



BUPATI TULUNGAGUNG  
PROVINSI JAWA TIMUR  
PERATURAN BUPATI TULUNGAGUNG

NOMOR 31 TAHUN 2018

TENTANG

TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. ISKAK TULUNGAGUNG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TULUNGAGUNG,

- Menimbang : a. bahwa sesuai dengan ketentuan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012, maka Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung sebagai Perangkat Daerah yang melaksanakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah telah menyusun pola tata kelola yang dituangkan dalam Peraturan Bupati Tulungagung Nomor 82 Tahun 2014 tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Tulungagung Nomor 81 Tahun 2016;
- b. bahwa dalam rangka meningkatkan kualitas layanan dan kualitas pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung serta untuk menyesuaikan dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS), maka terhadap Peraturan Bupati sebagaimana dimaksud pada huruf a perlu dilakukan penyesuaian;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, dan huruf b, maka perlu menyusun kembali Peraturan Bupati tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 1441, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. 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);
6. 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);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
8. 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);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
11. Peraturan 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);
12. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011;

17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
18. 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;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan Daerah;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
22. Peraturan Daerah Kabupaten Tulungagung Nomor 8 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung (Lembaran Daerah Kabupaten Tulungagung Tahun 2010 Nomor 08 Seri E);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG TATA KELOLA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. ISKAK TULUNGAGUNG.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Tulungagung.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Tulungagung.
3. Bupati adalah Bupati Tulungagung.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung, sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Rumah Sakit yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
7. Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
8. Tata Kelola Korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi terselenggara dengan baik

melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola dan komite medis di rumah sakit.

9. Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit
10. 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.
11. Jabatan struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi rumah sakit yang terdiri dari Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub. Bagian dan Kepala Seksi.
12. 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.
13. Pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit adalah pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri dari Direktur dan Wakil Direktur.
14. Pejabat Pelaksana Keuangan dan Pejabat Pelaksana Teknis adalah Kepala Bagian atau Bidang dan Kepala Sub Bagian atau Kepala Seksi.
15. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
16. Rencana Strategis Bisnis BLUD yang selanjutnya disingkat Renstra Bisnis BLUD adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional BLUD.
17. Rencana Bisnis Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran.
18. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa yang dihasilkan dan/atau digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
19. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
20. Tenaga Medis adalah dokter umum, dokter gigi, dokterspesialis dan dokter gigi spesialis terdiri dari Staf Medik Struktural dan Staf Medik fungsional.
21. Staf Medis yang selanjutnya disingkat SM adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis di rumah sakit.
22. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri



34. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
35. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
36. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran atau administrasi pelayanan guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.
37. Satuan Pengendali Internal 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.
38. Dokter Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) adalah Dokter peserta didik Spesialisasi dari Rumah Sakit Pendidikan Utama dimana Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung merupakan jejaring Rumah Saki Pendidikan tersebut yang sedang melaksanakan praktek di Rumah Sakit.
39. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
40. Remunerasi adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/atau pensiun yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit.
41. 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.
42. 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.
43. 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.
44. 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.

BAB II  
LINGKUP DAN PRINSIP TATA KELOLA RUMAH SAKIT

Pasal 2

- (1) Tata Kelola merupakan peraturan internal Rumah Sakit, yang didalamnya memuat:
  - a. Tata Kelola Korporasi;
  - b. Tata kelola Staf Medis;
  - c. Tata Kelola Keperawatan;
  - d. Pengelolaan Rumah Sakit;
  - e. Standar Pelayanan Minimal;
  - f. Pengelolaan Keuangan;
  - g. Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit dan Sumber Daya Lainnya; dan
  - h. Informasi Medis.
- (2) Tata Kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
  - a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. resposibilitas; dan
  - d. independensi.

Pasal 3

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

BAB III  
TATA KELOLA KORPORASI

Bagian Kesatu  
Pemilik

Paragraf 1  
Umum

Pasal 4

- (1) Bupati merupakan Pemilik Rumah Sakit yang dalam melaksanakan tanggung jawabnya memiliki kewenangan:
  - a. menetapkan peraturan yang berkaitan dengan pelayanan di Rumah Sakit;
  - b. menyetujui kebijakan dan strategis dalam mengoperasionalkan Rumah Sakit,
  - c. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Representasi Pemilik selaku Dewan Pengawas;
  - d. mengesahkan Renstra Rumah Sakit Umum Daerah;
  - e. menunjuk Pejabat untuk mengesahkan Renstra Bisnis BLUD dan RBA dengan diketahui Dewan Pengawas;
  - f. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai peraturan yang berlaku;
  - g. mengevaluasi kinerja pejabat pengelola baik kinerja keuangan, maupun non keuangan (pelayanan) setidaknya 1 (satu) kali dalam satu tahun melalui Institusi yang ditunjuk (LAKIP);
  - h. menyetujui, menetapkan, dan mengesahkan Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, Nilai-nilai Dasar dan Janji Layanan Rumah Sakit;
  - i. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit;
  - j. menunjuk atau menetapkan direksi rumah sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja tiap-tiap individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
  - k. menunjuk atau menetapkan Dewan Pengawas, tanggungjawab dan wewenang, serta melakukan penilaian kinerja Dewan Pengawas secara berkala minimal setahun sekali;
  - l. menetapkan struktur organisasi rumah sakit;
  - m. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumberdaya manusia rumah sakit;
  - n. memberikan arahan kebijakan rumah sakit;
  - o. memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit, serta melakukan reviu secara berkala misi rumah sakit.
- (2) Bupati selaku pemilik rumah sakit dapat mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur meliputi:
  - a. pengelompokan jenis pelayanan dan besaran jasa pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - b. melaksanakan perjanjian kerjasama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan pada Rumah Sakit;
  - c. melakukan publikasi visi dan misi Rumah Sakit;

- d. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.
- (3) Kinerja pemilik merupakan bagian dalam Laporan Pertanggungjawaban Bupati dan dilakukan penilaian setiap tahun.

Bagian Kedua  
Rumah Sakit

Paragraf 1  
Identitas Rumah Sakit

Pasal 4

Identitas Rumah Sakit ditetapkan sebagai berikut:

- a. Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung;
- b. Kelas rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Pendidikan;
- c. Alamat rumah sakit adalah di Jalan Dr. Wahidin Sudiro Husodo Tulungagung.
- b. Logo Rumah Sakit dan arti logo sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Peraturan Bupati ini.

Paragraf 2

Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Daerah yang merupakan Perangkat Daerah unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan, dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Rumah Sakit mempunyai tugas pokok menyusun dan melaksanakan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan perorangan di Rumah Sakit.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Rumah Sakit mempunyai fungsi:
  - a. perumusan kebijakan teknis di bidang Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit;
  - b. pemberian dukungan atas penyelenggaraan Pemerintahan Daerah di bidang Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit;
  - c. pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit;
  - d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai bidang pelayanan kesehatan di bidang Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit.

Paragraf 3

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

Pasal 6

- (1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional pada Rumah Sakit ditetapkan Visi "**Terwujudnya**

### **Rumah Sakit Rujukan dan Pendidikan Yang Handal Dan Terjangkau Dalam Pelayanan ”.**

- (2) Sebagai upaya untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai misi untuk:
  - a. meningkatkan mutu dan akses pelayanan kesehatan; dan
  - b. menyelenggarakan pendidikan dan penelitian yang bermutu di bidang kesehatan dan kedokteran;
  - c. mewujudkan manajemen Rumah Sakit yang akuntabel.
- (3) Untuk mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (2), Rumah Sakit mempunyai tujuan :
  - a. meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dengan mengutamakan keselamatan pasien;
  - b. meningkatkan mutu pendidikan, pelatihan dan penelitian di bidang kesehatan untuk menunjang pelayanan Rumah Sakit;
  - c. Meningkatkan manajemen rumah sakit yang profesional, akuntabel dan transparan.
- (4) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Rumah sakit memiliki Sasaran Strategis sebagai berikut :
  - a. meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit;
  - b. meningkatkan mutu pendidikan, pelatihan dan penelitian di rumah sakit;
  - c. sinkronisasi antara kebijakan nasional dan daerah;
  - d. meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialisik dan paramedis disertai dengan peningkatan kualitas dan pelatihan;
  - e. mengembangkan, menambah dan memelihara sarana dan prasarana peralatan medis (*medical equipment*), utamanya yang berkaitan dengan teknologi tinggi;
  - f. meningkatkan pelayanan dengan membuka spesialis/sub spesialis dan melengkapi sarana dan prasarana;
  - g. meningkatkan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efisiensi pelayanan serta melakukan kerjasama dengan pelayanan kesehatan lokal, nasional dan internasional; /
  - h. melakukan efisiensi dan efektifitas pelayanan pada semua unit kerja dan unit kegiatan;
  - i. melaksanakan akuntabilitas pelayanan secara berkesinambungan, melakukan audit medis, audit keuangan dan kelompok budaya kerja;
  - j. Meningkatkan kualitas manajemen rumah sakit.
- (5) Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.
- (6) Perubahan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan oleh Bupati sebagai pemilik Rumah Sakit dalam Peraturan Bupati.

#### Pasal 7

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Rumah Sakit memiliki motto “Kesembuhan, Keselamatan dan Kenyamanan Pasien Tujuanku”.

## Pasal 8

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

- a. citra pelayanan yaitu berupa pelayanan cepat, mudah, penuh perhatian serta ketetapan pengobatan dan penyembuhan penyakit;
- b. citra kebersihan yaitu melalui terciptanya Rumah Sakit yang bersih, tertib, sehat, indah dan menarik (BERSINAR);
- 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, tanpa pamrih dan penuh rasa tanggungjawab.

## Pasal 9

Janji layanan Rumah Sakit kepada masyarakat adalah memberikan pelayanan sesuai standar dengan mengutamakan keselamatan dan kenyamanan pasien.

### Bagian Ketiga Dewan Pengawas

#### Paragraf 1

#### Umum

#### Pasal 10

- (1) Dewan Pengawas merupakan representasi dari Pemilik Rumah Sakit yang dibentuk 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.
- (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

Tugas, Kewajiban, dan Tanggungjawab Dewan Pengawas

#### Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas berkewajiban:

- a. melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh pejabat pengelola mengenai Rencana Bisnis Anggaran dan Rencana Strategis Bisnis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - b. memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik mengenai Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh Direktur;
  - c. memantau perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Pemilik berkaitan dengan pengelolaan Rumah Sakit;
  - d. memberikan laporan tentang penilaian kinerja Rumah Sakit kepada Bupati secara berkala minimal 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun;
  - e. memberikan Laporan Penilaian Kinerja Direktur kepada Bupati secara berkala 1 (satu) tahun sekali;
  - f. melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun dan sewaktu – waktu apabila diperlukan.
  - g. memberikan konsultasi kepada Pejabat Pengelola berkaitan dengan permasalahan yang timbul dalam pengelolaan Rumah Sakit;
  - h. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja, baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelola;
  - i. melakukan monitoring terhadap tindak lanjut atas hasil evaluasi dan penilaian kinerja;
  - j. mengawasi pencapaian seluruh misi Rumah Sakit;
  - k. mengesahkan dan mengawasi program-program Rumah Sakit termasuk diantaranya program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, program pendidikan dan penelitian;
- (3) Tata Laksana pelaksanaan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dalam Pedoman Dewas Pengawas.
- (4) Tanggungjawab Dewan Pengawas:
- a. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
  - b. menyetujui rencana strategi rumah sakit;
  - c. mengawasi serta membina pelaksanaan rencana strategis;
  - d. menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut;
  - e. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
  - f. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - g. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan rumah sakit;
  - h. mengawasi serta menjaga hak dan kewajiban rumah sakit di laksanakan oleh rumah sakit;
  - i. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 3  
Keanggotaan Dewan Pengawas  
Pasal 12

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur-unsur :
  - a. pejabat Satuan Kerja Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit;
  - b. pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan Daerah; dan
  - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (2) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota Dewan Pengawas, yaitu :
  - a. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia atau keahlian khusus yang diperlukan Rumah Sakit dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Paragraf 4  
Masa Jabatan Dewan Pengawas  
Pasal 13

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

Paragraf 5  
Sekretaris Dewan Pengawas  
Pasal 14

- (1) Direktur dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.

Paragraf 6  
Penilaian Kinerja Dewan Pengawas  
Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas berkewajiban melaporkan hasil kinerjanya kepada Pemilik setiap 1 (satu) tahun sekali.
- (2) Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan Pemilik.
- (3) Penilaian didasarkan pada laporan pelaksanaan tugas dan kepatuhan terhadap Peraturan Perundang-Undangan.

Paragraf 7  
Operasional Dewan Pengawas

Pasal 16

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 Dr. Iskak Tulungagung dan dimuat dalam RBA.

Bagian Keempat  
Pejabat Pengelola  
Paragraf 1  
Struktur Organisasi

Pasal 17

- (1) Struktur organisasi menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku sebagaimana tercantum dalam Lampiran III Peraturan Bupati ini.
- (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 prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompetensi untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.
- (5) Kepala Bidang/Bagian/merupakan para pimpinan di rumah sakit yang diberi sejumlah tanggung jawab secara keseluruhan untuk mengantarkan rumah sakit dalam mencapai misinya dalam lingkup Bidang/Bagian masing-masing.
- (6) Yang disebut Pejabat Pengelola Rumah Sakit yaitu:
  - a. Direktur
  - b. Wakil Direktur Umum dan Keuangan
    1. Bagian Tata Usaha, membawahi :
      - a) Sub Bagian Perlengkapan;
      - b) Sub Bagian Kepegawaian; dan
      - c) Sub Bagian Umum.
    2. Bagian Keuangan, membawahi :
      - a) Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi;
      - b) Sub Bagian Anggaran; dan
      - c) Sub Bagian Perbendaharaan.
    3. Bagian Perencanaan, membawahi :
      - a) Sub Bagian Hukum dan Perundang-Undangan;
      - b) Sub Bagian Penyusunan dan Evaluasi Program; dan
      - c) Sub Bagian Pengembangan Sumber Daya Manusia.
  - c. Wakil Direktur Pelayanan, membawahi :
    1. Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan, membawahi :
      - a. Seksi Pelayanan Medis; dan
      - b. Seksi Pelayanan Keperawatan.

2. Bidang Pelayanan Penunjang, membawahi :
    - a) Seksi Pelayanan Penunjang Medis; dan
    - b) Seksi Pelayanan Penunjang Non Medis.
  3. Bidang Pengendalian Pelayanan, membawahi :
    - a) Seksi Informasi dan Pemasaran; dan
    - b) Seksi Penelitian dan Monitoring Pelayanan.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang memangku jabatan rangkap sebagai :
    - a. Direksi pada BUMN;
    - b. Direksi pada Rumah Sakit swasta;
    - c. Jabatan lain yang berhubungan dengan pengurusan perusahaan.
  - (3) Direktur bertanggung jawab kepada Bupati terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan.
  - (4) Wakil Direktur sebagaimana dimaksud pada huruf b dan huruf c, bertanggungjawab kepada Direktur sesuai bidang tanggung jawab masing-masing.
  - (5) Susunan Pejabat Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
  - (6) Perubahan susunan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (6) ditetapkan oleh 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 (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatannya.
  - (9) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
  - (10) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
  - (11) 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 atau jenis layanan tertentu yang berada di bawah arahan pimpinan pelayanan yang disebut organisasi pelaksana atau Instalasi.
  - (12) Dalam pelaksanaan pelayanan Instalasi dapat terdiri dari unit-unit sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
  - (13) 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.
  - (14) Struktur organisasi dapat mendukung proses budaya keselamatan di rumah sakit dan komunikasi antarprofesi.
  - (15) Struktur organisasi dapat mendukung proses perencanaan pelayanan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan.

- (16) Struktur organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi.
- (17) Struktur organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas mutu pelayanan klinis.

Paragraf 2  
Kedudukan Direksi Rumah Sakit

Pasal 19

- (1) Untuk melaksanakan kegiatan operasional rumah sakit sehari-hari Bupati menetapkan Direktur Rumah Sakit yang dibantu Wakil Direktur Rumah Sakit.
- (2) Direktur Rumah Sakit merupakan pimpinan tertinggi di rumah sakit yang ditetapkan oleh Pemilik.
- (3) Persyaratan Direktur Rumah Sakit adalah tenaga medis ahli perumahsakitian.
- (4) Direktur bertanggung jawab untuk menjalankan misi rumah sakit yang sudah ditetapkan oleh Pemilik atau repretansi pemilik serta menyusun regulasi pelayanan dan manajemen untuk menjalankan rumah sakit.

Paragraf 3  
Persyaratan Menjadi Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 20

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 perumahsakitian 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. berijazah Sarjana Strata 2 (dua) di bidang perumahsakitian;
- h. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

Pasal 21

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur 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 (PNS);
- 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. berijazah Strata 2 (dua) di bidang kesehatan atau keuangan;
- i. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

#### Pasal 22

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan adalah:

- a. seorang dokter/dokter gigi/dokter spesialis 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 (PNS);
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
- g. berijazah Strata 2 (dua) di bidang kesehatan;
- h. bersedia mengikuti berbagai pendidikan dan pelatihan guna menunjang pekerjaan.

#### Paragraf 4

Tugas, Fungsi dan Kewenangan Direktur

#### Pasal 23

Tugas Direktur adalah memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan dibidang perencanaan, keuangan, ketatausahaan, pelayanan kesehatan dan pengendalian pelayanan serta melaporkan hasil peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Bupati selaku Pemilik melalui Dewan Pengawas selaku Representasi Pemilik.

#### Pasal 24

Direktur memiliki fungsi :

- a. perumusan kebijakan dibidang pelayanan kesehatan dan prosedur yang dibutuhkan untuk menjalankan bahwa kebijakan dan prosedur yang telah dijalankan;
- b. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan kesehatan;
- c. pemberian arahan dan petunjuk teknis serta pengelolaan dibidang pelayanan kesehatan;
- d. pemberian arahan dan petunjuk teknis pemasaran dan informasi pelayanan kesehatan;

- e. penandatanganan naskah dinas keluar;
- f. penyelenggaraan kerjasama dengan pihak lain;
- g. peninjauan Falsafah, Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, Nilai-nilai Dasar dan Janji Layanan Rumah Sakit secara berkala minimal sekali dalam 5 (lima) tahun;
- h. pengumuman visi Rumah Sakit kepada publik;
- i. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas;
- j. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Bupati.

#### Pasal 25

Uraian Tugas, Tanggungjawab dan Kewenangan 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. menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
- e. meindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
- f. menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- g. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di Rumah Sakit;
- h. menyusun kebijakan Operasional Rumah Sakit termasuk Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien serta Program Pendidikan Profesi Kesehatan dan Penelitian;
- i. menetapkan regulasi rumah sakit meliputi peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit;
- j. mengusulkan, mengangkat dan memberhentikan pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- k. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan penghargaan kepada pegawai, yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
- m. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- n. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dibawah Direktur kepada Bupati;
- o. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen manakala diperlukan;
- p. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- q. Pengelompokan jenis pelayanan dan besaran jasa pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Iskak Tulungagung;



- r. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- s. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
- t. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola dibawah Direktur;
- u. mengusulkan Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit dan Rencana Mutu dan Keselamatan pasien kepada Bupati;
- v. menjadi Pengguna Anggaran bagi Direktur yang berasal dari PNS.

#### Pasal 26

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

#### Paragraf 5

#### Tugas dan Fungsi Wakil Direktur Umum Dan Keuangan

#### Pasal 27

- (1) Tugas Wakil Direktur Umum dan Keuangan adalah memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan bidang perencanaan dan evaluasi, keuangan serta ketatausahaan.
- (2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Wakil Direktur Umum dan Keuangan yang berada dibawah bertanggung jawab kepada Direktur.

#### Pasal 28

Dalam melaksanakan tugas Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai fungsi:

- a. perumusan pelaksanaan teknis kebijakan di Bagian Perencanaan, Ketatausahaan dan Keuangan;
- b. pemberian arahan dan petunjuk teknis di Bagian Perencanaan, Ketatausahaan, dan Keuangan;
- c. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas di Bagian Perencanaan, Ketatausahaan dan Keuangan;
- d. penandatanganan naskah dinas keluar sesuai kewenangannya;
- e. penyusunan laporan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
- f. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.



Paragraf 6  
Tugas dan Fungsi Wakil Direktur Pelayanan

Pasal 29

- (1) Tugas Wakil Direktur Pelayanan adalah memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi serta melaksanakan pengendalian terhadap penyelenggaraan dibidang pelayanan medis dan keperawatan, penunjang dan pengendalian pelayanan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Wakil Direktur Pelayanan mempunyai fungsi :
  - a. perumusan pelaksanaan teknis kebijakan di bidang Pelayanan;
  - b. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan tugas di bidang Pelayanan;
  - c. pemberian arahan dan petunjuk teknis pemasaran dan informasi pelayanan kesehatan;
  - d. pemberian arahan dan petunjuk teknis pelaksanaan pelayanan;
  - e. penyempurnaan konsep dan penandatanganan atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - f. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - g. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
- (3) Wakil Direktur Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Wakil Direktur Pelayanan yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.

Paragraf 7  
Pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 30

- Direktur dan Wakil Direktur dapat diberhentikan karena :
- a. meninggal dunia;
  - b. berhalangan secara tetap tanpa keterangan sekurang-kurangnya 46 (empat puluh enam) hari secara akumulatif dalam satu tahun;
  - c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
  - 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 8  
Evaluasi Kinerja Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 31

- (1) Evaluasi Kinerja Direktur :

- a. Evaluasi Kinerja Direktur berdasarkan pencapaian kinerja dan mutu Rumah Sakit berdasarkan Rencana Bisnis Anggaran (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 Wakil Direktur Umum dan Keuangan:
- a. Evaluasi Kinerja Wakil Direktur berdasarkan pencapaian kinerja umum dan keuangan.
  - b. Evaluasi kinerja Wakil Direktur Umum dan Keuangan terdiri dari kinerja mutu umum dan keuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
  - c. Evaluasi Kinerja Wakil Direktur Umum Dan Keuangan dinilai oleh Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.
- (3) Evaluasi Kinerja Wakil Direktur Pelayanan:
- a. Evaluasi Kinerja Wakil Direktur berdasarkan pencapaian kinerja Pelayanan.
  - b. Evaluasi kinerja Wakil Direktur Pelayanan terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
  - c. Evaluasi Kinerja Wakil Direktur Pelayanan dinilai oleh Direktur dalam 1 (satu) tahun sekali.

Bagian Keempat  
Kepala Bidang/Bagian  
Paragraf 1  
Umum  
Pasal 32

- (1) Pemilik menetapkan Kepala Bidang/Bagian Rumah Sakit dan secara bersama bertanggungjawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.
- (2) Kepala Bidang/ Bagian bertanggungjawab kepada Wakil Direktur, sesuai peraturan perundang-undangan pimpinan tersebut meliputi:
  - a. Unsur pimpinan pelayanan medis;
  - b. Unsur pimpinan keperawatan;
  - c. Unsur pimpinan penunjang medis;
  - d. Unsur pimpinan administrasi umum dan keuangan.
- (3) Kualifikasi jabatan untuk para Kepala Bidang/Bagian tersebut sesuai dengan persyaratan.
- (4) Para Kepala Bidang/Bagian terlibat dalam mendefinisikan-operasionalkan misi Rumah Sakit, dan berdasarkan atas misi tersebut, para Kepala Bidang/Bagian bekerjasama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.



Paragraf 2  
Persyaratan Jabatan, Tugas dan Fungsi  
Kepala Bidang/Bagian

Pasal 33

- (1) Persyaratan Jabatan Kepala Bidang/Bagian:
  - 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:
  - a. Bagian Tata Usaha :
    - 1) Memberikan pelayanan administrasi dan pemenuhan kebutuhan dibidang Kepegawaian, Perlengkapan dan keperluan lain kepada semua unsur yang ada dilingkungan Rumah Sakit.
    - 2) Pengelolaan urusan rumah tangga, surat menyurat dan kearsipan;
    - 3) Pengelolaan administrasi perlengkapan perkantoran dan pemeliharaan sarana / prasarana Rumah Sakit;
    - 4) Pengelolaan administrasi kepegawaian;
    - 5) Pengkoordinasian pengelolaan pengadaan barang dan jasa;
    - 6) Penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
    - 7) Pengkoordinasian penyelenggaraan pelayanan instalasi yang ada.
  - b. Bagian Keuangan
    - 1) Menyusun rencana anggaran pendapatan dan belanja, melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja, menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan.
    - 2) Pengelolaan pendapatan dan belanja;
    - 3) Penyelenggaraan verifikasi, akuntansi dan penyusunan laporan keuangan;
    - 4) Pelaksanaan pembinaan teknis administrasi keuangan;
    - 5) Pelaksanaan penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
    - 6) Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
  - c. Bagian Perencanaan :
    - 1) Melaksanakan telaah produk hukum dan perundang-undangan, penyusunan dan evaluasi program serta pengembangan sumber daya manusia;
    - 2) Perumusan produk hukum dan perundangundangan;
    - 3) Pengumpulan dan pengolahan data dalam rangka penyusunan program;
    - 4) Perumusan, penyusunan program dan kegiatan; eny
    - 5) Penyempurnaan konsep naskah perjanjian kerjasama;

- 6) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program dan kegiatan;
  - 7) Penyusunan laporan pelaksanaan program dan kegiatan;
  - 8) Perencanaan dan pengembangan sumber daya manusia;
  - 9) Pelaksanaan koordinasi kegiatan pendidikan dengan institusi pendidikan;
  - 10) Penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas
  - 11) Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- d. Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan:
- 1) Melaksanakan kegiatan pelayanan medis dan keperawatan;
  - 2) Penyusunan rencana kegiatan pelayanan medis dan keperawatan;
  - 3) Penyusunan rencana kebutuhan tenaga, sarana pelayanan medis dan keperawatan serta pendidikan untuk tenaga medis dan keperawatan;
  - 4) Pengkoordinasian, pengarahan, pengendalian, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelayanan medis dan keperawatan;
  - 5) Pengkoordinasian penyelenggaraan pelayanan instalasi yang ada dibawahnya;
  - 6) Penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - 7) Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Pelayanan.
- e. Bidang Pengendalian Pelayanan :
- 1) Melaksanakan pengendalian dan evaluasi kegiatan pelayanan informasi dan pemasaran, penelitian dan monitoring.
  - 2) Penyusunan rencana kegiatan pengendalian pelayanan;
  - 3) Pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan;
  - 4) Pengendalian kegiatan penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan;
  - 5) Pengendalian pengelolaan rekam medik;
  - 6) Pengendalian pelaksanaan kegiatan informasi dan pemasaran;
  - 7) Pengelolaan kegiatan data elektronik;
  - 8) Pengkoordinasian penyelenggaraan pelayanan instalasi yang ada dibawahnya;
  - 9) Penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - 10) Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Pelayanan.
- f. Bidang Pengendalian Pelayanan :
- 1) Melaksanakan pengendalian dan evaluasi kegiatan pelayanan informasi dan pemasaran, penelitian dan monitoring.
  - 2) Penyusunan rencana kegiatan pengendalian pelayanan;

- 3) Pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan;
- 4) Pengendalian kegiatan penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan;
- 5) Pengendalian pengelolaan rekam medik;
- 6) Pengendalian pelaksanaan kegiatan informasi dan pemasaran; Pengelolaan kegiatan data elektronik;
- 7) Pengkoordinasian penyelenggaraan pelayanan instalasi yang ada dibawahnya;
- 8) Penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
- 9) Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur Pelayanan.

Paragraf 3

Evaluasi Kinerja Kepala Bidang/Bagian

Pasal 34

- (1) Evaluasi kinerja Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bagian Keuangan dan Kepala Bagian Perencanaan dinilai Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (2) Evaluasi kinerja Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan, Kepala Bidang Pelayanan Penunjang dan Kepala Bidang Pengendalian Pelayanan dinilai Wakil Direktur Pelayanan.
- (3) Evaluasi Kinerja Kepala Bagian/Bidang berdasarkan pencapaian kinerja.
- (4) Evaluasi kinerja Kepala Bagian/ Bidang terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).

Bagian Kelima

Kepala Seksi/ Sub Bagian

Paragraf 1

Umum

Pasal 35

- (1) Pemilik menetapkan Kepala Seksi/Sub Bagian Rumah Sakit dan secara bersama bertanggungjawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.
- (2) Kepala Seksi / Kepala Sub Bagian berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Bidang/Kepala Bagian.
- (3) Kepala Seksi/Sub Bagian meliputi:
  - a. Kepala Seksi Pelayanan Medis;
  - b. Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan;
  - c. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medis;
  - d. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Non Medis;
  - e. Kepala Seksi Informasi dan Pemasaran;
  - f. Kepala Seksi Penelitian dan Monitoring Pelayanan;
  - g. Kepala Sub Bagian Perlengkapan;
  - h. Kepala Sub Bagian Kepegawaian;
  - i. Kepala Sub Bagian Umum;
  - j. Kepala Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi;
  - k. Kepala Sub Bagian Anggaran;

- l. Kepala Sub Bagian Perbendaharaan;
  - m. Kepala Sub Bagian Hukum dan Perundang-Undangan;
  - n. Kepala Sub Bagian Penyusunan dan Evaluasi Program;
  - o. Kepala Sub Bagian Pengembangan Sumber Daya Manusia.
- (4) Kualifikasi jabatan untuk para Kepala Seksi/Kepala Sub Bagian tersebut sesuai dengan persyaratan.
- (5) Para Kepala Seksi/Sub Bagian terlibat dalam mengimplementasikan dan menyesuaikan rencana dan program dengan misi Rumah Sakit, dan berdasarkan atas misi tersebut, bekerjasama mengembangkan berbagai rencana/program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.

Paragraf 2  
Persyaratan, Tugas dan Fungsi  
Kepala Seksi/ Sub Bagian

Pasal 36

- (1) Persyaratan Jabatan Kepala Seksi/ Sub Bagian:
- 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 (Tahun) terakhir;
  - e. Memiliki kompetensi jabatan yang diperlukan.
- (2) Uraian Tugas dan Fungsi:
- a. Sub Bagian Perlengkapan :
    - 1) Menyusun dan menyelenggarakan pemenuhan kebutuhan serta pemeliharaan sarana Rumah Sakit;
    - 2) Melakukan tata usaha / administrasi, inventarisasi, pemanfaatan dan pengamanan barang inventaris kekayaan Rumah Sakit;
    - 3) Merencanakan dan menganalisa kebutuhan serta melaksanakan pengadaan barang - barang Rumah Sakit; d. melaksanakan urusan rumah tangga Rumah Sakit;
    - 4) Melakukan pengelolaan pengadaan barang dan jasa; f. melakukan pengelolaan aset;
    - 5) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai dengan bidangnya;
    - 6) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha.
  - b. Sub Bagian Kepegawaian :
    - 1) Menyusun dan memelihara data perencanaan serta pengembangan pegawai;
    - 2) Menyiapkan data usulan pengangkatan, penempatan dalam jabatan, pendidikan lanjutan, hukuman jabatan, pemberhentian, mutasi (pemindahan, kenaikan pangkat, kenaikan gaji berkala), bebas tugas, pemberian tanda jasa dan segala sesuatu yang berhubungan dengan kepegawaian;

- 3) Menyiapkan bahan dan melakukan upaya dalam meningkatkan disiplin pegawai serta mengurus kesejahteraan dan kedudukan hukum pegawai;
  - 4) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - 5) Melakukan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha.
- c. Melaksanakan pengelolaan urusan surat menyurat dan tata usaha kearsipan serta tata naskah dinas elektrolik;
- 1) Melaksanakan kegiatan bidang perpustakaan;
  - 2) Melaksanakan urusan keprotokolan;
  - 3) Mengurus kendaraan dinas dan perjalanan dinas;
  - 4) Melakukan pengaturan tata laksana prasarana Rumah Sakit beserta kelengkapannya;
  - 5) Menyusun rencana pemeliharaan dan pelaksanaan pemeliharaan prasarana Rumah Sakit;
  - 6) Mengendalikan dan memantau pelayanan instalasi yang ada dibawahnya;
  - 7) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai dengan bidangnya;
  - 8) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha.
- d. Sub Bagian Verifikasi dan akuntansi :
- 1) Melaksanakan verifikasi pengajuan dan pertanggungjawaban keuangan;
  - 2) Melaksanakan akuntansi dan penatausahaan administrasi keuangan;
  - 3) Melaksanakan penyusunan laporan keuangan;
  - 4) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai dengan bidangnya;
  - 5) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Keuangan.
- e. Sub Bagian Anggaran :
- 1) Melaksanakan penyusunan anggaran pendapatan dan belanja;
  - 2) Melaksanakan penyusunan alokasi anggaran;
  - 3) Mengadakan evaluasi dan penyusunan laporan realisasi anggaran sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
  - 4) Melaksanakan pengendalian anggaran;
  - 5) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - 6) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Keuangan.
- f. Sub Bagian Perbendaharaan:
- 1) Melaksanakan pengelolaan anggaran;
  - 2) Melaksanakan penatausahaan pendapatan dan belanja;
  - 3) Melaksanakan intensifikasi dan pengembangan pendapatan;
  - 4) Melaksanakan monitoring realisasi pendapatan dan realisasi belanja;
  - 5) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai dengan bidangnya;
  - 6) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Keuangan.

- g. Sub Bagian Hukum dan Perundang-Undangan:
  - 1) Melaksanakan telaah produk hukum dan perundang-undangan di bidang pelayanan kesehatan;
  - 2) Menyusun peraturan yang berkenaan dengan pelayanan kesehatan;
  - 3) Menyusun konsep dan mengoreksi naskah perjanjian kerjasama;
  - 4) Menyelesaikan permasalahan hukum yang timbul dalam pelaksanaan tugas;
  - 5) Melakukan advokasi/asistensi hukum kepada karyawan dalam pelaksanaan tugas;
  - 6) Melaksanakan monitoring dan evaluasi kegiatan medico legal;
  - 7) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai dengan bidangnya; Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Perencanaan;
- h. Sub Bagian Penyusunan dan Evaluasi Program :
  - 1) Menyusun rencana strategis;
  - 2) Merumuskan penyusunan program dan kesehatan;
  - 3) Mengumpulkan dan mengolah data dalam rangka penyusunan program dan kegiatan;
  - 4) Merencanakan dan mengendalikan pelaksanaan program dan kegiatan;
  - 5) Mengadakan evaluasi pelaksanaan program dan kegiatan;
  - 6) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai dengan bidangnya;
  - 7) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Perencanaan;
- i. Sub Bagian Pengembangan Sumber Daya Manusia:
  - 1) Merencanakan kegiatan pengembangan Sumber Daya Manusia;
  - 2) Mengkoordinasikan pelaksanaan pendidikan, penelitian dan pelatihan;
  - 3) Merencanakan program dan kegiatan pendidikan/praktik dengan institusi pendidikan
  - 4) Mengkoordinasikan pelaksanaan penelitian;
  - 5) Melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai dengan bidangnya;
  - 6) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Perencanaan.
- j. Seksi Pelayanan Medis:
  - 1) Membuat rencana kegiatan pelayanan medis;
  - 2) Membuat rencana kebutuhan tenaga dan sarana pelayanan medis;
  - 3) Mengendalikan dan memantau pelaksanaan kegiatan pelayanan medis;
  - 4) Mengendalikan dan memantau pelayanan instalasi yang ada dibawahnya;
  - 5) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - 6) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan;
- k. Seksi Pelayanan Keperawatan:

- 1) Menyusun rencana kegiatan pelayanan keperawatan;
  - 2) Menyusun rencana kebutuhan tenaga dan sarana pelayanan keperawatan;
  - 3) Mengendalikan dan memantau pelaksanaan kegiatan pelayanan keperawatan;
  - 4) Mengendalikan dan memantau pelayanan instalasi yang ada dibawahnya;
  - 5) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - 6) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan;
- l. Seksi Pelayanan Penunjang Medis:
- 1) Membuat rencana kegiatan pelayanan penunjang medis;
  - 2) Membuat rencana kebutuhan tenaga dan sarana pelayanan penunjang medis;
  - 3) Memantau pelaksanaan kegiatan pelayanan penunjang medis;
  - 4) Mengendalikan dan memantau pelayanan instalasi yang ada dibawahnya;
  - 5) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - 6) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Penunjang.
- m. Seksi Pelayanan Penunjang Non Medis:
- 1) Menyusun rencana kegiatan pelayanan penunjang non medis;
  - 2) Membuat rencana kebutuhan tenaga dan sarana pelayanan penunjang non medis;
  - 3) Memantau pelaksanaan kegiatan pelayanan penunjang non medis;
  - 4) Mengendalikan dan memantau pelayanan instalasi yang ada dibawahnya;
  - 5) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - 6) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Penunjang.
- n. Seksi Pelayanan Penunjang Medis:
- 1) Membuat rencana kegiatan pelayanan penunjang medis;
  - 2) Membuat rencana kebutuhan tenaga dan sarana pelayanan penunjang medis;
  - 3) Memantau pelaksanaan kegiatan pelayanan penunjang medis;
  - 4) Mengendalikan dan memantau pelayanan instalasi yang ada dibawahnya;
  - 5) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - 6) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Penunjang.
- o. Seksi Pelayanan Penunjang Non Medis:
- 1) Menyusun rencana kegiatan pelayanan penunjang non medis;
  - 2) Membuat rencana kebutuhan tenaga dan sarana pelayanan penunjang non medis;

- 3) Memantau pelaksanaan kegiatan pelayanan penunjang non medis;
  - 4) Mengendalikan dan memantau pelayanan instalasi yang ada dibawahnya;
  - 5) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - 6) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Penunjang.
- p. Seksi Informasi dan Pemasaran:
- 1) Melaksanakan kegiatan kehumasan;
  - 2) Melaksanakan kegiatan penyuluhan kesehatan Rumah Sakit;
  - 3) Melaksanakan kegiatan survey kepuasan masyarakat;
  - 4) Merencanakan dan mengevaluasi akses pelayanan;
  - 5) Melaksanakan kegiatan pemasaran Rumah Sakit;
  - 6) Melakukan pengelolaan kegiatan data elektronik;
  - 7) Mengendalikan dan memantau pelayanan instalasi yang ada dibawahnya;
  - 8) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - 9) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pengendalian Pelayanan;
- q. Seksi Penelitian dan Monitoring Pelayanan:
- 1) Mengendalikan dan monitoring mutu pelayanan;
  - 2) Mengendalikan dan monitoring penelitian yang dilakukan oleh pihak lain selain institusi pendidikan;
  - 3) Mengendalikan dan monitoring pelaksanaan program jaminan pelayanan kesehatan;
  - 4) Melaksanakan monitoring rekam medis;
  - 5) Mengendalikan dan memantau pelayanan instalasi yang ada dibawahnya;
  - 6) Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas sesuai bidangnya;
  - 7) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pengendalian Pelayanan.

### Paragraf 3

### Evaluasi Kinerja Kepala Seksi/ Sub Bagian

### Pasal 37

- (1) Evaluasi Kinerja Kepala Seksi/ Sub Bagian berdasarkan pencapaian kinerja.
- (2) Evaluasi kinerja Kepala Seksi/ Sub Bagian terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).
- (3) Evaluasi Kinerja Kepala Seksi/ Sub Bagian dinilai oleh Kepala Bagian/ Bidang dalam 1 (satu) tahun sekali.



Bagian Keenam  
Organisasi Pendukung  
Paragraf 1  
Organisasi Pelaksana

Pasal 38

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan di Rumah Sakit dibentuk Organisasi Pelaksana yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan Organisasi Pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (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.

Pasal 39

- (1) Jumlah dan jenis Organisasi Pelaksana disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.
- (2) Perubahan jumlah dan jenis Organisasi Pelaksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) di atas ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 40

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

Paragraf 2  
Staf Fungsional

Pasal 41

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

#### Pasal 42

- (1) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 39 ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.
- (2) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang undangan yang berlaku.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, staf fungsional dikelompokkan berdasarkan bidang keahliannya.

#### Paragraf 3

#### Organisasi Pendukung Satuan Pengendali Internal

#### Pasal 43

- (1) Untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan internal dan monitoring dibentuk Satuan Pengendalian Internal.
- (2) Satuan Pengendali Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kelompok jabatan fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit.
- (3) Pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan untuk mengawasi apakah kebijakan pimpinan telah dilaksanakan dengan sebaik-baiknya oleh bawahannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku untuk mencapai tujuan organisasi.
- (4) Satuan Pengendali Internal dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Satuan Pengendali Internal berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (6) Dalam melaksanakan tugasnya Satuan Pengendali Internal (SPI) dapat meminta bantuan tenaga Profesional dari Pihak Ketiga.

#### Paragraf 4

#### Komite-komite

#### Pasal 44

- (1) Komite merupakan perangkat rumah sakit/unsur organisasi rumah sakit yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk penyelenggaraan fungsi tertentu sesuai kebutuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- (2) Komite melaksanakan tugas sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan berfungsi serta berwenang memberikan Rekomendasi kepada Direktur sebagai bahan pengambil kebijakan bagi Direktur.
- (3) Rumah Sakit sekurang-kurangnya memiliki komite medik dan Komite Keperawatan.
- (4) Setiap Komite dipimpin oleh seorang ketua yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang/Kepala Bagian terkait dan/atau Wakil Direktur.

- (5) Setiap Komite mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar sesuai dengan tugas dan fungsi komite.
- (6) Dalam melaksanakan tugasnya, Ketua Komite dapat dibantu oleh subkomite dan/atau panitia kelompok kerja tertentu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 5  
SUPERVISOR

Pasal 45

- (1) Untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengendalian pelayanan secara menyeluruh di rumah sakit, dibentuk *Supervisor*.
- (2) *Supervisor* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kelompok jabatan fungsional lainnya yang bertugas sebagai Manajer Pelayanan Pasien (MPP) yaitu melaksanakan pengawasan, mengkoordinasikan dan mengendalikan terhadap penyelenggaraan pelayanan, mutu dan keselamatan pasien.
- (3) *Supervisor* dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) *Supervisor* berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan.
- (5) Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai *Supervisor* Non Pegawai Negeri Sipil (Non PNS) sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan tenaganya masih dibutuhkan oleh Rumah Sakit.
- (6) Ketentuan tentang pembentukan, dan tata cara pengangkatan kembali tenaga *supervisor* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (5) diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

Paragraf 6  
Tim, Panitia dan Kelompok Kerja

Pasal 46

- (1) Direktur dapat membentuk Tim, Panitia dan Kelompok Kerja dalam rangka peningkatan pelaksanaan pelayanan kesehatan pada rumah sakit untuk menyelesaikan suatu tugas tertentu dan bersifat *insidentil*.
- (2) Tim, Panitia dan Kelompok Kerja dimaksud dalam Ayat (1) dibentuk merupakan kebijakan dengan mempertimbangkan susunan keanggotaan, kualifikasi anggota dan jumlah anggota.

Bagian Ketujuh  
Instalasi  
Paragraf 1  
Umum

Pasal 47

- (1) Instalasi merupakan organisasi pelaksana yang membantu Direktur melaksanakan tugas sesuai dengan fungsinya.



- (2) Upaya kesehatan sebagaimana diatur dalam ayat (1) meliputi rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, Instalasi penunjang medis dan non medis serta instalasi lainnya sesuai dengan kebutuhan rumah sakit yang diatur lebih lanjut dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 2  
Instalasi

Pasal 48

- (1) Tiap-tiap Instalasi Pelayanan dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi pelayanan.
- (2) Kepala Instalasi Pelayanan bertanggung jawab penuh terhadap kinerja unit pelayanan yang dipimpin.
- (3) Dalam hal instalasi pelayanan menangani layanan yang lebih besar, maka struktur kepemimpinannya dapat dibagi menjadi beberapa unit.
- (4) Instalasi mempunyai tugas menyelenggarakan kegiatan pelayanan sesuai fungsinya.
- (5) Jumlah dan jenis Instalasi didasarkan atas kebutuhan Rumah Sakit dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (6) Instalasi dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (7) Kepala Instalasi bertanggungjawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur dan berkoordinasi dengan Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi dan Kepala Bidang/ Bagian terkait.
- (8) Perubahan jumlah dan jenis instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (9) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di Instalasinya masing-masing kepada Direktur.

Paragraf 3

Tugas Kepala Instalasi Pelayanan

Pasal 49

- (1) Kepala Instalasi Pelayanan mempunyai tugas :
  - a) Mempertimbangkan dan merencanakan Pelayanan yang diberikan kepada pasien;
  - b) Memperhatikan pendidikan, keahlian, pengetahuan dan pengalaman setiap staf profesional dari Instalasi pelayanan tersebut dalam melakukan pelayanan;
  - c) Melakukan Identifikasi kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya serta mengusulkan kepada Direksi Rumah Sakit.
  - d) Memiliki proses pola ketenagaan terkait tidak terpenuhinya sumber daya manusia oleh pihak Rumah Sakit, dan menjamin pelayanan tetap aman dan efektif terjangkau mutunya bagi pasien;
  - e) Bekerja sama dengan unit sumber daya manusia atau unit lainnya dalam proses seleksi sumber daya manusia

- f) Memastikan semua staf dalam Instalasi Pelayanan memahami tanggung jawab mereka, dan mengadakan kegiatan orientasi dan pelatihan bagi karyawan baru.
- (2) Kegiatan orientasi dan pelatihan bagi karyawan baru sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf f, meliputi Materi peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

Paragraf 4  
Pedoman Pelayanan

Pasal 50

- (1) Kepala Instalasi Pelayanan bertanggung jawab membuat pedoman pelayanan tentang pelayanan yang dikepalai.
- (2) Pedoman pelayanan sebagaimana diatur dalam ayat (1) minimal berisi tentang uraian pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan pelayanan yang direncanakan, serta mengatur pengetahuan dan keterampilan staf klinis yang melakukan assemen pasien dan kebutuhan pasien.
- (3) 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.
- (4) Kepala Instalasi Pelayanan menjamin adanya mekanisme aduan pelayanan pasien yang jelas demi pelayanan yang optimal kepada pasien.

Paragraf 5  
Program Mutu Instalasi dan Unit Pelayanan  
Kepala Instalasi dan Unit Pelayanan

Pasal 51

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

Pasal 52

- (1) Kepala Instalasi dan Unit Pelayanan menerapkan pengawasan dan penilaian terkait peningkatan mutu di unit pelayanan yang dikepalai sesuai dengan standar minimal indikator mutu yang digunakan.
- (2) Standar minimal indikator mutu di Instalasi dan unit pelayanan sebagaimana diatur dalam ayat (1) mencakup ;
  - a) Penilaian rumah sakit secara menyeluruh dan perbaikan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit yang terkait secara spesifik dengan unit layanan mereka;
  - b) Penilaian yang terkait dengan prioritas Unit layanan secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana beresiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi.

- c) Penilaian spesifik di unit pelayanan ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para profesional pemberi asuhan (PPA).

#### Pasal 53

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

#### Paragraf 6

#### Program Mutu Kelompok Staf Medis

#### Pasal 54

- (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 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 55

- (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 56

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 53 ayat (2).

#### Pasal 57

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

### BAB IV TATA KELOLA STAF MEDIS

#### Bagian Kesatu

#### Staf Medis

#### Paragraf 1

#### Umum

#### Pasal 58

- (1) Untuk menjadi 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 laik untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.

#### Pasal 59

- (1) Staf Medis rumah sakit berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.
- (2) Staf Medis Fungsional dapat melimpahkan tindakan medis tertentu kepada Perawat berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.

#### Pasal 60

Dalam melaksanakan fungsinya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 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 61

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 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 62

- (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 63

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 Wakil Direktur 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 64

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 65

- (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 66

Staf Medis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 ayat (1) huruf a terdiri dari :

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

Pasal 67

Staf Medis PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 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 68

- (1) Staf Medis Non PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 huruf b, yaitu dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang berstatus tenaga kontrak dan yang telah terikat perjanjian kerja dengan Rumah Sakit dan atau Institusi Pendidikan dan ditetapkan berdasarkan Keputusan Penempatan di Rumah Sakit oleh Direktur dan Dekan.
- (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 69

Staf Medis Tamu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 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 70

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 71

- (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 72

- (1) Untuk dapat memberikan rekomendasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 ayat (1) Komite medik menetapkan rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical previlege*) 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 73

- (1) Pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 ayat (1) 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.
- (5) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medik di rumah sakit.

#### Pasal 74

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

#### Pasal 75

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 76

- (1) Masa kerja Staf Medis PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 huruf a, sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang undangan.
- (2) Masa kerja Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 huruf b dan huruf c sesuai dengan perjanjian dan/atau Keputusan Direktur.

#### Pasal 77

- (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.

#### Pasal 78

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 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 79

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 80

Penilaian kinerja Staf Medis dilakukan oleh Komite Medik yang disampaikan kepada Direktur merupakan rekomendasi bagi Direktur untuk mengambil kebijakan.

Paragraf 7  
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 81

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

Paragraf 8  
Sanksi

Pasal 82

- (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. administrasi
  - b. teguran lisan atau tertulis;
  - c. penghentian praktik untuk sementara waktu;
  - d. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis PNS; atau
  - e. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Non PNS yang masih berada dalam masa kontrak saja.
- (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 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 Kedua  
Komite Medik  
Paragraf 1  
Pembentukan

Pasal 83

- (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 84

Susunan Organisasi Komite medik terdiri dari:

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

Pasal 85

- (1) Ketua komite medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84 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 86

- (1) Komite Medis 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 Medik.
- (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 87

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite medis 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 88

- (1) Organisasi Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 86 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/kedokteranngi berkelanjutan;
- d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
- f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medis;
- 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.

#### Pasal 89

- (1) Organisasi Subkomite Mutu Profesi Medis 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 90

- (1) Organisasi Sub Komite Etik dan Disiplin profesi medis sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Etika 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 etika 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 professional di Rumah Sakit; dan
- d. pemberian nasehat/ pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf 3  
Kredensial

Pasal 91

- (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 tanggungjawabnya 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 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 92

- (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 93

- (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 94

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

#### Paragraf 5 Rapat-Rapat

#### Pasal 95

Rapat Komite Medik terdiri dari:

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

#### Pasal 96

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95 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 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 97

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95 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 98

- (1) Rapat tahunan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95 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 99

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95 huruf b dan huruf c wajib dihadiri oleh Direktur, Wakil Direktur Pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.

#### Pasal 100

- (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 101

- (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 ditolakny  
usulan tersebut.

Paragraf 6  
Panitia Adhoc

Pasal 102

- (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 103

- (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 104

- (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 105

- (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 perawat klinik IA, IB;
  - b. jenjang perawat klinik II;
  - c. jenjang perawat klinik III;
  - d. jenjang perawat klinik IV;
  - e. jenjang perawat klinik V.
- (4) 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;
- (5) Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dijabarkan dalam buku putih.
- (6) Buku Putih sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disusun oleh Panitia *Adhoc* yang dibentuk oleh komite keperawatan dengan melibatkan mitra bestari.

Pasal 106

- (1) Untuk mendapatkan kewenangan klinis, staf keperawatan mengajukan secara tertulis kepada Direktur dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan, dan selanjutnya Direktur menugaskan kepada Komite Keperawatan untuk 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.

Bagian Ketiga  
Penugasan Klinis

Pasal 107

- (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  
Komite Keperawatan

Paragraf 1  
Pembentukan

Pasal 108

- (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 109

- (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 110

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dengan cara :
- a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatandan 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. meromendasikan 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 keparawatan;
  - 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 111

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 112

- (1) Rekomendasi dari Komite Keperawatan untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada Staf Keperawatan dilakukan melalui proses Kredensial.
- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud 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 113

- (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 114

- (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 Rumah Sakit.
- (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 115

Rapat Komite Keperawatan terdiri dari:

- a. Rapat Komite; dan
- b. Rapat dengan Tim Komite PPI

Pasal 116

- (1) Rapat Komite adalah rapat yang melibatkan semua anggota komite PPI yang dilakukan 3 bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
- (2) Rapat Tim Komite PPI adalah rapat yang dilakukan oleh IPCN dengan IPCLN atau dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 117

- (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 118

- (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 119

- (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 120

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

#### Pasal 121

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 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  
MANAJEMEN PENGELOLAAN RUMAH SAKIT  
Bagian Kesatu  
Paragraf 1  
Manajemen Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien

Pasal 122

- (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 6 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 terstandardisasi 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.

Bagian Kedua  
Manajemen Kontrak  
Paragraf 1  
Umum

Pasal 123

- (1) Manajemen kontrak Rumah Sakit meliputi Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen.
- (2) Direktur rumah sakit menjabarkan secara tertulis jenis dan ruang lingkup, sifat dan cakupan pelayanan yang disediakan melalui perjanjian kontrak.
- (3) Direktur rumah sakit bertanggung jawab terhadap kontrak atau pengaturan lainnya.
- (4) Kepala Bidang/ Bagian yang berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan kontrak manajemen.

Paragraf 2  
Kontrak Klinis

Pasal 124

- (1) Kontrak Klinis merupakan Kontrak antara Rumah Sakit dengan Individu Staf Klinis Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan Badan Hukum.
- (2) Kontrak dengan Individu Staf Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa Pakta Integritas Staf Klinis untuk mematuhi Peraturan perundang-undangan dan Regulasi Rumah Sakit.
- (3) Regulasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud ayat (2) meliputi Kredensial, Rekredensial, Penilaian Kinerja, Standar Prosedur Operasional (SPO), Kode Etik, dan Peraturan Perundang-Undangan yang mengatur tentang Rumah Sakit.
- (4) Kontrak dengan Badan Hukum sebagaimana dimaksud ayat (1) berupa Kerjasama Jenis Pelayanan Klinis yang disediakan Rumah Sakit.

Paragraf 3  
Kontrak Manajemen

Pasal 125

- (1) Kontrak manajemen adalah Perjanjian Kerjasama antara Rumah Sakit dengan Badan Hukum.
- (2) Kontrak manajemen sebagaimana dimaksud ayat (1) 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.

Paragraf 5  
Evaluasi Kontrak

Pasal 126

- (1) Rumah sakit perlu melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien berdasarkan atas kontrak atau perjanjian lainnya.
- (2) Kontrak dan perjanjian lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan berdasarkan kontrak tersebut.
- (3) Setiap kontrak dan perjanjian lainnya 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.

Paragraf 4  
Kontrak Klinis dari Luar

Pasal 127

- (1) Direktur Rumah Sakit menentukan pelayanan yang akan diberikan kepada Dokter praktik mandiri dari luar rumah sakit, yang selanjutnya secara teknis dituangkan dalam Perjanjian Kontrak.
- (2) Wakil Direktur Pelayanan dan Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan dapat merekomendasikan kontrak atau mengatur pelayanan dari staf profesional pemberi asuha (PPA) seperti Dokter, Dokter Gigi, dan para praktisi independen lainnya dari luar rumah sakit.

Bagian Ketiga  
Manajemen Sumber Daya Manusia  
Paragraf 1  
Klasifikasi Pegawai/Jenis Tenaga

Pasal 128

- Pegawai pada Rumah Sakit terdiri dari :
- a. Pegawai Negeri Sipil (PNS);
  - b. Non Pegawai Negeri Sipil (Non PNS).

#### Pasal 129

Kedudukan, hak dan kewajiban pegawai yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil (PNS) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 128 huruf a tunduk pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang kepegawaian.

#### Pasal 130

- (1) Pegawai Non PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 128 huruf b berkedudukan sebagai Pegawai pada Rumah Sakit.
- (2) Pegawai Non PNS terdiri atas :
  - a. Pegawai Tetap;
  - b. Pegawai Tidak Tetap;
  - c. Pegawai Harian.

#### Pasal 131

- (1) Selain Pegawai Non PNS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 130 ayat (2), Rumah Sakit dapat mempekerjakan Tenaga Medis Spesialis Paruh Waktu.
- (2) Tenaga Medis Spesialis paruh waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari PNS sepanjang tidak mengganggu pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya selaku PNS.
- (3) Tenaga Medis Spesialis Paruh Waktu sebagaimana dimaksud ayat (2) dituangkan dalam Perjanjian Kontrak.

#### Paragraf 2 Pengadaan Pegawai

#### Pasal 132

- (1) Pengadaan Pegawai Negeri Sipil didasarkan pada formasi kebutuhan yang disusun berdasar :
  - a. jenis dan sifat pelayanan yang diberikan;
  - b. kemampuan pendapatan operasional;
  - c. prasarana dan sarana yang tersedia;
  - d. uraian dan peta jabatan/analisa beban kerja.
- (2) Formasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diusulkan kepada Bupati melalui Badan Kepegawaian Daerah

#### Pasal 133

- (1) Pengadaan Pegawai Negeri Non PNS didasarkan pada formasi kebutuhan yang disusun berdasar :
  - a. jenis dan sifat pelayanan yang diberikan;
  - b. kemampuan pendapatan operasional;
  - c. prasarana dan sarana yang tersedia;
  - d. uraian dan peta jabatan/analisa beban kerja.
- (2) Formasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan terlebih dahulu kepada Bupati untuk mendapatkan persetujuan.

#### Pasal 134

- (1) Pengadaan Pegawai Non PNS dilaksanakan melalui seleksi penerimaan Pegawai Non PNS oleh Tim Kepegawaian Rumah

Sakit yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan/atau bekerjasama dengan Pihak Ketiga.

- (2) Seleksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan cara tes tertulis dan/atau wawancara dengan materi meliputi :
  - a. administrasi;
  - b. kompetensi sesuai dengan bidang/pendidikan;
  - c. kesehatan;
  - d. psikologi.
- (3) Selain materi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), rumah sakit dapat menambah materi seleksi sesuai dengan formasi yang akan diisi.

#### Pasal 135

- (1) Tim Kepegawaian rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 134 ayat (1) mempunyai tugas:
  - a. Menetapkan prosedur penerimaan calon Pegawai Non PNS;
  - b. Melakukan seleksi terhadap berkas administrasi yang dipersyaratkan;
  - c. Melakukan pemanggilan kepada peserta tes yang dinyatakan lolos seleksi administrasi untuk mengikuti tes tahap berikutnya;
  - d. Memeriksa dan mengusulkan hasil tes Calon Pegawai Non PNS dan melaporkan hasilnya kepada Direktur;
  - e. Mengusulkan peserta tes yang akan diterima menjadi calon Pegawai Non PNS berdasarkan persetujuan Direktur;
  - f. Melakukan pemanggilan kepada Calon Pegawai Non PNS yang dinyatakan lulus tes.
- (2) Ketentuan mengenai persyaratan dan tata cara seleksi penerimaan Pegawai Non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b diatur lebih lanjut oleh Direktur.

#### Pasal 136

- (1) Bagi Calon Pegawai Non PNS yang dinyatakan lulus tes sebagaimana dimaksud dalam Pasal 134 dapat diangkat menjadi Pegawai Harian;
- (2) Pegawai Harian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib:
  - a. Mengikuti orientasi Umum selama 1 (satu) minggu;
  - b. Menjalani orientasi Khusus selama 3 (tiga) bulan.
- (3) Pengangkatan Pegawai Harian sebagaimana dimaksud ayat (1) dilakukan melalui Perjanjian Kerja dan belum dapat diberikan penghasilan tambahan selain gaji sebagai Pegawai Harian.

#### Pasal 137

- (1) Pegawai Harian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 130 ayat (2) dapat diangkat sebagai Pegawai Tidak Tetap apabila selama menjalani orientasi khusus berdasarkan evaluasi menunjukkan kinerja yang baik.
- (2) Evaluasi kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :



- a. Penilaian Sasaran kerja Pegawai yang meliputi uraian tugas jabatan;
  - b. Penilaian Perilaku kerja Pegawai yang meliputi
    1. Orientasi pelayanan.
    2. Integritas
    3. Komitmen
    4. Disiplin
    5. Kerjasama
    6. Kepemimpinan
- (4) Pengangkatan Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Surat Keputusan Direktur yang berlaku selama 2 (dua) tahun dan akan dievaluasi setiap tahun.
- (5) Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud ayat (4) dapat diperpanjang sesuai dengan kebutuhan.

#### Pasal 138

- (1) Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 137 ayat (4) dapat diangkat menjadi Pegawai Tetap apabila :
- a. telah menjalani masa kerja sebagai pegawai tidak tetap minimal 2 (dua) kali masa pengangkatan sebagai pegawai tidak tetap secara berturut-turut;
  - b. hasil evaluasi kinerja sebagai pegawai tidak tetap selama 2 (dua) tahun terakhir berturut – turut bernilai baik;
  - c. tenaganya masih dibutuhkan oleh Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung.
- (2) Evaluasi kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi :
- a. Penilaian Sasaran kerja Pegawai yang meliputi uraian tugas jabatan;
  - b. Penilaian Perilaku kerja Pegawai yang meliputi
    1. Orientasi pelayanan.
    2. Integritas
    3. Komitmen
    4. Disiplin
    5. Kerjasama
    6. Kepemimpinan
- (3) Pengangkatan Pegawai Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah mendapat persetujuan Bupati.

#### Paragraf 4 Penilaian Kinerja

#### Pasal 139

- (1) Penilaian Kinerja Pegawai pada Rumah Sakit dilakukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku yaitu dengan Sasaran Kerja Pegawai (SKP) yang merupakan unsur di dalam penilaian prestasi kerja yang menilai capaian kinerja pegawai bersangkutan dalam setiap targetnya. Ketentuan Sasaran Kerja Pegawai memuat ketentuan:
- a. Setiap Pegawai wajib menyusun SKP

- b. SKP memuat tugas jabatan dan target yang harus dicapai dalam kurun waktu penilaian yang bersifat nyata dan dapat diukur
  - c. SKP harus disetujui dan ditetapkan oleh pejabat penilai
  - d. Dalam hal SKP yang disusun oleh pegawai tidak disetujui oleh pejabat penilai, maka keputusannya diserahkan kepada atasan pejabat penilai dan bersifat final.
  - e. SKP ditetapkan setiap tahun pada bulan Januari
  - f. Dalam hal terjadi perpindahan pegawai setelah bulan Januari maka yang bersangkutan tetap menyusun SKP pada awal bulan sesuai dengan surat perintah menduduki jabatan.
  - g. Pegawai yang tidak menyusun SKP dijatuhi hukuman disiplin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai disiplin pegawai.
  - h. SKP memuat kegiatan tugas jabatan dan target yang harus dicapai, setiap kegiatan tugas jabatan yang akan dilakukan harus berdasarkan pada tugas, dan fungsi, wewenang, tanggung jawab, dan uraian tugas yang telah ditetapkan dalam Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK).
  - i. Dalam menyusun SKP harus memperhatikan hal hal meliputi:
    - 1. Jelas
    - 2. Dapat diukur
    - 3. Relevan
    - 4. Dapat dicapai
    - 5. Memiliki target waktu
- (2) Unsur-unsur Sasaran Kerja Pegawai:
- a. Kegiatan Tugas Jabatan
  - b. Angka Kredit (untuk Fungsional)
  - c. Target yang meliputi aspek kuantitas (output), kualitas, waktu, biaya sesuai dengan karakteristik sifat dan jenis kegiatan pada masing-masing unit kerja.
  - d. Tata Cara penilaian SKP dinyatakan dengan angka dan keterangan
- (3) Kreativitas SKP dapat diperoleh dari tugas tambahan yang meliputi:
- a. Melaksanakan tugas tambahan yang diberikan oleh pimpinan atau pejabat penilai yang berkaitan dengan tugas jabatan.
  - b. Menunjukkan kreativitas yang bermanfaat bagi organisasi dalam melaksanakan tugas jabatan.
  - c. Temuan baru dari pegawai yang berkaitan dengan tugas pokoknya serta dapat dibuktikan dengan surat keterangan.
- (4) Penilaian SKP berkaitan dengan tugas jabatan didukung oleh anggaran, penilaian kinerja didasarkan pada aspek biaya.
- (5) Rumah Sakit menyusun dan menetapkan standar teknis kegiatan sesuai dengan karakteristik, sifat, jenis, kegiatan , dan kebutuhan tugas masing-masing jabatan.

- (6) Standar Teknis kegiatan sebagaimana dimaksud disusun berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (7) Dalam hal realisasi kerja melebihi dari target, maka penilaian SKP capaiannya dapat lebih dari 100.
- (8) Dalam hal SKP tidak tercapai yang diakibatkan oleh faktor diluar kemampuan individu Pegawai, maka penilaian didasarkan pada pertimbangan kondisi penyebabnya.
- (9) Selain penilaian kinerja sebagaimana dimaksud ayat (1) semua pegawai wajib dilakukan Penilaian Kinerja Profesi sesuai dengan Tugas Pokok Fungsi masing-masing.

Paragraf 4  
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 140

- (1) Pegawai Harian dapat memperoleh penghargaan berupa :
  - a. Uang;
  - b. Piagam Penghargaan;
- (2) Pegawai Tidak Tetap dan Pegawai Tetap dapat memperoleh penghargaan berupa:
  - a. Uang;
  - b. Piagam Penghargaan;
  - c. Pengangkatan dalam jabatan (Kepala Ruangan, Kepala Instalasi dan Penanggung jawab Poli);
- (3) Pemberian penghargaan sebagai dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur;

Pasal 141

- (1) Pegawai Non PNS yang tidak melaksanakan kewajiban dan/ atau melakukan pelanggaran terhadap larangan dapat dijatuhi sanksi administrasi.
- (2) Sanksi administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa :
  - a. teguran lisan;
  - b. teguran tertulis;
  - c. pernyataan tidak puas secara tertulis dari direktur;
  - d. skorsing maksimal 7 (tujuh) hari kerja;
  - e. pembebasan tugas sementara;
  - f. pemberhentian tidak dengan hormat sebagai pegawai;
  - g. tuntutan ganti rugi;
- (3) Apabila pelanggaran yang dilakukan menimbulkan kerugian yang bernilai material dan / atau dapat dikategorikan sebagai tindak pidana, maka penyelesaian dapat dilakukan melalui jalur Hukum.

Pasal 142

- (1) Pegawai Non PNS yang tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 dan/ atau melakukan pelanggaran terhadap larangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 dapat dijatuhi hukuman disiplin;

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

#### Pasal 143

- (1) Tingkat Hukuman Disiplin :
  - 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri dari:
  - a. penundaan kenaikan status kepegawaian selama 1 (satu) tahun;
  - b. penurunan status kepegawaian setingkat lebih rendah selama 1 (satu) tahun dan;
  - c. penurunan status kepegawaian setingkat lebih rendah selama 2 (dua) tahun;
- (4) Jenis hukuman disiplin berat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari:
  - a. penurunan status kepegawaian setingkat lebih rendah selama 3 (tiga) tahun;
  - b. pemindahan dalam rangka penurunan jabatan setingkat lebih rendah;
  - c. pembebasan dari jabatan;
  - d. pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri dari Pegawai Non PNS;
  - e. pemberhentian tidak dengan hormat dari Pegawai Non PNS;

#### Paragraf 5 Mutasi Pegawai

#### Pasal 144

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

Paragraf 6  
Disiplin Pegawai  
Pasal 145

- (1) Disiplin pegawai ditunjukkan melalui nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban yang dituangkan dalam:
  - a. daftar hadir;
  - b. rekam jejak (track record);
  - c. Sasaran Kerja Pegawai (SKP); dan
  - d. penilaian kinerja berdasarkan prestasi kerja.
- (2) Pelanggaran terhadap ketentuan disiplin pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan hukuman sesuai tingkat dan jenis pelanggarannya, sebagai berikut:
  - a. untuk pegawai berstatus PNS:
    1. hukuman disiplin ringan terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis atau pernyataan tidak puas secara tertulis.
    2. hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari:
      - a) penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun;
      - b) penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji
      - c) penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun
    3. hukuman disiplin berat yang terdiri dari:
      - a) penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun;
      - b) pembebasan dari jabatan;
      - c) pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri; dan/atau
      - d) pemberhentian tidak dengan hormat sebagai PNS.
  - b. untuk pegawai berstatus Non PNS:
    1. hukuman disiplin ringan terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis atau pernyataan tidak puas secara tertulis.
    2. hukuman disiplin sedang, terdiri dari :
      - a) penundaan kenaikan pegawai selama 1 (satu) tahun;
      - b) penurunan status pegawai setingkat lebih rendah selama 1 (satu) tahun atau 2 (dua) tahun.
    3. hukuman disiplin berat :
      - a) penurunan status pegawai setingkat lebih rendah selama 3 (tiga) tahun;
      - b) pemindahan dalam rangka penurunan jabatan setingkat lebih rendah;
      - c) pembebasan dari jabatan;
      - d) pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri dari pegawai Non PNS;
      - e) pemberhentian tidak dengan hormat dari pegawai Non PNS.

Paragraf 7  
Pendidikan Pegawai  
Pasal 146

- (1) Tenaga profesi kesehatan di Rumah Sakit dapat mengajukan peningkatan pendidikan profesi berkelanjutan sesuai mekanisme yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur



- berdasarkan analisis kebutuhan Rumah Sakit dan rekomendasi dari komite-komite di Rumah Sakit:
- a. rekomendasi bagi tenaga staf medis yang ingin mengikuti pendidikan berkelanjutan harus melalui Komite Medik atas usulan Kepala Kelompok Staf Medis (KSM);
  - b. rekomendasi bagi tenaga keperawatan harus melalui Komite Keperawatan dan Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan dengan persetujuan Kepala Bidang/ Bagian terkait atas usulan Unit terkait; dan
  - c. rekomendasi bagi tenaga kesehatan lainnya harus melalui Komite Tenaga Kesehatan Lain dengan persetujuan Kepala Bidang/ Bagian terkait atas usulan Unit terkait.
- (2) Penetapan pemberian izin untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan sepenuhnya menjadi kewenangan Direktur berdasarkan hasil rekomendasi dari komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a sampai dengan huruf c.
  - (3) Pengajuan izin belajar dan tugas belajar diproses sesuai dengan peraturan yang berlaku dan harus melalui Sub Bagian Kepegawaian yang berkoordinasi dengan Bagian Perencanaan.

Paragraf 8  
Pemberhentian Pegawai

Pasal 147

- (1) Pegawai Non PNS Rumah Sakit dapat mengakhiri hubungan kerja secara bersama-sama maupun secara sepihak;
- (2) Dalam hal dilakukan pemutusan hubungan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) baik Pegawai Harian dan Rumah Sakit tidak dapat menuntut pemberian kompensasi dalam bentuk apapun;

Pasal 148

- (1) Batas usia pensiun Pegawai Non PNS adalah 58 (lima puluh delapan) tahun;
- (2) Batas usia pensiun Pegawai Tetap yang berstatus sebagai Tenaga Medis Fungsional dapat diperpanjang sampai usia 60 (enam puluh) tahun;

Pasal 149

- (1) Pemberhentian dengan hormat sebagai Pegawai Non PNS rumah sakit dapat diberikan dalam hal Pegawai Non PNS :
  - a. masa berlaku perjanjian kerjanya telah berakhir;
  - b. mengajukan permohonan pengunduran diri;
  - c. tewas atau meninggal dunia;
  - d. tidak sehat jasmani atau rohani, sehingga tidak dapat melaksanakan tugas;
  - e. tidak cakap dalam menjalankan tugas;
- (2) Pemberhentian dengan hormat dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Keputusan Direktur;
- (3) Pemberhentian dengan hormat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berkaitan pada timbulnya hak untuk menuntut pesangon/bonus/pensiun atau istilah lainnya yang bersifat membebani keuangan rumah sakit;

#### Pasal 150

- (1) Pegawai Tidak Tetap diberhentikan dengan hormat dalam hal :
  - a. masa berlaku SK pengangkatan sebagai pegawai tidak tetap sudah berakhir;
  - b. mengajukan permohonan pengunduran diri;
  - c. tewas atau meninggal dunia;
  - d. tidak sehat jasmani atau rohani, sehingga tidak dapat melaksanakan tugas;
  - e. tidak cakap dalam menjalankan tugas;
- (2) Pemberhentian dengan hormat Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan Keputusan Direktur;
- (3) Pemberhentian dengan hormat Pegawai Tidak Tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berakibat pada timbulnya hak untuk menuntut pesangon/bonus/pensiun atau istilah lainnya yang bersifat membebani keuangan rumah sakit;
- (4) Dikecualikan pada Pegawai Tetap, Pemberhentian dengan hormat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan jaminan sebagaimana program yang telah diikuti oleh rumah sakit;
- (5) Ketentuan lebih lanjut yang mengatur tentang Pemberhentian diatur dalam peraturan Direktur

#### Paragraf 9

#### Retensi Pegawai

#### Pasal 151

- (1) Retensi Pegawai merupakan tingkat kebetahan Pegawai untuk bekerja pada Rumah Sakit dengan ditandai tidak terjadinya pengunduran diri seseorang Pegawai dari statusnya sebagai Pegawai Rumah Sakit.
- (2) Retensi Pegawai pada Rumah Sakit berlaku bagi Pegawai dengan status Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan Pegawai Non PNS.

#### Paragraf 10

#### Jasa Pelayanan

#### Pasal 152

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 Bupati.

#### Pasal 153

Jasa Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 152 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 154

- (1) Pemberian gaji dan tunjangan bagi pegawai berstatus PNS dialokasikan melalui Anggaran Belanja Tidak Langsung.
- (2) Pemberian honorarium bagi pegawai berstatus Non PNS dialokasikan melalui Anggaran Belanja Langsung.
- (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 Anggaran Belanja Langsung.
- (4) Semua biaya yang dikeluarkan untuk remunerasi berasal dari Jasa layanan dan/atau anggaran fungsional Rumah Sakit yang dianggarkan dalam DPA setinggi-tingginya 44 % (empat puluh empat persen) dari realisasi pendapatan rumah sakit.
- (5) Besaran Jasa/Imbalan tenaga *supervisor*, Kepala Instalasi dan tenaga Staf Medis dapat diatur lebih lanjut dalam Keputusan Direktur.

Pasal 155

- (1) Besaran remunerasi 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 remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Keempat  
Manajemen Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian  
Paragraf 1  
Pendidikan dan Pelatihan

Pasal 156

- (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 157

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

Paragraf 2

Praktek Klinik Mahasiswa

Pasal 158

- (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 diatur dalam Keputusan Direktur.

Pasal 159

- (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.

Paragraf 3

Penelitian

Pasal 160

- (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 Komisi 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 Komisi Etik Penelitian Kesehatan rumah sakit dan atau Komisi Etik Penelitian Kesehatan yang terakreditasi.

Bagian Keempat  
Manajemen Sumber Daya  
Paragraf 1  
Umum

Pasal 161

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 162

- (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 ayat (3), mendapatkan rekomendasi dari Staf Klinis dan/atau organisasi profesi dalam pemilihan teknologi medik dan obat di rumah sakit.

Paragraf 2  
Perencanaan

Pasal 163

- (1) Rumah Sakit menyusun analisa kebutuhan Sumber Daya yang merupakan Usulan dari seluruh komponen rumah sakit dan dituangkan dalam Rencana Kerja Unit (RKU).
- (2) Rencana Kerja Unit (RKU) sebagaimana dimaksud 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 studi 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.

Paragraf 3  
Pengadaan

Pasal 164

- (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).
- (4) Selain persyaratan sebagaimana diatur dalam ayat (3) diatas, 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.

#### Paragraf 4 Pengelolaan

##### Pasal 165

- (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 166

- (1) Sarana dan prasarana rumah sakit adalah barang milik Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang merupakan aset yang tidak terpisahkan dari aset Pemerintahan Daerah.
- (2) Barang inventarisir 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 inventarisir sebagaimana dimaksud ayat (2) merupakan barang pakai habis, barang untuk diolah atau



dijual, barang lainnya yang tidak memenuhi pernyataan sebagai aset tetap.

- (4) Hasil penjualan barang inventarisir sebagai akibat dari pengalihan sebagaimana dimaksud ayat (2) merupakan pendapatan BLUD.
- (5) Hasil penjualan barang inventarisir sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dituangkan secara memadai dalam Laporan Keuangan BLUD.

#### Pasal 167

- (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 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.

#### Pasal 168

- (1) Sarana dan prasarana yang berupa tanah yang dikuasai rumah sakit harus disertifikatkan.
- (2) Sarana dan prasarana rumah sakit yang berupa bangunan harus dilengkapi dengan bukti status kepemilikan dan ditatausahakan secara tertib.

#### Bagian Kelima

#### Tata Kerja dan Komunikasi Efektif

#### Pasal 169

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan unit kerja atau instalasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi baik di lingkungannya atau dengan instalasi lainnya sesuai dengan bidang tugas masing-masing.
- (2) Para kepala bidang/Bagian rumah sakit bertanggungjawab bahwa di seluruh tempat di rumah sakit terselenggara komunikasi yang efektif, yaitu komunikasi antar kelompok professional, antar unit structural, antara professional dan manajemen juga professional dengan organisasi di luar.
- (3) Dalam hal koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dilakukan dengan instansi diluar rumah sakit, wajib sepengetahuan dan/atau persetujuan pejabat pengelola Rumah Sakit.

- (4) Direktur Rumah Sakit memperhatikan akurasi dan ketepatan waktu penyampaian informasi keseluruhan tempat di rumah sakit.
- (5) Direktur Rumah Sakit membentuk budaya kerjasama dan komunikasi untuk melakukan koordinasi serta integrasi asuhan pasien yang digunakan untuk meningkatkan peran pentingnya komunikasi antara berbagai layanan dan anggota staf.
- (6) Direktur mengatur pertemuan disetiap tingkat rumah sakit , misalnya pertemuan Direksi, pertemuan antar para Kepala Bidang/Bagian, dan pertemuan antar unit pelayanan.
- (7) Direktur mengatur pertemuan antar tingkat misalnya pertemuan direksi dengan para Kepala Bidang / Bagian dengan Kepala Unit Pelayanan.
- (8) Direktur mengatur pertemuan antara Profesi misalnya pertemuan Dokter, Perawat. Dan PPA lainnya dalam membahas pengembangan pelayanan, update ilmu pengetahuan dan lain sebagainya.
- (9) Direktur Rumah Sakit membentuk budaya kerjasama dan komunikasi untuk melakukan koordinasi serta integrasi asuhan pasien baik secara formal maupun informal.
- (10) Para Kepala Bidang/Bagian Rumah Sakit bertanggungjawab diseluruh tempat di rumah sakit terselenggara komunikasi yang efektif yaitu komunikasi antar kelompok professional , antar unit struktural, antara professional dan manajemen, juga professional dengan organisasi luar;
- (11) Direktur menetapkan aturan tentang pertemuan disetiap tingkat rumah sakit, misalnya pertemuan Direksi, pertemuan antar Kepala Bidang/Bagian, dan pertemuan antar unit pelayanan;
- (12) Direktur menetapkan aturan tentang pengembangan pertemuan antar profesi, misalnya antar Dokter, Perawat, dan PPA lainnya dalam membahas pengembangan pelayanan, update ilmu pengetahuan dan lain sebagainya.

#### Pasal 170

- (1) Setiap pimpinan satuan unit kerja wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Setiap pimpinan satuan unit kerja bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya serta wajib menyusun rencana kerjanya.
- (3) Setiap pimpinan satuan unit kerja wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.
- (4) Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan satuan unit kerja dari bawahan, wajib dianalisa dan dipergunakan sebagai bahan untuk menyusun kebijakan lebih lanjut.



- (5) Dalam menyampaikan laporan masing-masing kepada atasan, tembusan laporan disampaikan kepada satuan unit kerja lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

Bagian Keenam  
Manajemen Etik  
Pasal 171

- (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 ayat (1) mengatur :
- a) Tanggung jawab Direktur Rumah Sakit secara profesional dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan serta budaya kerja budaya kerja yang berpedoman pada etika dan perilaku 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 172

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

Pasal 173

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.

Bagian ke Tujuh  
Manajemen Budaya Keselamatan

Pasal 174

- (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.

Bagian Kedelapan  
Penanganan Pengaduan

Paragraf 1  
Pengaduan Internal dan Eksternal

Pasal 175

- (1) Pengaduan Internal adalah pengaduan di lingkup Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung.
- (2) Pengaduan sebagaimana dimaksud 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 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 ayat (1) dapat disampaikan dengan Surat resmi maupun secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.
  - (6) Pengaduan sebagaimana dimaksud dan ayat (3) dapat disampaikan melalui kotak saran, media elektronik, media cetak, dan secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.

Paragraf 2  
Penanganan Pengaduan

Pasal 176

- (1) Penanganan terhadap pengaduan sebagaimana dimaksud Pasal 175 ayat (2) huruf a dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit, harus diselesaikan dengan cara musyawarah dan mufakat.
- (2) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud Pasal 175 ayat (2) huruf b dilakukan oleh Atasan Langsung Pegawai dimaksud secara berjenjang.
- (3) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud Pasal 175 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 Pasal 175 ayat (3) dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit melalui Tim Penanganan Pengaduan.

BAB VII  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 177

- (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 178

Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 177 harus memenuhi persyaratan :

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

#### Pasal 179

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 178 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 178 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 178 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 178 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 178 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

### BAB VIII

#### PENGELOLAAN KEUANGAN

##### Bagian Kesatu

##### Umum

#### Pasal 180

- (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.

##### Bagian Kedua

##### Fleksibilitas

#### Pasal 181

- (1) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 180 ayat (1) Rumah Sakit dengan status BLUD penuh memperoleh fleksibilitas berupa:
  - a. pengelolaan pendapatan dan biaya;
  - b. pengelolaan kas;
  - c. pengelolaan utang;
  - d. pengelolaan piutang;
  - e. pengelolaan investasi;

- f. 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 Pegawai Negeri Sipil (PNS);
  - 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), diatur dalam Peraturan Bupati.

Bagian Ketiga  
Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 182

- (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 (SPI).

Bagian Keempat  
Tarif Layanan

Pasal 183

- (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).
- (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 184

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (4) Penyusunan besaran tarif disusun oleh Tim Tarif dengan Keputusan Direktur.

#### Pasal 185

- (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.

#### Bagian Kelima Perencanaan dan Penganggaran

#### Pasal 186

- (1) Direktur wajib menyusun Rencana Strategis (Renstra) Rumah Sakit dan Rencana Strategi Bisnis (RSB) Rumah Sakit setiap 5 (lima) tahun sekali.
- (2) Rencana Strategis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten.
- (3) Sebelum ditetapkan oleh Bupati, Rancangan Rencana Strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Dewan Pengawas, untuk mendapat persetujuan.

#### Pasal 187

- (1) BLUD menyusun Renstra Bisnis BLUD.
- (2) Renstra Bisnis BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan BLUD.
- (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 188

Renstra bisnis BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 187 ayat (1), dipergunakan sebagai dasara penyusunan RBA dan Evaluasi kinerja.

#### Pasal 189

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

#### Pasal 190

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 189, memuat :
  - a. Kinerja Tahunan Berjalan;
  - b. Asumsi Makro dan Mikro;
  - c. Target Kinerja;
  - d. Analisis dan Perkiraan Biaya Satuan;
  - e. Perkiraan harga;
  - f. Anggaran Pendapatan dan Biaya;
  - g. Besaran persentase Ambang Batas;
  - h. Diagnosa Laporan Keuangan;
  - i. Perkiraan Maju (*Forward Estimate*);
  - j. Rencana Pengeluaran Investasi / Modal;
  - k. Ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan RKA – SKPD / APBD
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan usulan program kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

#### Bagian Keenam Defisit Anggaran

#### Pasal 191

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

#### Pasal 192

- (1) Dalam Pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit, Direktur dapat menetapkan kebijakan dan / atau Prosedur Operasional.
- (2) Dalam rangka pengawasan kegiatan operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pengawasan mutu pelayanan, Direktur dapat menetapkan Tim atau Panitia Teknis Penagawasan Mutu yang bekerja dibawah koordinasi SPI.

Bagian Ketujuh  
Pendapatan dan Biaya  
Paragraf 1  
Pendapatan  
Pasal 193

Pendapatan Rumah Sakit dapat bersumber dari:

- a. jasa layanan;
- b. hibah;
- c. hasil kerjasama dengan pihak lain;
- d. anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD);
- e. anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN); dan
- f. lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah.

Pasal 194

- (1) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 193 huruf a berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 193 huruf b berupa hibah terikat dan/atau hibah tidak terikat.
- (3) Hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 193 huruf c berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (4) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) sebagaimana dimaksud pada Pasal 193 huruf d merupakan pendapatan yang berasal dari otorisasi kredit anggaran Pemerintah Daerah dan bukan dari pendapatan pembiayaan APBD.
- (5) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 193 huruf e berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan dan lain-lain.
- (6) Lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 193 huruf f, antara lain:
  - a. hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;
  - b. hasil pemanfaatan kekayaan;
  - c. jasa giro;
  - d. pendapatan bunga;
  - e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
  - f. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh Rumah Sakit; dan
  - g. hasil investasi.

Pasal 195

- (1) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 193, kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran Rumah Sakit berdasarkan RBA.

- (2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.
- (3) Seluruh pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 193 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.

#### Paragraf 2

#### Biaya

#### Pasal 196

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

#### Pasal 197

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 196 ayat (2), terdiri dari:
  - a. biaya pelayanan; dan
  - b. biaya umum dan administrasi.
- (2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (3) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (4) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari:
  - a. biaya pegawai;
  - b. biaya bahan;
  - c. biaya jasa pelayanan;
  - d. biaya pemeliharaan;
  - e. biaya barang dan jasa; dan
  - f. biaya pelayanan lain-lain.

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

#### Pasal 198

Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 196 ayat (3) terdiri dari :

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

#### Pasal 199

- (1) Seluruh pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 196 dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) setiap triwulan.
- (2) Seluruh pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan SPM pengesahan yang dilampirkan dengan Surat Pernyataan tanggung jawab (SPTJ).
- (3) Format laporan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan format SPTJ sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

#### Pasal 200

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

#### Pasal 201

- (1) Ambang Batas RBA ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Ambang Batas RBA nilainya ditetapkan dengan besaran Persentase.
- (3) Besaran Persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan pada saat penyusunan RBA dan ditentukan

dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional rumah sakit.

- (4) Agar diperoleh besaran persentase yang riil, maka besaran persentase dalam RBA dihitung dengan memperhitungkan persentase realisasi selama 5 (lima) tahun kebelakang dibagi 5.
- (5) Persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

## BAB IX

### PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT DAN SUMBER DAYA LAIN

#### Pasal 202

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

#### Pasal 203

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 202 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 204

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

## BAB X

### INFORMASI MEDIS

#### Bagian Kesatu

#### Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

#### Pasal 205

- (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 206

- (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 207

- (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 RumahSakit;
  - 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 medis 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; dan
  - b. mentaati seluruh prosedur yang berlaku di Rumah Sakit.

BAB XI  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 208

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, maka:

- 1. Peraturan Bupati Tulungagung Nomor 82 Tahun 2014 tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung; dan
- 2. Peraturan Bupati Nomor 81 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Nomor 82 Tahun 2014 tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 209

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.


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

Ditetapkan di Tulungagung  
pada tanggal 2 Oktober 2018

WAKIL BUPATI TULUNGAGUNG,

  
MARYOTO BIROWO

Diundangkan di Tulungagung  
pada tanggal 2 Oktober 2018  
SEKRETARIS DAERAH

  
Ir. INDRA FAUZI, MM  
Pembina Utama Madya  
NIP. 19590919 199003 1 006

Berita Daerah Kabupaten Tulungagung  
Tahun 2018 Nomor 31 87

**LOGO RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. ISKAK TULUNGAGUNG**

1. Logo




2. Arti logo Rumah Sakit

a. Bentuk logo mempunyai makna dan arti sebagai berikut :

- 1) Bingkai logo berbentuk bunga (kembang) melati yang mempunyai 5(lima) kelopak dengan warna kuning bergaris tepi hitam melambangkan:
    - a) Rumah Sakit senantiasa bergerak dinamis untuk selalu berkembang dan maju sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi serta menjadi pusat rujukan regional;
    - b) Di dalam memberikan pelayanan senantiasa berlandaskan pada budaya kerja yang terdiri dari 5 (lima) citra yaitu:
      - (1) Citra Pelayanan;
      - (2) Citra Kebersihan;
      - (3) Citra Tertib Pelaksanaan;
      - (4) Citra Keramahan;
      - (5) Citra Ikhlas Bekerja.
    - c) Rumah Sakit senantiasa berniat mulia dengan menempatkan pasien dalam kedudukan yang utama dan berorientasi pada terwujudnya kepuasan masyarakat sehingga mampu membangun kepercayaan sehingga menjadi idaman masyarakat.
  - 2) Palang hijau dengan garis tepi putih dan hitam melambangkan: Sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) milik Pemerintah Kabupaten Tulungagung yang mempunyai tugas dan fungsi memberikan pelayanan kesehatan paripurna yang senantiasa berorientasi pada peningkatan mutu dan akses serta profesionalisme.
  - 3) pasang tangan yang berwarna hijau dan putih melambangkan: karyawan-karyawati Rumah Sakit yang terdiri dari tenaga medis, tenaga paramedis dan tenaga lainnya, sesuai profesinya masing-masing berkomitmen untuk saling bahu-membahu/menguatkan dan siap sedia menerima amanah serta memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan sigap, tanggap, cepat, tepat, ramah, tulus ikhlas, kasih sayang dan empati tanpa membedakan status sosial
- b. Warna dasar logo : PIRUS, yang melambangkan : teduh, sembuh dan perlindungan yang mencerminkan :

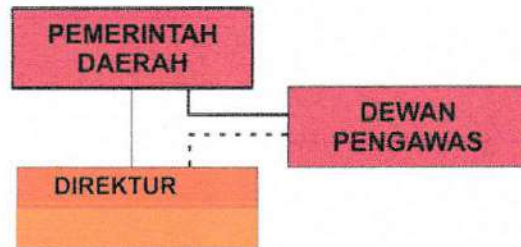
- 1) Salah satu kebijakan Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung yang berwawasan lingkungan sehingga dapat memberikan keteduhan, kenyamanan dan ketenangan bagi masyarakat yang berkunjung.
- 2) Masyarakat yang dilayani akan memperoleh kembali kesehatannya.
- 3) Pelayanan yang diberikan kepada masyarakat mengutamakan keselamatan pasien.

WAKIL BUPATI TULUNGAGUNG, 

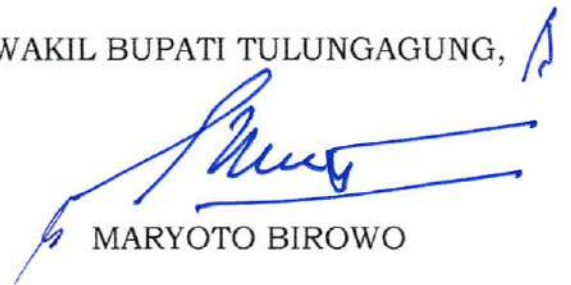
  
MARYOTO BIROWO

LAMPIRAN II : PERATURAN BUPATI TULUNGAGUNG  
NOMOR : 31 TAHUN 2018  
TANGGAL : 2 Oktober 2018

**STRUKTUR KEPEMILIKAN RUMAH SAKIT UMUM Dr. ISKAK TULUNGAGUNG**



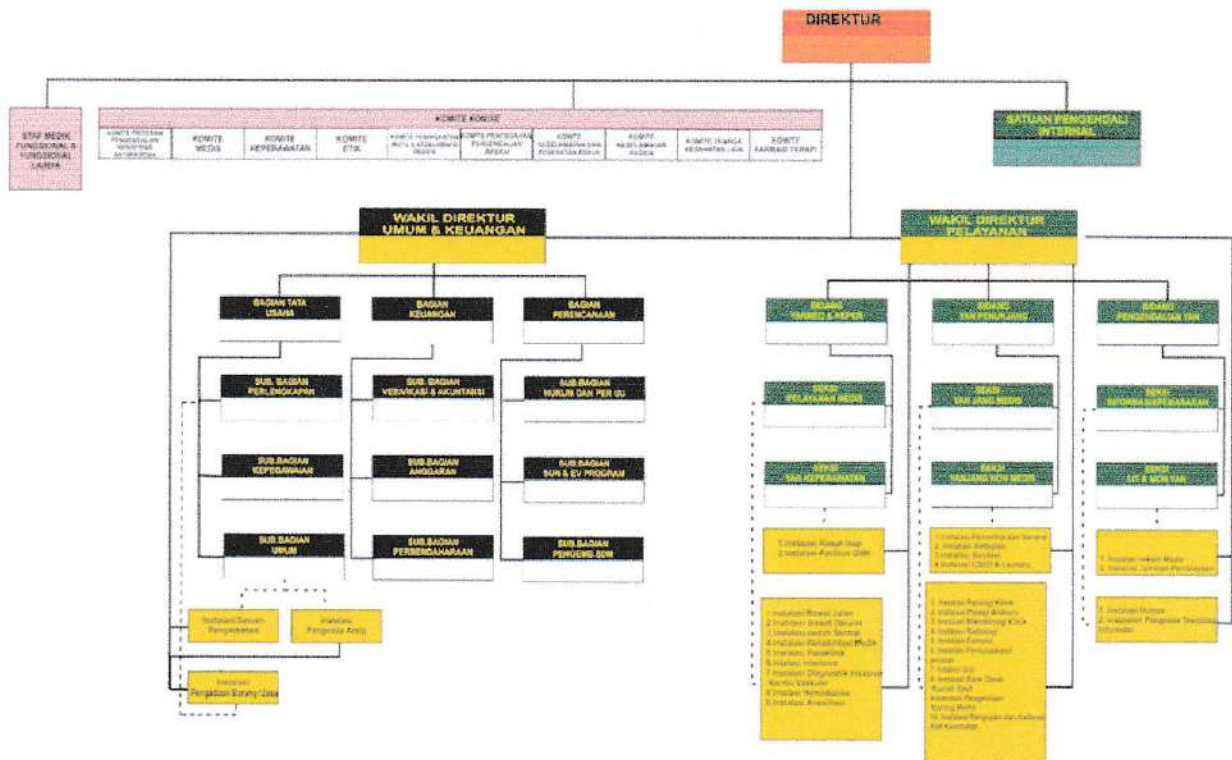
WAKIL BUPATI TULUNGAGUNG,



MARYOTO BIROWO

LAMPIRAN III : PERATURAN BUPATI TULUNGAGUNG  
 NOMOR : 31 TAHUN 2018  
 TANGGAL : 2 Oktober 2018

**STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. ISKAK  
 TULUNGAGUNG**



WAKIL BUPATI TULUNGAGUNG

*[Handwritten Signature]*  
 MARYOTO BIROWO