sah diakumulasikan dalam 1 (satu) bulan;
 2. apabila setelah dievaluasi selama 2 (dua) bulan pegawai tersebut masih melakukan pelanggaran yang sama maka akan dilakukan pembinaan pada bagian diklat rumah sakit.
 - b. hukuman disiplin sedang terhadap Tenaga Kerja Sukarela terdiri dari:
 1. penahanan jasa selama 2 (dua) bulan Tenaga Kerja Kontrak yang tidak masuk kerja selama 13 (tiga belas) sampai dengan 21 (dua puluh satu) hari kerja tanpa alasan yang sah diakumulasikan dalam 1 (satu) bulan;
 2. apabila setelah dievaluasi selama 2 (dua) bulan pegawai tersebut masih melakukan pelanggaran yang sama maka akan dilakukan pembinaan pada bagian diklat rumah sakit.

Pasal 232

- (1) Hukuman disiplin tingkat berat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 229 ayat (5) dijatuhkan bagi pelanggaran terhadap kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 224 dan terhadap larangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 225 dan pelanggaran tersebut
 - a. berdampak negative Organisasi Perangkat Daerah dan atau Pemerintah;
 - b. Mencapai sasaran kerja pegawai yang sebagaimana yang ditetapkan dalam Pasal 224 huruf p dengan tingkat capaian kurang dari 25 % (dua puluh lima persen).
- (2) Masuk kerja dan mematuhi jam kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 224 huruf o berupa :
 - a. hukuman disiplin berat bagi Tenaga Non PNS BLUD yaitu pemberhentian tidak dengan hormat dari Pegawai BLUD Pegawai BLUD Pegawai BLUD yang tidak masuk kerja selama lebih dari 22 (dua puluh dua) hari kerja tanpa alasan yang sah dibuktikan dengan absensi kehadiran atau hasil monitoring dan evaluasi dari kepala unit dan disampaikan kepada subbagian administrasi umum dan kepegawaian;
- (3) Hukuman disiplin berat diberikan kepada Tenaga Non PNS BLUD apabila telah melakukan pelanggaran disiplin sedang sebanyak 3 (tiga) kali berturut-turut

Bagian Ketigabelas

Pejabat yang Berwenang Menghukum

Pasal 233

- (1) Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi menetapkan penjatuhan hukuman disiplin bagi Tenaga Non PNS BLUD untuk Jenis hukuman disiplin ringan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 229 ayat (2) huruf a, huruf b, dan huruf c;
- (2) Kepala Bagian/Kepala Bidang menetapkan hukuman disiplin bagi Tenaga Non PNS BLUD untuk jenis hukuman disiplin sedang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 229 ayat (3) dan ayat (4);

- (3) Direktur menetapkan hukuman disiplin bagi Tenaga Non PNS BLUD untuk jenis hukuman disiplin berat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 229 ayat (5);

Bagian Keempatbelas

Tata Cara Pemanggilan, Pemeriksaan, Penjatuhan, dan Penyampaian Keputusan Hukuman Disiplin

Pasal 234

- (1) Tenaga Non PNS BLUD yang diduga melakukan pelanggaran disiplin dipanggil secara tertulis oleh atasan langsung untuk dilakukan pemeriksaan.
- (2) Pemanggilan kepada Tenaga Non PNS BLUD yang diduga melakukan pelanggaran disiplin dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sebelum tanggal pemeriksaan.
- (3) Apabila pada tanggal yang seharusnya yang bersangkutan diperiksa tidak hadir, maka dilakukan pemanggilan kedua paling lambat 7 (tujuh) hari kerja sejak tanggal seharusnya yang bersangkutan diperiksa pada pemanggilan pertama.
- (4) Apabila pada tanggal pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Tenaga Non PNS yang bersangkutan tidak hadir juga, maka pejabat yang berwenang menghukum menjatuhkan hukuman disiplin berdasarkan alat bukti dan keterangan yang ada tanpa dilakukan pemeriksaan.

Pasal 235

- (1) Sebelum Tenaga Non PNS BLUD dijatuhi hukuman disiplin setiap atasan langsung wajib memeriksa terlebih dahulu Tenaga Non PNS BLUD yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.
- (2) Pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara tertutup dan hasilnya dituangkan dalam berita acara pemeriksaan.
- (3) Apabila menurut hasil pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kewenangan untuk menjatuhkan hukuman disiplin kepada Tenaga Non PNS BLUD tersebut merupakan kewenangan:

- a. atasan langsung yang bersangkutan, maka atasan langsung tersebut wajib menjatuhkan hukuman disiplin;
- b. pejabat yang lebih tinggi, maka atasan langsung tersebut wajib melaporkan secara hierarki disertai berita acara pemeriksaan.

Pasal 236

- (1) Khusus untuk pelanggaran disiplin yang ancaman hukumannya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 229 ayat (5) dapat dibentuk Tim Pemeriksa.
- (2) Khusus untuk pelanggaran profesi yang ancaman hukumannya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 229 ayat (1) huruf a, huruf b dan huruf c dapat dibentuk Tim Pemeriksa.
- (3) Tim Pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari atasan langsung, Komite Etik Rumah Sakit, unsur kepegawaian atau pejabat lain yang ditunjuk.
- (4) Tim Pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari atasan langsung, SubKomite Etik Profesi, unsur kepegawaian atau pejabat lain yang ditunjuk.
- (5) Tim Pemeriksa sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 237

Apabila diperlukan, atasan langsung, Tim Pemeriksa atau pejabat yang berwenang menghukum dapat meminta keterangan dari pihak lain.

Pasal 238

- (1) Berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 230 ayat (2) harus ditandatangani oleh pejabat yang memeriksa dan Tenaga Non PNS BLUD yang diperiksa.
- (2) Dalam hal Tenaga Non PNS BLUD yang diperiksa tidak bersedia menandatangani berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berita acara

pemeriksaan tersebut tetap dijadikan sebagai dasar untuk menjatuhkan hukuman disiplin.

- (3) Tenaga Non PNS BLUD yang diperiksa, berhak mendapat foto kopi berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Pasal 239

- (1) Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dituangkan dalam berita acara pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 238 ayat (2), pejabat yang berwenang menghukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 233 menjatuhkan hukuman disiplin dan profesi serta mewajibkan yang bersangkutan mematuhi rekomendasi dari Tim Pemeriksa yang diusulkan kepada atasan langsung atau kepada Direktur sesuai dengan tingkat dan jenis pelanggaran.
- (2) Dalam keputusan hukuman disiplin dan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disebutkan pelanggaran disiplin dan profesi yang dilakukan oleh Tenaga Non PNS BLUD yang bersangkutan;

Pasal 240

- (1) Tenaga Non PNS BLUD yang berdasarkan hasil pemeriksaan ternyata melakukan beberapa pelanggaran disiplin dan profesi, terhadapnya hanya dapat dijatuhi satu jenis hukuman yang terberat setelah mempertimbangkan pelanggaran yang dilakukan.
- (2) Tenaga Non PNS BLUD yang pernah dijatuhi hukuman disiplin dan profesi kemudian melakukan pelanggaran yang sifatnya sama, kepadanya dijatuhi jenis hukuman yang lebih berat dari hukuman terakhir yang pernah dijatuhkan.
- (3) Tenaga Non PNS BLUD tidak dapat dijatuhi hukuman disiplin dan profesi dua kali atau lebih untuk satu pelanggaran.

Pasal 241

- (1) Setiap penjatuhan hukuman disiplin dan profesi ditetapkan dengan keputusan pejabat yang berwenang menghukum.
- (2) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan secara tertutup oleh pejabat yang berwenang menghukum atau pejabat lain yang ditunjuk kepada Tenaga Non PNS BLUD yang bersangkutan serta tembusannya disampaikan kepada pejabat terkait.
- (3) Penyampaian keputusan hukuman disiplin dan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak keputusan ditetapkan.
- (4) Dalam hal Tenaga Non PNS BLUD yang dijatuhi hukuman disiplin dan profesi tidak hadir pada saat penyampaian keputusan hukuman, keputusan dikirim kepada yang bersangkutan.

Bagian Kelimabelas

Pemberhentian Tenaga Non PNS BLUD

Paragraf 1

Umum

Pasal 242

- (1) Tenaga Non PNS BLUD dapat mengakhiri hubungan kerja secara bersama-sama maupun secara sepihak;
- (2) Pemutusan hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan cara :
 - a. Pemberhentian dengan hormat dari Tenaga Non PNS BLUD;
 - b. Pemberhentian tidak dengan hormat dari Tenaga Non PNS BLUD;
- (3) Dalam hal dilakukan pemutusan hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Tenaga Non PNS BLUD tidak dapat menuntut pemberian kompensasi dalam bentuk apapun.

Paragraf 2
Batas Usia Pensiun Tenaga Non PNS BLUD
Pasal 243

- (1) Batas usia pensiun Tenaga Non PNS BLUD adalah 56 (lima puluh enam) tahun.
- (2) Batas usia pensiun Tenaga Non PNS BLUD yang berstatus sebagai Tenaga Medis Fungsional dapat diperpanjang sampai usia 60 (enam puluh) tahun.
- (3) Direktur dapat mempekerjakan tenaga Medis Spesialis, subspesialis dan spesialis konsultan yang berusia lebih dari 60 (enam puluh) tahun sebagaimana dimaksud ayat (2) apabila :
 - a. Sepanjang tenaga yang bersangkutan masih memiliki kompetensi yang dibuktikan dengan Surat Tanda Registrasi (STR) yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)
 - b. Keahliannya sangat dibutuhkan oleh Rumah Sakit;
 - c. Keahlian yang dimiliki tergolong langka;
 - d. Sesuai dengan kemampuan Keuangan Rumah Sakit.
- (4) Tenaga Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) akan diikat dengan Perjanjian Kerja.

Paragraf 3
Pemberhentian dengan hormat sebagai Tenaga Non PNS BLUD
Pasal 244

- (1) Pemberhentian dengan hormat sebagai Tenaga Non PNS BLUD, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 242 ayat (2) huruf a dapat diberikan dalam hal:
 - a. masa berlaku perjanjian kerja, Keputusan Direktur sebagai Pegawai Tidak Tetap atau Pegawai Tetap telah berakhir dan tidak dilakukan perpanjangan;
 - b. mengajukan permohonan pengunduran diri;
 - c. tewas atau meninggal dunia;
 - d. tidak sehat jasmani atau rohani, sehingga tidak dapat melaksanakan tugas;
 - e. diangkat sebagai Calon Pegawai Negeri Sipil;

- (2) Pemberhentian dengan hormat Tenaga Non PNS BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Pemberhentian dengan hormat Tenaga Non PNS BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berkait pada timbulnya hak untuk menuntut pesangon/bonus/pensiun atau istilah lainnya yang bersifat membebani keuangan rumah sakit.

Pasal 245

- (1) Pemberhentian tidak dengan hormat sebagai Tenaga Non PNS BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 242 ayat (2) huruf b dapat diberikan dalam hal:
 - a. melakukan penyelewengan terhadap Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 - b. dipidana dengan pidana penjara atau kurungan berdasarkan putusan pengadilan yang telah memiliki kekuatan hukum tetap, karena melakukan tindak pidana kejahatan Jabatan atau tindak pidana kejahatan yang ada hubungannya dengan Jabatan dan/atau pidana umum;
 - c. dinyatakan bersalah berdasarkan putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap karena melakukan tindak pidana kejahatan yang tidak ada hubungannya dengan jabatan;
 - d. menjadi anggota dan/atau pengurus partai politik;
 - e. dipidana dengan pidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan tindak pidana dengan hukuman pidana penjara paling singkat 2 (dua) tahun dan pidana yang dilakukan dengan berencana;
 - f. Melakukan Pelanggaran disiplin tingkat berat terhadap kewajiban dan larangan pegawai;
- (2) Pemberhentian dengan tidak dengan hormat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Keputusan Direktur;

Paragraf 4
Jasa Pelayanan
Pasal 246

Jasa Pelayanan merupakan imbalan jasa yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik, pemeriksaan penunjang medik dan/ atau pelayanan lainnya, yang ditetapkan dalam Peraturan Direktur.

Pasal 247

Jasa Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 246 diberikan berdasarkan prinsip dasar :

- a. proporsionalitas, yaitu pertimbangan atas kelas Rumah Sakit dan tingkat pelayanan;
- b. kesetaraan, yaitu dengan mempertimbangkan industri pelayanan sejenis;
- c. Kepatutan, yaitu menyesuaikan kemampuan pendapatan fungsional Rumah Sakit.

Pasal 248

- (1) Pemberian gaji dan tunjangan bagi pegawai berstatus PNS dialokasikan melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Pemberian honorarium bagi pegawai berstatus Non PNS dialokasikan melalui Rencana Anggaran dan Biaya BLUD.
- (3) Alokasi anggaran insentif, bonus dan honorarium bagi Pejabat Pengelola, Pejabat Pelaksana Keuangan, Pejabat Pelaksana Teknis, Pegawai, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Tim Pembina Rumah Sakit dianggarkan melalui Rencana Anggaran dan Biaya BLUD.
- (4) Semua biaya yang dikeluarkan untuk remunerasi berasal dari Jasa layanan dan/ atau anggaran fungsional Rumah Sakit yang dianggarkan dalam RBA.

Pasal 249

- (1) Besaran Jasa Pelayanan bagi pegawai didasarkan pada indikator penilaian yang meliputi:
 - a. pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
 - b. keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
 - c. resiko kerja (*risk index*);
 - d. tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
 - e. jabatan yang disandang (*position index*);
 - f. hasil/capaian kinerja (*performance index*);
- (2) Besaran Jasa Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

BAB VIII

MANAJEMEN SUMBER DAYA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 250

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

Pasal 251

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

rekomendasi dari Staf Klinis dan/atau organisasi profesi dalam pemilihan teknologi medik dan obat di rumah sakit.

Bagian Kedua

Perencanaan

Pasal 252

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

Bagian Ketiga

Pengadaan

Pasal 253

- (1) Pengadaan barang dan jasa dilakukan oleh Instalasi Pengadaan Barang dan Jasa yang ditetapkan oleh Direktur;
- (2) Pengadaan barang dan Jasa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mengacu pada DPA yang telah disahkan;
- (3) Rumah sakit dalam pembelian alat kesehatan, bahan medis bekas pakai dan obat yang beresiko termasuk vaksin, harus memperhatikan perihal sebagai berikut:
 - a. akte pendirian perusahaan dan pengesahan dari Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia;
 - b. Surat Izin Usaha Perusahaan (SIUP);
 - c. NPWP;

- d. Izin Pedagang Besar Farmasi–Penyalur Alat Kesehatan (PBF–PAK);
 - e. Perjanjian Kerja Sama antara distributor dan prinsipal serta rumah sakit;
 - f. nama dan Surat izin Kerja Apoteker untuk apoteker penanggung jawab PBF;
 - g. alamat dan denah kantor PBF;
 - h. surat garansi jaminan keaslian produk yang didistribusikan (dari prinsipal).
- (5) Selain persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) untuk mengetahui keaslian produk yang akan diadakan Direktur melalui Instalasi Pengadaan Barang/ Jasa mencari data/ informasi tentang rantai distribusi obat, serta perbekalan farmasi yang aman untuk melindungi pasien dan staf dari produk yang berasal dari pasar gelap, palsu, terkontaminasi , atau cacat.

Bagian Keempat

Pengelolaan

Pasal 254

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

Pasal 255

- (1) Sarana dan prasarana rumah sakit adalah barang milik BLUD yang merupakan aset yang tidak terpisahkan dari aset Pemerintahan Daerah.

- (2) Barang inventaris milik BLUD yang merupakan sarana dan prasarana rumah sakit yang dapat dihapus dan/ atau dialihkan kepada pihak lain atas dasar pertimbangan ekonomis dengan cara dijual, ditukar dan/ atau dihibahkan.
- (3) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan barang pakai habis, barang untuk diolah atau dijual, barang lainnya yang tidak memenuhi pernyataan sebagai aset tetap.
- (4) Hasil penjualan barang inventaris sebagai akibat dari pengalihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan pendapatan BLUD.
- (5) Hasil penjualan barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dituangkan secara memadai dalam Laporan Keuangan BLUD.

Pasal 256

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

- (8) Sarana dan prasarana rumah sakit yang berupa bangunan harus dilengkapi dengan bukti status kepemilikan dan ditatausahakan secara tertib.

BAB IX
MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU
DAN KESELAMATAN PASIEN
Pasal 257

- (1) Direktur Rumah Sakit merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (2) Direktur Rumah Sakit, para pimpinan klinis, dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien.
- (3) Direktur Rumah Sakit bertanggungjawab memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen rumah sakit terhadap mutu.
- (4) Direktur Rumah Sakit mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi rumah sakit serta dukungan pemilik rumah sakit membentuk suatu budaya mutu di rumah sakit.
- (5) Direktur Rumah Sakit memilih pendekatan yang digunakan oleh rumah sakit untuk mengukur, menilai serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
- (6) Pengukuran mutu dilakukan menggunakan indikator mutu di tingkat rumah sakit dan di tingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.
- (7) Direktur Rumah Sakit menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien untuk mengatur dan mengarahkan pelaksanaan setiap harinya.
- (8) Direktur Rumah Sakit dapat membentuk Komite/ Tim Peningkatan Mutu dan Komite Keselamatan Pasien.
- (9) Direktur Rumah Sakit menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi

menyeluruh terhadap program yang ada di rumah sakit untuk memastikan koordinasi diseluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan.

(10) Direktur Rumah Sakit bertanggungjawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik sebagai berikut:

- a. setiap tiga bulan yang meliputi capaian dan analisis indikator mutu area klinis, area manajemen, sasaran keselamatan pasien, capaian implementasi panduan praktik klinik, dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien.
- b. setiap tiga bulan Direktur Rumah Sakit melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik antara lain mencakup:
 1. Jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/ insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya.
 2. Apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut
 3. Tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respon terhadap kejadian tersebut.
 4. Apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.
- c. khusus untuk kejadian sentinel, Direktur Rumah Sakit wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 x 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 hari.

(11) Direktur Rumah Sakit menetapkan Regulasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang dapat berbentuk Pedoman dan prosedur-prosedur lainnya antara lain berisi sebagai berikut:

- a. penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur, serta mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;

- b. peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- c. peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat rumah sakit (indikator area klinik, area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien) serta keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah;
- d. peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai area focus untuk perbaikan;
- e. monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan dan bagaimana melakukan monitoringnya;
- f. proses pengumpulan data, analisis, feedback, dan pemberian informasi kepada staf;
- g. bagaimana alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik rumah sakit;
- h. bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan surveillance infeksi.

(12) Direktur Rumah Sakit dengan para pimpinan dan Komite/Tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas rumah sakit dengan memperhatikan beberapa hal:

- a. misi Rumah Sakit;
- b. data-data permasalahan yang ada (komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, terdapat kejadian tidak diharapkan);
- c. terdapat sistem serta proses yang memperhatikan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak misalnya pelayanan pasien stroke yang dilakukan oleh lebih satu dokter spesialis saraf dan memperhatikan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi;

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

BAB X

MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN KERJA

Pasal 258

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan K3RS.
- (2) Penyelenggaraan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. membentuk dan mengembangkan Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja Rumah Sakit; dan
 - b. menerapkan standar K3RS.
- (3) Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit meliputi:

- a. penetapan kebijakan K3RS;
 - b. perencanaan K3RS;
 - c. pelaksanaan rencana K3RS;
 - d. pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS; dan
 - e. peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS.
- (4) Kebijakan K3RS sebagaimana yang dimaksud pada ayat (3) huruf a ditetapkan secara tertulis dengan Keputusan Kepala atau Direktur Rumah Sakit dan disosialisasikan ke seluruh SDM Rumah Sakit.
- (5) Kebijakan K3RS meliputi:
- a. penetapan kebijakan dan tujuan dari program K3RS;
 - b. penetapan organisasi K3RS; dan
 - c. penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana.
- (6) Perencanaan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b dibuat berdasarkan manajemen risiko K3RS, peraturan perundang-undangan, dan persyaratan lainnya.
- (7) Perencanaan K3RS ditetapkan oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit.
- (8) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c meliputi:
- a. manajemen risiko K3RS;
 - b. keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit;
 - c. pelayanan Kesehatan Kerja;
 - d. pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
 - e. pencegahan dan pengendalian kebakaran;
 - f. pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
 - g. pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja; dan
 - h. kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.
- (9) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (8) harus didukung oleh sumber daya manusia di bidang K3RS, sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai.
- (10) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d dilakukan oleh sumber

daya manusia di bidang K3RS yang ditugaskan oleh Direktur.

- (11) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (10) dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal SMK3 Rumah Sakit.
- (12) Hasil pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (11) digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.
- (13) Peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf e dilakukan untuk menjamin kesesuaian dan efektivitas penerapan SMK3 Rumah Sakit.
- (14) Peninjauan sebagaimana dimaksud pada ayat (13) dilakukan terhadap penetapan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan rencana, dan pemantauan dan evaluasi.
- (15) Hasil peninjauan sebagaimana dimaksud pada ayat (13) digunakan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja K3RS.

BAB XI

MANAJEMEN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Pasal 259

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Direktur Rumah Sakit Bertanggung jawab terhadap tersedianya fasilitas sarana dan prasarana termasuk anggaran yang dibutuhkan untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi
- (3) Direktur Rumah Sakit Menentukan kebijakan strategi pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi:
 - a. Pelaksanaan kebersihan tangan;
 - b. Penggunaan Alat Pelindung Diri yang tepat sesuai level resiko;
 - c. Surveilans resiko infeksi;
 - d. Investigasi wabah (outbreak) penyakit infeksi;

- e. Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikroba secara aman;
 - f. Asesmen berkala terhadap resiko;
 - g. Menerapkan sasaran penurunan resiko;
 - h. Mengukur dan mereview resiko infeksi.
- (4) Direktur Rumah Sakit mengadakan evaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
 - (5) Direktur Rumah Sakit mengadakan evaluasi kebijakan pemakaian antibiotika yang rasional dan desinfektan di rumah sakit berdasarkan saran dari komite Pencegahan dan pengendalian Infeksi.
 - (6) Direktur Rumah Sakit menutup suatu unit perawatan atau instalasi yang dianggap potensial menularkan penyakit untuk beberapa waktu sesuai kebutuhan berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
 - (7) Dalam pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit terkait Pencegahan dan pengendalian Infesi, Direktur mengesahkan Regulasi dan Standar Prosedur Operasional yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi.
 - (8) Direktur Rumah Sakit memfasilitasi kebutuhan program kesehatan kerja atau karyawan terutama bagi petugas di area beresiko.

BAB XII

MANAJEMEN KERJASAMA/KONTRAK

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 260

- (1) Rumah Sakit dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain, untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan.
- (2) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan saling menguntungkan.
- (3) Prinsip saling menguntungkan sebagaimana pada ayat (2) dapat berbentuk finansial dan/atau non finansial.

- (4) Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. Kerja Sama Operasional;
 - b. Kerjasama Pemanfaatan Barang Milik Daerah;
 - c. Kerjasama Klinis/ Kontrak Klinis;
 - d. Kerjasama Manajemen/ Kontrak Manajemen.

Bagian Kedua
Pengelolaan Jenis Kerja Sama
Pasal 261

- (1) Kerja Sama Operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 260 ayat (4) huruf a disebut Kerja Sama Operasional dilakukan melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan mitra kerja sama dengan tidak menggunakan atau menggunakan barang milik daerah.
- (2) Kerjasama Pemanfaatan barang milik daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 260 ayat (4) huruf b dilakukan melalui pendayagunaan barang milik daerah dan/atau optimalisasi barang milik daerah dengan tidak mengubah status kepemilikan untuk memperoleh pendapatan dan tidak mengurangi kualitas.
- (3) Kerjasama Klinis/ Kontrak Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 260 ayat (4) huruf c adalah kontrak kerjasama yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan bagi pasien di lingkungan rumah sakit dapat dilakukan dengan Tenaga Staf Medis Spesialis, Spesialis Konsultan, Subspesialis, berdasarkan analisis kebutuhan Rumah Sakit berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh Kelompok Staf Medis Fungsional dengan Bidang Pelayanan setelah mendapat persetujuan dari Direktur atas usulan dari Ketua Komite Medik.
- (4) Kontrak Klinis dengan Tenaga Staf Medis /Individu Staf Klinis Profesional Pemberi Asuhan dilengkapi Pakta Integritas Staf Klinis untuk mematuhi Peraturan perundang-undangan dan Regulasi Rumah Sakit.
- (5) Regulasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi Kredensial, Rekredensial, Penilaian Kinerja,

Standar Prosedur Operasional, Kode Etik, dan Peraturan Perundang-Undangan yang mengatur tentang Rumah Sakit.

- (6) Selain Kerjasama Klinis/ Kontrak Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) Rumah Sakit juga dapat Kerjasama dengan Badan Hukum/ Institusi dalam rangka pelaksanaan bidang kesehatan sebagai Rumah Sakit Rujukan Regional.
- (7) Kerjasama Manajemen/ Kontrak Manajemen sebagaimana dimaksud dalam Pasal 260 ayat (4) huruf d dilakukan dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan operasional Rumah Sakit dan kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan Badan Hukum/ Institusi yaitu:
 - a. Kerjasama Penunjang Medis / Non Medis.
 - b. Kerjasama pelaksanaan sebagai Rumah Sakit Pendidikan dan Pengembangan Penelitian.
- (8) Kontrak manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf a dapat meliputi kontrak untuk alat laboratorium, peralatan kedokteran, peralatan penunjang medis, obat-obatan, kontrak pelayanan, kontrak sumber daya manusia, pelayanan akuntansi keuangan, kebersihan, kerumahtanggaan seperti petugas keamanan, parkir, makanan, linen/laundry, pengolah limbah dan kontak manajemen lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit
- (9) Pendapatan yang berasal dari kerjasama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 260 ayat (4) yang sepenuhnya untuk menyelenggarakan tugas dan fungsi kegiatan Rumah Sakit merupakan pendapatan Rumah Sakit.
- (10) Pembiayaan yang timbul akibat dilakukannya kerjasama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 260 ayat (4) dibebankan pada anggaran fungsional Rumah Sakit berdasarkan kesepakatan kedua pihak.
- (11) Pemanfaatan barang milik daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 260 ayat (4) huruf b mengikuti peraturan perundang-undangan.
- (12) Direktur rumah sakit menjabarkan secara tertulis jenis dan ruang lingkup, sifat dan cakupan pelayanan yang disediakan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.

- (13) Direktur rumah sakit bertanggung jawab terhadap kerjasama (kontrak) atau pengaturan lainnya.
- (14) Tata cara pelaksanaan kerjasama/ kontrak selanjutnya diatur dengan Peraturan Direktur.
- (15) Kepala Bidang/ Bagian secara berjenjang berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan kontrak manajemen.

Bagian Ketiga
Evaluasi Kontrak
Pasal 262

- (1) Rumah sakit perlu melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien berdasarkan atas kontrak atau perjanjian kerjasama lainnya.
- (2) Kontrak dan perjanjian kerjasama lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan berdasarkan kontrak tersebut.
- (3) Setiap kerjasama/ kontrak yang telah dilengkapi indikator mutu harus dilaporkan ke rumah sakit sesuai dengan mekanisme pelaporan mutu di rumah sakit.
- (4) Kepala Bidang/ Bagian melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen dibawah tanggungjawabnya.
- (5) Penatalaksanaan Kerjasama dengan pihak lain diatur lebih lanjut dengan Keputusan Direktur.

BAB XIII
MANAJEMEN PENDIDIKAN, PELATIHAN DAN PENELITIAN

Bagian Kesatu
Pendidikan dan Pelatihan
Pasal 263

- (1) Setiap staf mendapat kesempatan meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilannya melalui pendidikan dan pelatihan dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan.
- (2) Kesempatan staf untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (3) Pendidikan dan pelatihan harus sudah direncanakan, tertuang dalam rencana kerja anggaran dan atau sesuai dengan kebutuhan.
- (4) Pendidikan dan pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diselenggarakan di rumah sakit maupun dengan mengirim ke lembaga atau institusi penyelenggara pendidikan dan pelatihan.

Pasal 264

Monitoring dan kendali mutu pendidikan dan pelatihan dilaksanakan oleh Satuan Pengendali Internal rumah sakit.

Bagian Kedua

Praktek Klinik Mahasiswa

Pasal 265

- (1) Rumah sakit dalam menjalankan fungsinya sebagai rumah sakit pendidikan dengan menjadi lahan praktek klinik mahasiswa;
- (2) Pengelolaan pelaksanaan praktek klinik bagi mahasiswa kedokteran dan mahasiswa tenaga keperawatan serta mahasiswa tenaga kesehatan lainnya ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 266

- (1) Rumah sakit memberikan pembekalan kepada mahasiswa praktek klinik sebelum menjalankan praktek klinik dengan materi paling sedikit meliputi :
 - a. Profil rumah sakit;
 - b. Program peningkatan mutu rumah sakit;
 - c. Program Keselamatan pasien rumah sakit;
 - d. Program pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - e. Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) rumah sakit;
 - f. Bantuan hidup dasar (BHD);
 - g. Komunikasi efektif.

- (2) Rumah sakit menyediakan pendamping klinik dan atau pembimbing klinik.

Bagian Ketiga

Penelitian

Pasal 267

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

BAB XIV

MANAJEMEN ETIK

Pasal 268

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

misi dan pernyataan nilai nilai rumah sakit, serta kebijakan sumber daya manusia.

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

Pasal 269

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

Pasal 270

Rumah Sakit dalam menjalankan kegiatan secara etik harus :

- a. mengungkapkan kepemilikan dan konflik kepentingan;
- b. menjelaskan pelayanan pada pasien secara jujur;
- c. melindungi kerahasiaan informasi pasien;
- d. menyediakan kebijakan yang jelas mengenai pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien
- e. menagih biaya untuk pelayanan yang diberikan secara akurat dan memastikan bahwa insentif finansial dan pengaturan pembayaran tidak mengganggu pelayanan pasien;
- f. mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran kinerja klinis dan kinerja organisasi;
- g. menetapkan sebuah mekanisme agar tenaga kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis atau mengajukan kekhawatiran etis dengan bebas dari hukuman, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait dengan masalah klinis ataupun operasional;
- h. mendukung lingkungan yang memperkenankan diskusi secara bebas mengenai masalah/isu etis tanpa ada ketakutan atas sanksi;

- i. menyediakan resolusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etis yang ada;
- j. memastikan praktik nondiskriminasi dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum serta budaya negara Indonesia;
- k. mengurangi kesenjangan dalam akses untuk pelayanan kesehatan dan hasil klinis.

BAB XV

MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN

Pasal 271

- (1) Direktur Rumah Sakit menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Direktur Rumah Sakit melaksanakan, melakukan monitor, dan mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit.
- (3) Direktur Rumah Sakit menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf rumah sakit. Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan adalah:
 - a. Perilaku yang tidak layak (*inappropriate*) seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat atau memaki;
 - b. Perilaku yang mengganggu (*disruptive*) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau non verbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, dan celetukan maut adalah komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain.
 - c. Perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama dan suku termasuk gender;
 - d. Pelecehan seksual.
- (4) Hal-hal penting menuju budaya keselamatan:
 - a. Staf Rumah Sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit beresiko tinggi dan bertekad

untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman;

- b. regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera;
 - c. Direktur Rumah Sakit mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
 - d. mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.
- (5) Direktur Rumah Sakit melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data dan diskusi kelompok.
 - (6) Direktur Rumah Sakit mendorong agar terbentuk kerjasama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini.
 - (7) Direktur Rumah Sakit menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau dokter part time, serta anggota representasi pemilik.
 - (8) Direktur Rumah Sakit mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas.
 - (9) Direktur Rumah Sakit mengidentifikasi, mendokumentasi, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima.
 - (10) Direktur Rumah Sakit menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi yang terkait dengan budaya keselamatan rumah sakit dapat diidentifikasi dan dikendalikan.
 - (11) Direktur Rumah Sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam rumah sakit.

- (12) Direktur Rumah Sakit menetapkan sistem menjaga kerahasiaan, sederhana, dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam rumah sakit secara tepat waktu.
- (13) Direktur melakukan investigasi secara tepat waktu terhadap laporan terkait budaya keselamatan rumah sakit.
- (14) Dilakukan identifikasi masalah pada sistem yang menyebabkan tenaga kesehatan melakukan perilaku yang berbahaya.
- (15) Direktur Rumah sakit menggunakan pengukuran/indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam rumah sakit serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tersebut.
- (16) Direktur Rumah Sakit menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian/ dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan.

BAB XVI

MANAJEMEN PENANGANAN PENGADUAN

Bagian Kesatu

Pengaduan Internal dan Eksternal

Pasal 272

- (1) Pengaduan Internal adalah pengaduan di lingkup Rumah Sakit.
- (2) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa :
 - a. Pengaduan ketidakpuasan, dan/ atau keluhan Pegawai Rumah Sakit terhadap Manajemen Rumah Sakit;
 - b. Pelanggaran pelaksanaan tugas dan fungsi yang dilakukan Pegawai;
 - c. Informasi tentang dugaan pelanggaran kode etik dan perilaku;
- (3) Pengaduan Eksternal adalah pengaduan yang dilakukan oleh masyarakat baik perseorangan maupun kelompok terhadap Rumah Sakit.

- (4) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berupa informasi/ pemberitahuan berisi keluhan, dan/atau ketidakpuasan terkait dengan perilaku/ pelayanan langsung maupun tidak langsung yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit Umum.
- (5) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat disampaikan dengan surat resmi maupun secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.
- (6) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat disampaikan melalui kotak saran, media elektronik, media cetak, dan secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Penanganan Pengaduan
Pasal 273

- (1) Penanganan terhadap pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 272 ayat (2) huruf a dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit, harus diselesaikan dengan cara musyawarah dan mufakat.
- (2) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 272 ayat (2) huruf b dilakukan oleh Atasan Langsung Pegawai dimaksud secara berjenjang.
- (3) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 272 ayat (2) huruf c dilakukan oleh Komite Etik Rumah Sakit, Sub Komite Etik Komite Medik dan Sub Komite Etik Komite Keperawatan.
- (4) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 272 ayat (3) dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit melalui Tim Penanganan Pengaduan.

BAB XVII
MANAJEMEN PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT
DAN SUMBER DAYA LAIN

Pasal 274

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

Pasal 275

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 274 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, yang terdiri dari limbah medis dan limbah non medis.
- (2) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan perundang-undangan.

Pasal 276

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

BAB XVIII
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 277

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah

Sakit, Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dengan Peraturan Bupati.

- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diusulkan oleh Direktur.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

Pasal 278

Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 277 ayat (3) harus memenuhi persyaratan :

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

Pasal 279

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 278 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 278 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 278 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 278 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 278 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

BAB XIX
EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA
Pasal 280

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD dilakukan setiap tahun oleh Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan BLUD sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.

Pasal 281

Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 280 ayat (1), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam:

- a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
- b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas).
- c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
- d. kemampuan menerima dari jasa layanan untuk membiyai pengeluaran.

Pasal 282

Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 280 ayat (1) dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

BAB XX
INFORMASI MEDIS
Bagian Kesatu
Hak dan Kewajiban Rumah Sakit
Pasal 283

- (1) Rumah Sakit berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku.

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

Bagian Kedua

Hak dan Kewajiban Dokter Rumah Sakit

Pasal 284

- (1) Dokter Rumah Sakit berhak mendapatkan mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya.
- (2) Dokter Rumah Sakit berkewajiban untuk:
 - a. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
 - b. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, etika dan hukum profesi kedokteran.

Bagian Ketiga

Hak dan Kewajiban Pasien Rumah Sakit

Pasal 285

- (1) Pasien Rumah Sakit berhak untuk:
 - a. memperoleh informasi tentang tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - c. memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi;
 - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional

- e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya termasuk data-data medisnya;
- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternative tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan, atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana;
- r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (2) Pasien Rumah Sakit berkewajiban untuk:
- a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya;
 - b. mentaati seluruh prosedur yang berlaku di Rumah Sakit;
 - c. Menghormati hak pasien lain, pengunjung dan hak tenaga kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di Rumah Sakit;
 - d. Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
 - e. Menggunakan fasilitas Rumah Sakit secara bertanggung jawab;
 - f. Menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
 - g. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

BAB XXI

TUNTUTAN HUKUM DAN PEMBERIAN BANTUAN HUKUM

Pasal 286

- (1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit dituntut berkaitan dengan hukuman pidana dan/atau perdata, maka tindak lanjut berdasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka Rumah Sakit bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan/ SPO yang telah ditetapkan.
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu yang tidak mematuhi aturan/ SPO yang telah ditetapkan, maka Rumah Sakit tidak bertanggung jawab atas tuntutan tersebut.
- (4) Apabila hasil penelitian menunjukkan kebenaran dugaan pelanggaran, maka yang bersangkutan dapat diusulkan

kepada Direktur untuk diberlakukan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;

- (5) Pemerintah Daerah Kabupaten Tebo dapat menyediakan anggaran terhadap kasus penyelesaian hukum terhadap masyarakat sebagai perlindungan hukum dan bantuan hukum sesuai ketentuan Perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilakukan sesuai mekanisme permohonan dari pihak berwajib/ penegak hukum.
- (7) Mekanisme pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dilakukan dengan mekanisme permohonan dari Penegak Hukum melalui Rumah Sakit disampaikan kepada Bagian Hukum Setda Pemerintah Daerah Kabupaten Tebo.
- (8) Pemberian bantuan hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dengan anggaran APBD Kabupaten Tebo.

BAB XXII

PENGISIAN JABATAN

Pasal 287

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati dari Pegawai Aparatur Sipil Negara yang memenuhi syarat atas usul Sekretaris Daerah Kabupaten selaku Ketua Badan Pertimbangan Jabatan dan Kepangkatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (2) Jabatan Struktural selain Direktur diisi Pegawai Aparatur Sipil Negara atas usulan Direktur kepada Bupati sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (3) Pegawai Aparatur Sipil Negara yang menduduki jabatan pimpinan tinggi, jabatan administrator dan jabatan pengawas Rumah Sakit memenuhi persyaratan kompetensi:
 - a. teknis;
 - b. manajerial; dan
 - c. sosial kultural.

- (4) Selain memenuhi kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Pegawai Aparatur Sipil Negara yang menduduki jabatan harus memenuhi kompetensi Pemerintahan.
- (5) Kompetensi teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a diukur dari tingkat dan spesialisasi pendidikan, pelatihan teknis fungsional dan pengalaman bekerja secara teknis yang dibuktikan dengan sertifikasi.
- (6) Kompetensi manajerial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b diukur dari tingkat pendidikan, pelatihan struktural atau manajemen dan pengalaman kepemimpinan.
- (7) Kompetensi sosial kultural sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c diukur dari pengalaman kerja berkaitan dengan masyarakat majemuk dalam hal agama, suku dan budaya sehingga memiliki wawasan kebangsaan.
- (8) Kompetensi pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi kompetensi pengetahuan, sikap, dan ketrampilan yang terkait dengan kebijakan desentralisasi, hubungan Pemerintah Pusat dan Daerah, pemerintahan umum, pengelolaan keuangan daerah, Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah, hubungan Pemerintah Daerah Kabupaten dengan Dewan Perwakilan Rakyat Kabupaten, serta etika pemerintahan.
- (9) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

BAB XXIII
PELAKSANAAN PERATURAN
POLA TATA KELOLA
Pasal 288

Seluruh pelaksanaan dan petunjuk teknis dari Peraturan ini akan diatur dalam Standar Prosedur Operasional yang ditetapkan oleh Direktur.

BAB XXIV
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 289

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, maka Peraturan Bupati Tebo Nomor 61 Tahun 2019 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin Kabupaten Tebo (Berita Daerah Kabupaten Tebo Tahun 2019 Nomor 61), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 290

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah.

Ditetapkan di Muara Tebo
pada tanggal 02 Desember 2022



Diundangkan di Muara Tebo
Pada tanggal : 2022
02 Desember
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN TEBO,

TEGUH ARHADI

BERITA DAERAH KABUPATEN TEBO TAHUN 2022 NOMOR 156.

LOGO RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN THAHA SAIFUDDIN

1. Logo



2. Arti logo Rumah Sakit

a. Arti warna logo

- 1) hijau memiliki arti adanya kedamaian dan kenyamanan
- 2) biru memiliki arti adanya kelembutan
- 3) merah memiliki arti adanya semangat yang penuh enerjik
- 4) putih memiliki arti adanya ketulusan dan kesucian hati

b. Arti bentuk logo

- 1) bingkai yang bulat memiliki arti adanya kebulatan tekad dalam mencapai tujuan
- 2) sayap besar dan kecil memiliki arti adanya keinginan siap terbang tanpa membedakan besar dan kecil (siap bersaing)
- 3) dua ular memiliki arti adanya penyakit yang harus diobati
- 4) jarum memiliki arti adanya tindakan untuk membunuh penyakit (pengobatan)
- 5) dua buah huruf "S" kiri dan kanan memiliki arti bagian nama "sultan - saifuddin"
- 6) sayap berbentuk huruf "T" memiliki arti bagian nama "Thaha"

c. Arti logo secara keseluruhan

"Dengan kebulatan tekad RSUD STS TEBO memberi pelayanan dengan ketulusan hati penuh semangat dalam kedamaian untuk mengobati pasiennya serta siap untuk bersaing pada masa yang akan datang dalam dunia globalisasi"

d. Logo ini di design pada tanggal 18 Januari 2007.



LAMPIRAN II : PERATURAN BUPATI TEBO
NOMOR : 156 TAHUN 2022
TANGGAL : 02 Desember 2022

STRUKTUR KEPEMILIKAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN THAHA SAIFUDDIN

