



BUPATI SIDOARJO
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI SIDOARJO
NOMOR 100 TAHUN 2022

TENTANG

POLA TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIDOARJO BARAT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SIDOARJO,

Menimbang : a. bahwa setiap rumah sakit wajib menyusun peraturan internal yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola rumah sakit;

b. bahwa pola tata kelola sebagaimana dimaksud dalam huruf a, digunakan sebagai pedoman pengelolaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, serta dengan memperhatikan ketentuan Pasal 38 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit UmumDaerah Sidoarjo Barat;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pemerintahan Daerah Kabupaten di Djawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 41), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat, dan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);

4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
8. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
9. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 24, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
10. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
11. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
12. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);

14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
16. Peraturan Bupati Sidoarjo Nomor 40 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Sidoarjo (Berita Daerah Kabupaten Sidoarjo Tahun 2022 Nomor 40);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG POLA TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIDOARJO.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Sidoarjo.
2. Bupati adalah Bupati Sidoarjo.
3. Pejabat pengelola adalah pimpinan yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional yang terdiri atas Direktur, Kepala Bagian Administrasi dan Keuangan, Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Bidang Penunjang, Kepala Bidang Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Pelatihan yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada rumah sakit yang bersangkutan.
4. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah yang secara teknis medis dan teknis operasional bertanggung jawab pada Bupati.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo Barat, yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk semua jenis penyakit dari pelayanan dasar sampai dengan spesialisasi sesuai dengan kemampuannya.
6. Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
7. Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.

8. Praktek Bisnis Yang sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu, berkesinambungan dan berdaya saing.
9. Tata kelola rumah sakit (*Hospital By Laws*) adalah peraturan organisasi rumah sakit (*Corporate By laws*), peraturan internal staf medis (*Medical Staff By laws*) dan peraturan internal staf keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola organisasi rumah sakit yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*).
10. Tata kelola (*Corporate By laws*) adalah peraturan yang mengatur tentang hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Dewan Pengawas, pejabat pengelola, dan staf medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak masing-masing.
11. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
12. Tata kelola staf keperawatan (*Nursing Staf By laws*) adalah peraturan internal staf keperawatan yang mengatur fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari staf keperawatan di rumah sakit.
13. Dewan Pengawas BLUD yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
14. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu pimpinan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
15. Manajer Pelayanan Pasien yang selanjutnya disingkat MPP adalah suatu proses kolaboratif untuk asesmen, perencanaan, fasilitasi, koordinasi pelayanan, evaluasi dan advokasi untuk opsi dan pelayanan bagi pemenuhan kebutuhan komprehensif pasien dan keluarganya, melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia sehingga memberi hasil asuhan pasien yang bermutu dengan biaya efektif.
16. Kepala Bagian atau Kepala Bidang adalah pejabat yang melaksanakan tugasnya dan bertanggungjawab kepada Pejabat Pengelola.
17. Kepala sub bagian atau kepala seksi adalah pejabat yang melaksanakan tugasnya dan bertanggung jawab kepada kepala bagian/kepala bidang serta Pejabat Pengelola.
18. Standar pelayanan minimal yang selanjutnya disebut SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan rumah sakit kepada masyarakat.
19. Rencana Strategis Bisnis yang selanjutnya disingkat Renstra Bisnis adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional.
20. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran.
21. 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.
22. Komite adalah wadah nonstruktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
23. Sub komite adalah kelompok kerja dibawah komite yang dibentuk untuk mengelola masalah khusus sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
24. Tim adalah kelompok yang menghasilkan kinerja lebih tinggi dari pada jumlah masukan individual.

25. Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medik, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medik.
26. Komite keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
27. Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan dokter sub spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
28. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah kelompok staf medis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya atau kelompok profesi yang serumpun.
29. Tenaga fungsional adalah pegawai yang mempunyai tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang dalam suatu satuan organisasi yang melaksanakan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu dan bersifat mandiri.
30. Barang milik RSUD yang selanjutnya disebut aset adalah semua barang yang dibeli atau diperoleh atas beban anggaran RSUD atau berasal dari perolehan lainnya yang sah.
31. Sumber daya lain adalah sarana, prasarana, gedung dan jalan yang dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi rumah sakit.
32. Unit kerja adalah tempat staf melaksanakan tugas dan fungsinya sesuai dengan jabatan masing-masing.
33. Instalasi adalah unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian rumah sakit.
34. Kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).
35. Penugasan klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
36. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap tenaga kesehatan untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis (*Clinical Privilege*).
37. Rekredensial adalah proses kredensial ulang terhadap tenaga kesehatan untuk mengevaluasi kewenangan klinis yang telah dimiliki.
38. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
39. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok orang dengan reputasi dan kompetensi profesi klinis yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi klinis.
40. Dokter tamu adalah dokter yang bukan tenaga tetap RSUD Sidoarjo Barat tetapi mendapatkan izin atau diberikan kewenangan oleh Direktur untuk merawat atau melakukan tindakan medis.
41. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIM RS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan.

42. Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
43. Kerjasama dengan pihak lain adalah kesepakatan antara RSUD Sidoarjo Barat dengan pihak yang berbadan hukum.
44. Badan hukum adalah Perusahaan Swasta badan usaha milik Negara, dan usaha milik Daerah, Koperasi, Yayasan dan lembaga pendidikan didalam negeri maupun luar negeri yang berbadan hukum.

BAB II PRINSIP TATA KELOLA

Pasal 2

- (1) Tata Kelola BLUD RSUD terdiri dari peraturan organisasi rumah sakit (*Corporate ByLaws*), peraturan staf medis (*Medical Staff By Laws*) dan peraturan internal staf keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) yang didalamnya memuat:
 - a. struktur organisasi BLUD;
 - b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi yang logis;
 - d. pengelolaan sumber daya manusia; dan
 - e. pengelolaan sumber dayalain.
- (2) Tata Kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai prinsip-prinsip dasar sebagai berikut:
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas;
 - d. independensi; dan
 - e. kesejahteraan dan kewajaran.

Pasal 3

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

BAB III
TATA KELOLA RUMAH SAKIT
(*HOSPITAL BY LAWS*)

Bagian Kesatu
Identitas Rumah Sakit

Pasal 4

- (1) Identitas RSUD adalah sebagai berikut:
- a. nama rumah sakit : RSUD Sidoarjo Barat
 - b. tanggal berdiri : 7 Maret 2022
 - c. kelas rumah sakit : Kelas C
 - d. jenis rumah sakit : Rumah Sakit Umum
 - e. alamat rumah sakit : Jl. Bibis Bunder Tambak Kemerakan,
Krian, Sidoarjo
Telepon 031-89911199
 - f. Email : rsudsidoarjobarat@sidoarjokab.go.id
- (2) Logo RSUD terdiri dari simbol dan warna yang masing-masing memiliki makna sebagai berikut:
- a. Arti simbol:
 - 1. palang, melambangkan simbol kesehatan;
 - 2. bandeng dan udang, merupakan ciri khas Kabupaten Sidoarjo dan membentuk seperti pola huruf “S” yang menunjukkan bahwa huruf pertama dari “Sidoarjo”. Selain itu, bertemunya kepala ikan bandeng dan udang melambangkan prinsip kerja sama dan koordinasi;
 - 3. Tujuh Ruas Perut Udang, melambangkan tanggal berdirinya RSUD;
 - 4. Tiga Sudut Pada Ekor Bandeng, melambangkan bulan Maret saat berdirinya RSUD;
 - 5. Dua Sirip Ekor Bandeng dan Dua Sirip Ekor Udang, melambangkan dua angka terakhir tahun berdirinya RSUD yaitu tahun 2022.
 - b. Arti warna:
 - 1. warna hijau pada palang, melambangkan upaya RSUD dalam memberikan lingkungan yang aman, tenang, ramah, dan nyaman demi kesembuhan dan kepuasan masyarakat;
 - 2. warna biru pada bandeng, menggambarkan RSUD dapat diandalkan dalam memberikan pelayanan prima kepada masyarakat;
 - 3. warna merah pada udang, menggambarkan semangat, cinta, dan kekuatan RSUD Sidoarjo Barat guna mewujudkan visi sebagai rumah sakit pilihan masyarakat.
- (2) Logo RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan logo RSUD, tercantum dalam lampiran Idan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari peraturan bupati ini.

Bagian Kedua
Visi, Misi, Tujuan, Motto, dan Nilai Dasar RSUD

Pasal 5

- (1) RSUD dalam rangka menghadapi persaingan global, menetapkan visi yaitu “menjadi rumah sakit pilihan masyarakat yang terakreditasi dalam pelayanan”.
- (2) Dalam melaksanakan Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD mempunyai misi untuk:
- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan prima di wilayah Sidoarjo Barat;
 - b. menyelenggarakan pendidikan dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia;
 - c. menyelenggarakan kegiatan penelitian dan pengembangan dalam meningkatkan kualitas pelayanan; dan
 - d. membangun kemitraan dengan lintas sektor untuk memperluas jejaring pelayanan.

Pasal 6

- (1) RSUD merupakan instansi yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan memiliki tujuan umum, tujuan khusus, dan nilai dasar.
- (2) Tujuan umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
 - a. memberikan pelayanan yang berkualitas; dan
 - b. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang bermutu sesuai dengan standar akreditasi sehingga tercapainya kualitas SDM rumah sakit yang berorientasi pelayanan, akuntabel, kompeten, harmonis, loyal, adaptif dan kolaboratif.
- (3) Tujuan khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
 - a. terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terakreditasi dengan mengutamakan keselamatan pasien serta kepuasan pelanggan;
 - b. terselenggaranya pendidikan dan pelatihan kesehatan yang bermutu dan beretika untuk menunjang pelayanan;
 - c. terselenggaranya kegiatan penelitian dan pengembangan untuk meningkatkan kualitas pelayanan; dan
 - d. terselenggaranya kemitraan dengan lintas sektor untuk memperluas jejaring pelayanan.
- (4) Nilai dasar RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), adalah BERAHLAK yang merupakan singkatan dari Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif dengan penjabaran sebagai berikut:
 - a. Berorientasi Pelayanan, yaitu komitmen memberikan pelayanan prima demi kepuasan masyarakat;
 - b. Akuntabel, yaitu bertanggungjawab atas kepercayaan yang diberikan;
 - c. Kompeten, yaitu terus belajar dan mengembangkan kapabilitas;
 - d. Harmonis, yaitu saling peduli dan menghargai perbedaan;
 - e. Loyal, yaitu berdedikasi dan mengutamakan kepentingan Bangsa dan Negara;
 - f. Adaptif, yaitu terus berinovasi dan antusias dalam menggerakkan serta menghadapi perubahan; dan
 - g. Kolaboratif, yaitu membangun kerja sama yang sinergis.

Pasal 7

RSUD dalam menjalankan pelayanan kesehatan, memiliki motto “Kesehatan dan Kepuasan Anda adalah Prioritas Kami”

Pasal 8

- (1) Direktur RSUD dibantu oleh Seksi Pendidikan dan Pelatihan berkewajiban untuk mensosialisasikan visi, misi, motto, tujuan, dan nilai dasar rumah sakit sebagai landasan operasional pelaksanaan tugas rumah sakit.
- (2) Visi dan Misi dilakukan reviu secara berkala sesuai ketentuan yang berlaku.

Bagian Ketiga

Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 9

- (1) RSUD merupakan unit organisasi bersifat khusus sebagai unit pelaksana yang melaksanakan kebijakan daerah bidang kesehatan, dan akan atau telah menerapkan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).
- (2) RSUD dipimpin oleh seorang Direktur yang dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya disamping bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan dalam bentuk penyampaian laporan pelaksanaan pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian, juga bertanggungjawab dalam bentuk penyampaian laporan program kesehatan masyarakat.
- (3) RSUD mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan bidang Kesehatan pada sub urusan upaya kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, dan melaksanakan upaya rujukan.

- (4) RSUD merupakan fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah Daerah dengan karakteristik dan unit organisasi yang bersifat khusus untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan daerah secara profesional yang memiliki otonomi dalam Pengelolaan Keuangan, Barang Milik Daerah serta Bidang Kepegawaian sesuai peraturan perundang-undangan.
- (5) Dalam menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), RSUD mempunyai fungsi sebagai berikut:
- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
 - b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
 - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
 - d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan.

Bagian Keempat
Wewenang, Tugas dan Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

Paragraf 1
Wewenang Pemerintah Daerah

Pasal 11

- (1) Pemerintah Daerah mempunyai wewenang, tugas dan tanggungjawab penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Kewenangan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
- a. menetapkan peraturan pola tata kelola/*Hospital By laws* dan standar pelayanan minimal RSUD;
 - b. menetapkan Struktur Organisasi RSUD;
 - c. mengangkat dan memberhentikan pejabat pengelola dan Dewan Pengawas;
 - d. menyetujui, mengesahkan, membina serta mengawasi RSB dan RBA;
 - e. menetapkan regulasi pengelolaan Keuangan dan sumber daya manusia RSUD;
 - f. menyetujui penyelenggaraan pendidikan profesional kesehatan, penelitian serta mengawasi kualitas program-program kegiatan;
 - g. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan;
 - h. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya di RSUD;
 - i. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien di RSUD;
 - j. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban RSUD;
 - k. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi dan peraturan perundang-undangan;
 - l. memberikansanksi kepada pegawai RSUD yang melanggar dan memberikan penghargaan atas prestasi yang dicapai pegawai yang berstatus sebagai Aparatur Sipil Negara (ASN) RSUD atas usulan direktur; dan
 - m. mengatur aset yang berada di lingkungan RSUD.

Paragraf 2
Tugas dan Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

Pasal 12

Tugas dan Tanggung Jawab Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (1) adalah:

- a. menyediakan rumah sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat;
- b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di RSUD bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;

- c. bertanggung jawab atas defisit anggaran RSUD yang bukan disebabkan oleh kelalaian, administrasi dan melanggar hukum sehingga dapat diajukan dalam usulan pembiayaan pada tahun anggaran berikutnya kepada Badan Pengelolaan Keuangan Aset Daerah Kabupaten Sidoarjo;
- d. membina dan mengawasi penyelenggaraan RSUD;
- e. memberikan arahan kebijakan RSUD;
- f. memberikan perlindungan kepada RSUD agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab;
- g. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan RSUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. menggerakkan peran serta masyarakat dalam pengembangan layanan RSUD sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
- i. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
- j. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di RSUD akibat bencana dan kejadian luar biasa;
- k. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan;
- l. melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu pejabat pengelola/Direksi dan Dewan Pengawas sesuai ketentuan yang berlaku.

Bagian Kelima Dewan Pengawas

Paragraf 1 Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (2) Jumlah Anggota Dewan Pengawas sesuai nilai omset tahunan menurut laporan operasional atau nilai aset menurut neraca yang memenuhi syarat minimal.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan maksimal 3 (tiga) orang dan seorang di antara Anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.

Paragraf 2 Tugas, Kewajiban dan Tanggung Jawab Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas memiliki tugas:
 - a. memantau perkembangan kegiatan BLUD RSUD;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan BLUD RSUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD RSUD;
 - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - e. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai :
 1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD RSUD; dan
 3. kinerja BLUD RSUD.
- (2) Dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Dewan Pengawas wajib:
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai RBA yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan RSUD dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelola RSUD;

- c. melaporkan kepada Bupati tentang kinerja RSUD;
 - d. memberikan nasihat dan masukan secara tertulis dan resmi kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan pengelolaan RSUD;
 - e. melakukan evaluasi penilaian mutu kinerja baik pelayanan, keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelola RSUD; dan
 - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Paragraf 3

Struktur Organisasi dan Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13, ditetapkan maksimal 3 (tiga) orang dan seorang diantara Anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (2) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:
 - a. pejabat Perangkat Daerah Kabupaten Sidoarjo yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. pejabat Perangkat Daerah yang membidangi Pengelolaan Keuangan Daerah Kabupaten Sidoarjo; dan
 - c. tenaga ahli yang kompetens sesuai bidang keahlian dalam pengelolaan rumah sakit.
- (3) Pengangkatan Anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola rumah sakit.
- (4) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi 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. mampu melaksanakan perbuatannya hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
 - c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan BLUD, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Paragraf 4

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Masa jabatan Anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati.
- (3) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebelum waktunya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), apabila:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;

- d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
- e. mengundurkan diri; dan
- f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, Negara, dan/atau Daerah.

Paragraf 5
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertugas mengelola ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), bukan merupakan Anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

Paragraf 6
Biaya Dewan Pengawas

Pasal 18

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

Paragraf 7
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Rapat rutin Dewan Pengawas dilakukan minimal 2 (dua) kali dalam setahun.
- (2) Rapat insidental Dewan Pengawas dilakukan bilamana diperlukan dan tergantung pada masalah yang dihadapi.

Bagian Keenam
Struktur Organisasi Pengelola BLUD

Paragraf 1
Struktur Organisasi BLUD RSUD

Pasal 20

Susunan organisasi BLUD RSUD terdiri dari:

- a. Unsur Pimpinan: Direktur;
- b. Bagian Administrasi dan Keuangan, terdiri dari:
 - 1. Sub Bagian Perencanaan dan Pelaporan;
 - 2. Sub Bagian Keuangan;
 - 3. Sub Bagian Tata Usaha;
- c. Bidang Pelayanan Medik, terdiri dari:
 - 1. Seksi Pelayanan Medik;
 - 2. Seksi Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan;
- d. Bidang Penunjang, terdiri dari:
 - 1. Seksi Penunjang;
 - 2. Seksi Sarana Prasarana;
- e. Bidang Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Pelatihan, terdiri dari:
 - 1. Seksi Sumber Daya Manusia;
 - 2. Seksi Pendidikan dan Pelatihan.
- f. Satuan Pemeriksaan Internal;
- g. Komite; dan
- h. Instalasi.

Paragraf 2
Susunan Pejabat Pengelola

Pasal 21

Pejabat pengelola BLUD RSUD terdiri dari:

- a. Pemimpin RSUD, selanjutnya disebut Direktur;
- b. Pejabat keuangan, selanjutnya disebut Kepala Bagian Administrasi dan Keuangan;
- c. Pejabat teknis, selanjutnya disebut Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Bidang Penunjang, serta Kepala Bidang Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Pelatihan.

Paragraf 3
Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 22

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan pejabat pengelola BLUD ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (3) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.
- (4) Pejabat pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (5) Direktur RSUD bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah Kabupaten Sidoarjo.
- (6) Pejabat keuangan, pejabat teknis bidang pelayanan, dan pejabat teknis bidang perencanaan dan pendidikan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing.

Paragraf 4
Persyaratan Menjadi Pejabat Pengelola BLUD

Pasal 23

Syarat untuk dapat diangkat menjadi direktur RSUD adalah:

- a. seorang tenaga medis, dengan latar belakang pendidikan minimal S2 atau setara S2 manajemen rumah sakit yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman dibidang rumah sakit;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit;
- c. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di rumah sakit;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- e. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 24

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

- a. pendidikan minimal Sarjana Strata 1 (S1) atau setara Sarjana Strata 1 (S1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman dilingkup administrasi rumah sakit, keuangan dan/atau akuntansi;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 25

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Pelayanan Medik RSUD adalah:

- a. berlatar belakang pendidikan tenaga medis minimal Sarjana Strata1 (S1) atau setara Sarjana Strata1 (S1) manajemen rumah sakit yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman dilingkup pelayanan medis;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 26

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Penunjang RSUD adalah:

- a. berlatar belakang pendidikan tenaga medis minimal Sarjana Strata1 (S1) atau setara Sarjana Strata1 (S1) manajemen rumah sakit yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman dilingkup pelayanan medis;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 27

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Pelatihan RSUD adalah:

- a. berlatar belakang pendidikan tenaga medis minimal Sarjana Strata1 (S1) atau setara Sarjana Strata1 (S1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman dilingkup perencanaan dan pendidikan;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan rumah sakit pendidikan yang profesional;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Paragraf 5

Pemberhentian Pejabat Pengelola

Pasal 28

- (1) Pejabat pengelola berhenti karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan/ atau
 - c. diberhentikan.
- (2) Pejabat pengelola diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c karena:
 - a. memasuki usia pensiun;
 - b. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang diancam dengan pidana penjara paling singkat 4 (empat) tahun;
 - c. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
 - d. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan; dan/ atau
 - e. promosi dan/ atau mutasi jabatan.

Paragraf 6

Wewenang, Tugas dan Tanggung Jawab Direktur

Pasal 29

- (1) Direktur RSUD berwenang:
 - a. menetapkan kebijakan operasional RSUD;

- b. menetapkan peraturan/keputusan Direktur tentang kebijakan medis, kebijakan keperawatan, kebijakan pendidikan, pedoman, panduan dan Standar Prosedur Operasional (SPO);
- c. menetapkan:
 - 1. RSB dan RBA (RKA dan DPA);
 - 2. anggaran modal dan operasional serta mengalokasikan sumber daya, kebijakan dan prosedur operasional; dan
 - 3. pendidikan para profesional kesehatan dan penelitian serta pengawasan terhadap mutu program.
- d. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- e. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai RSUD sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- f. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dibawah direktur kepada Bupati;
- g. mengusulkan, mengangkat, dan memberhentikan pegawai RSUD sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- h. memberikan penghargaan kepada pegawai karyawan dan profesional yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
- i. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- j. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen menakala diperlukan;
- k. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- l. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran dibawahnya; dan
- m. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola di bawah Direktur.

(2) Direktur RSUD bertugas:

- a. memimpin dan mengelola RSUD sesuai dengan tujuan RSUD yang telah ditetapkan dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan RSUD;
- c. mewakili RSUD di dalam dan di luar pengadilan;
- d. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah digariskan;
- e. mengelola RSUD dengan berwawasan lingkungan;
- f. menyiapkan Rencana Strategi Bisnis (RSB) dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) RSUD;
- g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai ketentuan;
- h. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala; dan
- i. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan RSUD.

(3) Direktur RSUD bertanggungjawab:

- a. mematuhi perundang-undangan yang berlaku;
- b. menjalankan visi dan misi RSUD yang telah ditetapkan;
- c. menetapkan kebijakan RSUD;
- d. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
- e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
- f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan;

- g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat RSUD yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di RSUD yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas RSUD;
- h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Dewan Pengawas;
- i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada dewan pengawas setiap 6 (enam) bulan;
- j. memastikan kebenaran kebijakan RSUD;
- k. memastikan kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan RSUD;
- l. memastikan kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya; dan
- m. meningkatkan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.

Paragraf 7

Wewenang, Tugas dan Tanggung Jawab Pengelola

Pasal 30

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

Paragraf 8

Kepala Bagian Administrasi dan Keuangan

Pasal 31

Kepala Bagian Administrasi dan Keuangan mempunyai fungsi:

- a. penyusunan perumusan kebijakan RSUD di bidang administrasi dan keuangan;
- b. pengoordinasian perumusan kebijakan RSUD di bidang administrasi dan keuangan;
- c. pengoordinasian pelaksanaan tugas RSUD di bidang administrasi dan keuangan;
- d. pelaksanaan pembinaan di bidang administrasi dan keuangan;
- e. pemantauan, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan kebijakan RSUD di bidang administrasi dan keuangan; dan
- f. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Direktur yang berkaitan dengan tugasnya.

Paragraf 9

Kepala Bidang Pelayanan Medik

Pasal 32

Kepala Bidang Pelayanan Medik mempunyai fungsi:

- a. penyusunan kebijakan teknis di bidang pelayanan medik;
- b. pelaksanaan koordinasi di bidang pelayanan medik;
- c. pelaksanaan kegiatan di bidang pelayanan medik;
- d. pembinaan pelaksanaan tugas bawahannya;
- e. pelaksanaan evaluasi di bidang pelayanan medik;
- f. pelaporan pelaksanaan kegiatan di bidang pelayanan medik; dan
- g. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugasnya.

Paragraf 10

Kepala Bidang Penunjang

Pasal 33

Kepala Bidang Penunjang mempunyai fungsi:

- a. penyusunan kebijakan teknis di bidang penunjang;

- b. pelaksanaan koordinasi di bidang penunjang;
- c. pelaksanaan kegiatan di bidang penunjang;
- d. pembinaan pelaksanaan tugas bawahannya;
- e. pelaksanaan evaluasi di bidang penunjang;
- f. pelaporan pelaksanaan kegiatan di bidang penunjang; dan
- g. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugasnya.

Paragraf 11
Kepala Bidang Sumber Daya
Manusia, Pendidikan, dan Pelatihan

Pasal 34

Kepala Bidang Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Pelatihan mempunyai fungsi:

- a. penyusunan kebijakan teknis di bidang sumber daya manusia, pendidikan dan pelatihan;
- b. pelaksanaan koordinasi di bidang sumber daya manusia, pendidikan dan pelatihan;
- c. pelaksanaan kegiatan di bidang sumber daya manusia, pendidikan dan pelatihan;
- d. pembinaan pelaksanaan tugas bawahannya;
- e. pelaksanaan evaluasi di bidang sumber daya manusia, pendidikan dan pelatihan;
- f. pelaporan pelaksanaan kegiatan di bidang sumber daya manusia, pendidikan dan pelatihan; dan
- g. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugasnya.

Bagian Ketujuh
Organisasi dan Tata Kerja Pelaksana

Paragraf 1
Instalasi

Pasal 35

- (1) Dalam penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan pelatihan dan penelitian serta pengembangan, dibentuk instalasi yang merupakan unit pelaksana non struktural.
- (2) Pembentukan instalasi diatur dalam Peraturan Direktur.
- (3) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dengan mengingat sumber daya yang tersedia di rumah sakit, meliputi sumber daya manusia, sarana prasarana dan memperhatikan kebutuhan masyarakat.
- (4) Instalasi dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur dengan masa jabatan selama 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya, kepala instalasi dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional, baik Pegawai Negeri Sipil maupun Non Pegawai Negeri Sipil.
- (6) Kepala Instalasi sebagai dimaksud pada ayat (5) bertanggung jawab kepada Direktur.
- (7) Ketentuan pertanggungjawaban kepada Direktur sebagaimana dimaksud ayat (6) diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

Pasal 36

- (1) Kepala Instalasi mempunyai tugas pokok dan fungsi merencanakan, melaksanakan, monitoring dan evaluasi serta pelaporan kegiatan.
- (2) Tugas Pokok dan Fungsi sebagaimana dimaksud ayat (1), dilaksanakan secara berjenjang dan terkoordinasi dengan Kepala Bagian/Kepala Bidang dan Kepala subbagian/Kepala Seksi sesuai tugas dan kewenangannya dalam mengendalikan kegiatan.

- (3) Ketentuan lebih lanjut terkait tugas dan tata kerja instalasi, diatur dalam Peraturan Direktur.

Paragraf 2
Komite dan Tim

Pasal 37

- (1) Untuk menunjang pengelolaan kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian RSUD, Direktur membentuk komite dan tim yang diperlukan dalam meningkatkan pelayanan RSUD.
- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan;
 - c. Komite Penunjang;
 - d. Komite Farmakoterapi;
 - e. Komite Etik dan Hukum;
 - f. Komite Mutu;
 - g. Komite PPI;
 - h. Komite Etik Penelitian Kesehatan;
 - i. Komite K3; dan
 - j. Komite PPRA;
- (3) Tim adalah kelompok kerja yang sifatnya ad hoc dalam rangka menyelesaikan/memecahkan masalah di lingkungan RSUD.

Paragraf 3
KSM

Pasal 38

- (1) KSM merupakan kelompok dokter dan dokter gigi yang bekerja dibidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) KSM mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan berdasarkan kaidah-kaidah keselamatan pasien (*Patient Safety*).
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), KSM dikelompokkan berdasarkan keahlian dan banyaknya sumber daya yang tersedia.
- (4) KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota kelompoknya untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 4
Tata Kerja

Pasal 39

- (1) Setiap pimpinan yang melaksanakan tugas di lingkungan RSUD wajib menerapkan:
 - a. prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi sesuai tugas masing-masing;
 - b. langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. mengawasi bawahan; dan
 - d. prosedur kerja baku berupa Standard Operating Procedure berdasarkan kaidah-kaidah keselamatan pasien (*Patient Safety*) menurut ketentuan akreditasi rumah sakit.
- (2) Prinsip prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, adalah:
 - a. jelas arah kebijakannya;
 - b. mengutamakan kepentingan dan keselamatan pengguna jasa pelayanan kesehatan;
 - c. konsisten;
 - d. sesuai dengan falsafah dan tujuan;

- e. jelas pelaksanaannya;
- f. jelas tanggungjawabnya; dan
- g. senantiasa dilaksanakan evaluasi mutu dan kinerja.

Bagian Kedelapan Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)

Pasal 40

Dalam melaksanakan tugas bidang pemeriksaan audit kinerja internal RSUD, Direktur dibantu oleh SPI.

Pasal 41

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) merupakan unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Satuan Pemeriksaan Internal menyelenggarakan fungsi :
 - a. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit;
 - b. penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
 - c. pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pemeriksaan internal yang ditugaskan oleh kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit;
 - d. pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
 - e. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.

Pasal 42

Kriteria yang dapat diusulkan menjadi pemeriksa internal, antara lain:

- a. sehat jasmani dan rohani;
- b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
- c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
- d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
- e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
- f. berijazah paling rendah D-3 (Diploma 3);
- g. memiliki pengalaman kerja yang berkaitan dengan Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)/Audit;
- h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;
- i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
- j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- k. mempunyai sikap independen dan objektif.

Bagian Kesembilan Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Paragraf 1 Tujuan Pengelolaan

Pasal 43

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

Paragraf 2
Pegawai Rumah Sakit

Pasal 44

- (1) Pegawai RSUD berasal dari pegawai negeri sipil, pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja yang bekerja pada instansi pemerintah, pegawai BLUD dan pegawai kontrak/Non ASN.
- (2) Pegawai sebagaimana dimaksud ayat (1), pegawai yang mampu bekerja secara profesional sesuai dengan kebutuhan yang dipekerjakan sebagai tenaga tetap atau berdasarkan kontrak.

Paragraf 3
Pengangkatan dan Pemberhentian Pegawai

Pasal 45

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

Pasal 46

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

Paragraf 4
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 47

RSUD menerapkan kebijakan tentang penghargaan bagi pegawai ASN dan non ASN yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan perundang-undangan.

Pasal 48

- (1) Penghargaan sebagaimana dimaksud pada Pasal 47 diberikan kepada pegawai yang berstatus ASN sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Penghargaan sebagaimana dimaksud pada Pasal 47 diberikan kepada pegawai yang berstatus non ASN dapat berupa:
 - a. kenaikan upah secara berkala; dan/atau
 - b. insentif.

Pasal 49

- (1) Disiplin pegawai merupakan suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban yang dituangkan dalam:
 - a. daftar hadir;
 - b. rekam jejak (track record);
 - c. laporan kegiatan; dan
 - d. daftar Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).

- (2) Tingkatan dan jenis pelanggaran disiplin pegawai adalah sebagai berikut:
- a. terhadap pegawai berstatus ASN, diberikan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. terhadap pegawai berstatus non ASN diberikan sanksi berupa:
 1. Hukuman disiplin ringan, berupa:
 - a) teguran lisan; dan
 - b) teguran tertulis;
 2. Hukuman disiplin sedang, berupa:
 - a) penundaan kenaikan gaji berkala paling lama 1 (satu) tahun;
 - b) penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan
 - c) penundaan kenaikan pangkat paling lama 1 (satu) tahun; dan
 - c. hukuman disiplin berat, berupa pemutusan hubungan kerja.

Paragraf 5 Rotasi Pegawai

Pasal 50

Rotasi pegawai non ASN merupakan pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai, dilaksanakan atas pertimbangan tim yang dibentuk oleh direktur.

Pasal 51

Rotasi pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 50 dilaksanakan dengan pertimbangan sebagai berikut:

- a. penempatan pegawai pada pekerjaan sesuai dengan latar belakang pendidikan, kompetensi dan keterampilannya;
- b. masa kerja pada suatu unit kerja tertentu;
- c. pengalaman pegawai pada bidang tugas tertentu di masa lalu;
- d. penempatan pegawai pada bidang tugas tertentu untuk menunjang karir yang bersangkutan; dan/atau
- e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Paragraf 6 Pendidikan Pegawai

Pasal 52

- (1) Tenaga profesi kesehatan di RSUD dapat mengajukan peningkatan pendidikan profesi berkelanjutan sesuai mekanisme yang ditetapkan dengan keputusan direktur berdasarkan hasil analisa kebutuhan RSUD dan rekomendasi dari komite sebagai berikut:
 - a. komite medis untuk rekomendasi bagi tenaga staf medis;
 - b. komite keperawatan untuk rekomendasi bagi tenaga keperawatan dan kebidanan; dan
 - c. komite kesehatan lainnya untuk rekomendasi bagi tenaga kesehatan lainnya.
- (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 huruf c.
- (3) Permohonan izin belajar dan tugas belajar diajukan kepada Direktur melalui Bidang Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Pelatihan.
- (4) Pendidikan bagi staf medis dan tenaga keperawatan serta tenaga kesehatan lainnya dikelola oleh Seksi Pendidikan dan Pelatihan.

Bagian Kesepuluh
Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 53

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

Paragraf 1

Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

Pasal 54

- (1) Seluruh pegawai RSUD wajib menjaga lingkungan baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan RSUD yang berorientasi kepada kesehatan, kebersihan, kenyamanan, keamanan, kerapian, keindahan dan keselamatan.
- (3) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, lingkungan kimia, fisik dan biologis, antara lain:
 - a. kebersihan lingkungan RSUD selama 24 jam meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet/ kamar mandi;
 - b. pengelolaan sampah medik dan domestik;
 - c. pengelolaan limbah cair;
 - d. pengelolaan sampah bekas jaringan;
 - e. pengamatan area bebas rokok;
 - f. pengelolaan emisi dan ambient; dan
 - g. memperluas area taman dan tanaman penghijauan untuk mengurangi pemanasan global.
- (4) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diterapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2

Pembinaan

Pasal 55

- (1) Pembinaan teknis BLUD RSUD dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Pembinaan keuangan BLUD dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.

Pasal 56

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif, antara lain disiplin kepegawaian dan motivasi kerja, dilakukan oleh Direktur.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian, antara lain audit medis, peer review, disiplin profesi, etika profesi, penerapan keselamatan pasien (Patient Safety) dan lain sebagainya, dilakukan oleh komite medis dan atau komite keperawatan.
- (3) Berdasarkan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), staf medis yang memberikan pelayanan medik menetap di unit pelayanan tertentu secara fungsional profesi tetap menjadi tanggung jawab komite medis dan atau komite keperawatan khususnya dalam pembinaan etik, mutu dan pengembangan ilmu dan pelaksanaannya secara administratif dikoordinasikan oleh kepala instalasi.

- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja keuangan, diukur berdasarkan tingkat kemampuan RSUD dalam:
 - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (5) Penilaian kinerja dari aspek non keuangan dapat diukur berdasarkan perspektif pengguna jasa pelayanan kesehatan, proses internal pelayanan, pembelajaran dan pertumbuhan.
- (6) Sistem akuntabilitas disusun berdasarkan evaluasi dan penilaian kinerja aspek keuangan dan non keuangan.

Bagian Kesebelas
Perencanaan dan Penganggaran

Paragraf 1
Perencanaan

Pasal 57

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

Paragraf 2
Penganggaran

Pasal 58

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

Pasal 59

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

Pasal 60

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59, memuat:
 - a. kinerja tahun berjalan;
 - b. asumsi makro dan mikro;
 - c. target kinerja;
 - d. analisis dan perkiraan biaya satuan;
 - e. perkiraan harga;
 - f. anggaran pendapatan dan biaya;
 - g. besaran persentase ambang batas;
 - h. prognosa laporan keuangan;
 - i. perkiraan maju (forward estimate);
 - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
 - k. ringkasan pendapatan belanja dan pembiayaan.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Pasal 61

- (1) RBA RSUD disampaikan kepada Tim Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah untuk ditelaah sebagai bagian penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Setelah Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah disahkan menjadi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Direktur RSUD melakukan penyesuaian terhadap RBA sesuai dengan hasil penelaahan Tim Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (3) RBA hasil penyesuaian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disampaikan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah untuk mendapatkan pengesahan menjadi RBA definitif.
- (4) RBA definitif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sebagai dasar penerbitan DPA RSUD.

Bagian Keduabelas
Pengelolaan Keuangan

Pasal 62

RSUD menerapkan BLUD RSUD sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 1
Penatausahaan Keuangan

Pasal 63

- (1) Penatausahaan keuangan terdiri sebagai berikut:
 - a. pendapatan dan biaya;
 - b. penerimaan dan pengeluaran;
 - c. piutang dan utang;
 - d. persediaan;
 - e. investasi, aset tetap dan aset lainnya; dan
 - f. ekuitas dana.
- (2) Penatausahaan keuangan RSUD selain dana penerimaan operasional, tetap berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Penatausahaan menurut sistem akuntansi dilaksanakan untuk keperluan pengendalian/ pengelolaan keuangan dan barang RSUD.
- (4) Pengelolaan keuangan RSUD berdasarkan pada prinsip bisnis yang sehat yang dilakukan secara tertib, efektif, efisien, transparan dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (5) Dalam rangka penerapan prinsip sebagaimana dimaksud pada ayat (4) maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis akrual (SAK) dan standar akuntansi pemerintah (SAP).
- (6) Kebijakan penatausahaan keuangan ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

Paragraf 2
Pendapatan

Pasal 64

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

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

Paragraf 3

Biaya

Pasal 65

- (1) Biaya BLUD terdiri dari:
 - a. biaya operasional; dan
 - b. biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya yang menjadi beban BLUD dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya yang menjadi beban BLUD dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.
- (4) Biaya BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan.
- (5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

Pasal 66

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 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 67

Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 65 ayat (3), terdiri dari:

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

Paragraf 4 Tarif Layanan

Pasal 68

- (1) RSUD dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barangatau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan unit (Unit Cost) layanan atau hasil per investasi dana sesuai peraturan perundang-undangan.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbalan hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), dapat berupa besaran tarif atau sesuai jenis layanan di rumah sakit.
- (5) Besaran tarif layanan dibedakan menjadi:
 - a. Pelayanan yang menggunakantarif umum disesuaikan dengan Peraturan Bupati; dan
 - b. pelayanan yang menggunakan BPJS disesuaikan dengan tarif INA CBGs.

Paragraf 5 Pengelolaan Aset

Pasal 69

- (1) Tanah dan bangunan disertifikatkan atas nama Pemerintah Daerah.
- (2) Tanah dan bangunan yang tidak digunakan dalam rangka tugas pelayanan dan fungsi rumah sakit, dapat dimanfaatkan oleh direktur dengan persetujuan Bupati.
- (3) Aset tetap tidak boleh dialihkan dan/atau dihapuskan kecuali atas persetujuan Bupati berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Hasil pemanfaatan aset sebagaimana pada ayat (2), merupakan pendapatan RSUD dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (5) Barang inventaris milik rumah sakit dapat dihapus dan/atau dialihkan atas dasar pertimbangan ekonomis dengan persetujuan Bupati.
- (6) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (5) merupakan barang habis pakai, barang untuk diolah atau dialihkan/dijual dan barang lain yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.
- (7) Hasil penjualan barang dimaksud pada ayat (5) merupakan pendapatan rumah sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (8) Direktur beserta pejabat dibawahnya secara berjenjang harus memelihara seluruh aset rumah sakit dengan tertib efektif dan efisien sehingga mempunyai masa manfaat yang sebanyak-banyaknya termasuk teknologinya dan akurasi dari sarana dan prasarana rumah sakit.

Paragraf 6 Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 70

- (1) BLUDRSUD menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.

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

Bagian Ketigabelas Rapat

Pasal 71

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

Pasal 72

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 ayat (2) huruf a, merupakan rapat yang sudah ditentukan dan sudah terprogram.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 ayat (2) huruf b, merupakan rapat yang diadakan dengan suatu perencanaan terlebih dahulu menurut ketentuan yang berlaku.
- (3) Rapat insidentil sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 ayat (2) huruf c, merupakan rapat yang tidak berdasarkan jadwal, tergantung pada masalah yang dihadapi.
- (4) Rapat koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 ayat (2) huruf d, merupakan rapat yang dihadiri oleh direktur dan pejabat struktural.

Pasal 73

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

Bagian Keempatbelas Remunerasi

Pasal 74

- (1) Remunerasi merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/ atau pensiun.
- (2) Dewan Pengawas, pejabat pengelola, dan pegawai rumah sakit diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (3) Remunerasi Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diberikan dalam bentuk honorarium.
- (4) Penetapan remunerasi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas, dan Pegawai RSUD, ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan faktor-faktor sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Honorarium Dewan Pengawas, ditetapkan sesuai dengan Peraturan Bupati.
- (6) Bagi pejabat pengelola dan pegawai yang berstatus ASN, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan ASN serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (7) Penggajian Pegawai non ASN ditetapkan melalui Keputusan Direktur.

Bagian Kelimabelas Standar Pelayanan Minimal

Pasal 75

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

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

Bagian Keenambelas SIM RS

Pasal 76

Maksud dibuat SIM RS adalah untuk mempermudah kegiatan proses pelayanan di RSUD

Pasal 77

- (1) SIM RS mempunyai tujuan:
 - a. meningkatkan efisiensi, efektivitas, profesionalisme, kinerja, serta akses dan pelayanan RSUD;
 - b. Pengembangan subsistem baru guna meningkatkan pelayanan atau nilai manfaat bagi masyarakat; dan
 - c. mengintegrasikan SIM RS dengan sistem eksternal.
- (2) Petunjuk teknis dan petunjuk pelaksanaan untuk mewujudkan tujuan SIM RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Bagian Ketujuhbelas Rekam Medis

Pasal 78

- (1) Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik.
- (2) Penyelenggaraan rekam medis menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Bagian Kedelapanbelas Kerjasama RSUD

Pasal 79

- (1) Dalam meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan, RSUD sebagai BLUD dapat melakukan kerjasama dengan pihak lain.
- (2) Perjanjian Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, efektivitas, sinergi, ekonomis dan saling menguntungkan, itikad baik, kesepakatan bersama, persamaan kedudukan, transparansi, keadilan, dan kepastian hukum.
- (3) Untuk melaksanakan kerjasama sebagaimana dimaksud ayat (1) dibentuk Tim Kerjasama yang ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 80

- (1) Kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada pasal 79 ayat (1) antara lain:
 - a. kerjasama operasi;
 - b. institusi pendidikan;
 - c. sewa menyewa;
 - d. usaha lainnya.

- (2) Usaha lainnya sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf d, adalah usaha yang menunjang tugas dan fungsi RSUD.
- (3) Tata cara kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

BAB IV TATA KELOLA STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BY LAWS*)

Bagian Kesatu Maksud dan Tujuan

Pasal 81

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

Pasal 82

Tata kelola staf medis mempunyai tujuan:

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

Bagian Kedua Registrasi dan Izin Praktik

Pasal 83

Setiap staf medis yang melakukan praktik kedokteran di RSUD wajib memiliki Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik.

Pasal 84

- (1) Surat Tanda Registrasi sebagaimana dimaksud pada Pasal 83 diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia.
- (2) Surat Izin Praktik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 83 dikeluarkan oleh pejabat kesehatan yang berwenang.

Bagian Ketiga Kewenangan Klinis

Pasal 85

- (1) Pelayanan medis hanya dilaksanakan oleh staf medis yang telah diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) atas rekomendasi dari komite medik setelah dilaksanakan proses kredensial dan rekredensial.
- (2) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus melibatkan komite medik yang dibantu oleh mitra bestarinya (*peer group*) sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.
- (3) Kewenangan klinis (*clinical privilege*) setiap staf medis dapat saling berbeda walaupun mereka memiliki spesialisasi yang sama dan harus dirinci lebih lanjut (*delineation of clinical privilege*).

- (4) Rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) setiap spesialisasi di RSUD ditetapkan oleh komite medik dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (5) Mekanisme sebagaimana dimaksud pada ayat (4), diatur dalam pedoman kewenangan klinis dari komite medik.

Pasal 86

Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam pasal 85 akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut.

Pasal 87

- (1) Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam pasal 86 dapat diperluas dengan syarat staf medis yang bersangkutan mengajukan permohonan kepada direktur disertai alasan dan melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), setelah mempertimbangkan rekomendasi komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- (3) Terhadap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan atau ditolak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dituangkan dalam surat keputusan direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 88

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

Pasal 89

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

Bagian Keempat Penugasan Klinis

Pasal 90

- (1) Penempatan staf medis ke salah satu KSM berdasarkan surat penugasan klinis RSUD dari direktur berdasarkan rekomendasi komite medik.
- (2) Perubahan penugasan klinis staf medis dapat dilakukan oleh direktur atas rekomendasi komite medik.
- (3) Mekanisme sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) diatur dalam tata laksana kredensial dan rekredensial dari komite medik.

Bagian Kelima Standar Prosedur Operasional

Pasal 91

Direktur wajib memprakarsai penyusunan Standar Prosedur Operasional dan harus dijadikan panduan bagi seluruh staf medis di RSUD dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.

Pasal 92

- (1) Standar Prosedur Operasional disusun dalam bentuk Panduan Praktik Klinis (*clinical practice guidelines*) yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*), algoritme, protokol, prosedur atau standing order.

- (2) Panduan praktik klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memuat sekurang-kurangnya mengenai pengertian, anamnesis, pemeriksaan fisik, kriteria diagnosis, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang, terapi, edukasi, prognosis dan kepustakaan.

Pasal 93

Standar Prosedur Operasional disusun oleh staf medis yang dikoordinasi oleh komite medik dan ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.

Pasal 94

Standar Prosedur Operasional harus selalu ditinjau kembali dan diperbaharui sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun sekali sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran atau kedokteran gigi.

Pasal 95

- (1) Staf medis di RSUD harus mematuhi Standar Prosedur Operasional sesuai dengan keputusan klinis yang diambilnya.
- (2) Kepatuhan kepada Standar Prosedur Operasional menjamin pemberian pelayanan kesehatan dengan upaya terbaik di RSUD tetapi tidak menjamin keberhasilan upaya atau kesembuhan pasien.
- (3) Modifikasi terhadap Standar Prosedur Operasional hanya dapat dilakukan atas dasar keadaan yang memaksa untuk kepentingan pasien, antara lain keadaan khusus pasien, kedaruratan dan keterbatasan sumber daya.

Bagian Keenam Formularium Rumah Sakit

Pasal 96

Formularium Rumah Sakit merupakan daftar obat yang disepakati staf medis, disusun oleh Komite Farmasi dan Terapi (KFT) yang ditetapkan oleh direktur.

Pasal 97

- (1) Formularium Rumah Sakit disusun dengan mengacu kepada formularium nasional.
- (2) Evaluasi terhadap formularium Rumah Sakit dilakukan secara rutin sesuai kebijakan dan kebutuhan RSUD.
- (3) Mekanisme perubahan formularium sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur lebih lanjut dalam pedoman penyusunan formularium RSUD.

Bagian Ketujuh Komite Medik

Paragraf 1 Wewenang, Tugas dan Fungsi

Pasal 98

Komite medik berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*Delineation of Clinical Privilege*);
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*Clinical Appointment*);
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan atau 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 99

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

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

Pasal 100

Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian;
- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian dalam hal:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
- c. evaluasi data pendidikan professional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
- d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis;
- f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
- g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
- h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat klinis.

Pasal 101

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

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

Pasal 102

Komite medik dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi, memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
- c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
- d. pemberian nasihat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 103

- (1) Komite medik dalam melaksanakan tugas dan fungsinya dapat dibantu oleh panitia adhoc.
- (2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur RSUD berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Paragraf 2
Pengorganisasian

Pasal 104

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

Pasal 105

- (1) Pembentukan Komite medik ditetapkan dengan keputusan direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun, berkedudukan di bawah serta bertanggung jawab kepada direktur.
- (2) Susunan organisasi komite medik terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (3) Dalam hal keterbatasan sumber daya manusia, susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. ketua dan sekretaris tanpa subkomite; atau
 - b. ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota subkomite.

Pasal 106

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

Pasal 107

- (1) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (2) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

Pasal 108

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

Paragraf 3
Hubungan Komite Medik Dengan Direktur

Pasal 109

Hubungan komite medik dengan direktur adalah:

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

Pasal 110

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

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

Paragraf 4
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 111

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

Bagian Kedelapan
Rapat Komite Medik

Pasal 112

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

Bagian Kesembilan
Subkomite Kredensial

Pasal 113

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

Bagian Kesepuluh
Subkomite Mutu Profesi

Pasal 114

- (1) Subkomite mutu profesi bertujuan untuk:
 - a. membentuk dan memastikan staf medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
 - b. memberikan asas keadilan bagi staf medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi dan kewenangan klinis;
 - c. mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan; dan

- d. memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan, maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus.
- (2) Subkomite mutu terdiri dari:
- a. ketua subkomite mutu;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota.
- (3) Mekanisme kerja subkomite mutu profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
- a. tata kelola klinis (*Clinical Governance*);
 - b. audit medis;
 - c. pembahasan kasus kematian;
 - d. pembahasan kasus sulit;
 - e. *Evidence-based Practice* dan *Health Technology Assessment*; dan
 - f. pendampingan profesi medis (*Proctoring*).
- (4) Subkomite mutu profesi bertanggung jawab kepada ketua komite medik

Bagian Kesebelas Subkomite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 115

- (1) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki tujuan:
- a. melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat dan tidak layak untuk melakukan asuhan klinis;
 - b. memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medis di RSUD.
- (2) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:
- a. Ketua Subkomite Etika dan Disiplin Profesi;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota.
- (3) Mekanisme kerja subkomite etika dan disiplin profesi diatur lebih lanjut dalam tata laksana:
- a. pendisiplinan perilaku profesional;
 - b. pembinaan profesionalisme kedokteran; dan
 - c. pertimbangan keputusan etik.
- (4) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Bagian Keduabelas Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 116

- (1) Staf medis melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan kewenangan klinis dan penugasan klinis masing-masing dalam tata kelola klinis (*Clinical Governance*) rumah sakit dan Kelompok Staf Medis (KSM).
- (2) Tata kelola klinis rumah sakit (*Clinical Governance*) adalah sistem penjaminan mutu layanan di RSUD.
- (3) Tata kelola klinis RSUD ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Tata kelola klinis staf medis fungsional disusun oleh ketua kelompok staf medis ditetapkan oleh Direktur.
- (5) Pelaksanaan (4) dan (5) diatas untuk staf medis diatur lebih lanjut dalam bentuk *Medical Staff Rules dan Regulation*.
- (6) *Medical Staff Rules and Regulation* disusun oleh Kepala Bidang Pelayanan Medik bersama para kelompok staf medis yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketigabelas
Tata Cara Review dan Perbaikan Peraturan Internal Staf Medik

Pasal 117

- (1) Peraturan Internal Staf Medik ini dapat dilakukan review dan perubahan bilamana:
 - a. adanya perubahan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Peraturan Internal Korporasi Rumah Sakit, peraturan internal staf medis ataupun peraturan/perundangan lainnya yang menyangkut profesi medis;
 - b. kebijakan baru lain mengenai status rumah sakit;
- (2) mekanisme dan cara perubahan sebagaimana diatur pada ayat (1), diatur lebih lanjut dalam tata laksana review dan perbaikan peraturan internal staf medis.

BAB V
TATA KELOLA STAF KEPERAWATAN
(*NURSING STAFF BY LAWS*)

Pasal 118

- (1) Maksud dibuatnya Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah agar Komite Keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi perawat di RSUD.
- (2) Peraturan Internal Staf Keperawatan bertujuan untuk:
 - a. mengatur proses pemberian asuhan keperawatan serta mekanisme tata kerja komite keperawatan di rumah sakit;
 - b. menjamin terselenggaranya asuhan keperawatan yang bermutu kepada pasien rumah sakit secara biopsikososial spiritual serta masalah keperawatan yang ada pada pasien; dan
 - c. memberikan pedoman kepada perawat dan bidan dalam memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar profesinya.

Pasal 119

- (1) RSUD wajib menyusun peraturan internal staf Keperawatan dengan mengacu pada peraturan internal korporasi dan peraturan perundang-undangan.
- (2) Peraturan internal staf keperawatan mencakup tenaga perawat dan tenaga bidan.
- (3) Peraturan Internal staf keperawatan disusun oleh komite keperawatan dan disahkan oleh Direktur RSUD.
- (4) Peraturan internal staf keperawatan berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh komite keperawatan dan staf keperawatan dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik di RSUD.
- (5) Tata cara penyusunan Peraturan Internal Staf Keperawatan dilaksanakan dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesatu
Komite Keperawatan

Pasal 120

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. Ketua Komite Keperawatan;
 - b. Sekretaris Komite Keperawatan; dan
 - c. Subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf c terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial;
 - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
 - c. Subkomite Etik dan Disiplin Profesi
- (3) Ketua komite keperawatan ditetapkan oleh Direktur selama 3 tahun dan dapat diangkat kembali dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD.

- (4) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur RSUD dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD.

Pasal 121

Anggota Komite Keperawatan harus memiliki kompetensi yang tinggi sesuai jenis pelayanan atau area praktek, mempunyai semangat profesionalisme serta reputasi baik.

Pasal 122

Komite Keperawatan memberikan jaminan kepada Direktur RSUD bahwa tenaga keperawatan memiliki kompetensi kerja yang tinggi sesuai standar pelayanan dan berperilaku baik sesuai etika profesinya.

Paragraf 1

Kewenangan, Fungsi dan Tanggungjawab

Pasal 123

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur RSUD dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesional berkelanjutan.
- (2) Wewenang Komite Keperawatan, adalah sebagai berikut:
- membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan;
 - mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasar tinjauan profesi;
 - mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
 - membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir;
 - memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.
- (3) Dalam menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi:
- penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
 - penyelenggaraantukarpendapat,kebijakandanpelaksanaan pelayanan;
 - pemberianmotivasidalampemecahanmasalaprofesi keperawatan melalui pembelajaran;
 - panggilan inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
 - penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki; dan
 - penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum;
- (4) Tanggung jawab Komite Keperawatan, adalah sebagai berikut:
- Komite Keperawatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSUD; dan
 - Menjaga citra dan nama baik Komite Keperawatan pada khususnya dan seluruh pelayanan keperawatan di RSUD pada umumnya.

Pasal 124

Dalam melaksanakan fungsinya Komite Keperawatan dibantu oleh Panitia ad hoc yang terdiri dari Mitra Bestari sesuai dengan disiplin/spesifikasi dan peminatan tenaga keperawatan berdasarkan kebutuhan RSUD.

Pasal 125

Komite Keperawatan sebagai mitra kerja dari Bidang Keperawatan dan tidak bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Keperawatan.

Pasal 126

Komite Keperawatan bekerja sama dan melakukan koordinasi dengan kepala Bidang Keperawatan serta saling memberikan masukan tentang perkembangan profesi keperawatan dan kebidanan di RSUD.

Paragraf 2

Tata Kelola Pelayanan Keperawatan Dan Kebidanan

Pasal 127

- (1) Untuk melaksanakan Tata kelola pelayanan keperawatan dan kebidanan disusun standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional.
- (2) Standar profesi sebagaimana dimaksud ayat (1), disusun oleh komite Komite Keperawatan;
- (3) Standar Pelayanan dan standar prosedur operasional disusun oleh Bidang Pelayanan Keperawatan.

Paragraf 3

Manajer Pelayanan Pasien

Pasal 128

- (1) Dalam melaksanakan tugas fasilitasi pemenuhan kebutuhan komprehensif pasien, Seksi Keperawatan dan Kebidanan dibantu oleh MPP sebagai amanah Akreditasi Rumah Sakit.
- (2) Manajer Pelayanan Pasien (MPP) merupakan suatu proses kolaboratif untuk asesmen, perencanaan, fasilitasi, koordinasi pelayanan, evaluasi dan advokasi untuk opsi dan pelayanan bagi pemenuhan kebutuhan komprehensif pasien dan keluarganya, melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia sehingga memberi hasil asuhan pasien yang bermutu dengan biaya efektif. Manajer Pelayanan Pasien diperlukan pada proses akreditasi rumah sakit.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Manajer Pelayanan Pasien menyelenggarakan tugas pokok yakni menjalankan fungsi asesmen, perencanaan, fasilitasi, dan advokasi melalui kolaborasi dengan pasien, keluarga, dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA).
- (4) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Manajer Pelayanan Pasien menyelenggarakan fungsi:
 - a. pelaksanaan asesmen kebutuhan kesehatan dan aspek psiko-sosia-kultural, termasuk status health literacy;
 - b. perencanaan manajemen pelayanan pasien (Case Management Plan);
 - c. fasilitasi komunikasi dan koordinasi antara PPA dalam konteks keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan;
 - d. pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga atau pemberi asuhan perihal pengambilan keputusan terkait pelayanan yang diterima;
 - e. pemberian advokasi kepada pasien, pembayar dan keluarga;
 - f. pendorong pemberian layanan yang memadai dalam kendali mutu dan biaya dengan basis kasus per kasus;
 - g. fasilitasi pasien dalam proses transisi pelayanan yang aman ke tingkat pelayanan berikutnya;
 - h. peningkatan kemandirian advokasi dan pengambilan keputusan oleh pasien.
- (5) Wewenang Manajer Pelayanan Pasien dalam melaksanakan tugasnya antara lain:
 - a. melakukan identifikasi pasien agar dapat memberikan intervensi manajemen pelayanan pasien;
 - b. melakukan kolaborasi dengan dokter dan pasien untuk mengidentifikasi hasil yang diharapkan dan mengembangkan suatu rencana manajemen pelayanan pasien;
 - c. memonitor intervensi yang ada relevansinya dengan rencana manajemen pelayanan pasien;
 - d. memonitor kemajuan pasien untuk mengetahui sejauh mana hasilnya bergerak ke arah yang diharapkan;

- e. menyarankan alternatif intervensi praktis yang biayanya efisien;
 - f. mengamankan sumber-sumber klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan;
 - g. membakukan jalur-jalur komunikasi dengan manajer departemen/bagian;
 - h. memberikan panduan kepada pasien dan keluarga terkait pelayanan di rumah sakit.
- (6) Tanggung jawab Manajer Pelayanan Pasien dalam melaksanakan tugasnya antara lain:
- a. memfasilitasi pemenuhan kebutuhan asuhan pasien termasuk keluarga dan pemberi asuhannya, baik akut, dalam proses rehabilitasi di rumah sakit maupun pasca rawat;
 - b. mendorong keterlibatan dan pemberdayaan pasien;
 - c. mengoptimalkan terlaksananya pelayanan berfokus pada pasien (patient centered care) dan asuhan pasien terintegrasi;
 - d. membantu meningkatkan kolaborasi interprofesional;
 - e. mengoptimalkan proses reimbursement.
- (7) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Manajer Pelayanan Pasien, antara lain:
- a. pendidikan minimal D3 Keperawatan;
 - b. tidak termasuk sebagai Profesional Pemberi Asuhan (PPA);
 - c. tenaga Perawat yang memenuhi kualifikasi;
 - d. memiliki pengalaman klinis sebagai Profesional Pemberi Asuhan (PPA) minimal 3 tahun;
 - e. mempunyai kemampuan manajerial dan profesional;
 - f. memahami sistem pelayanan dan asuhan pasien;
 - g. memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi;
 - h. memiliki komitmen, konsisten dan objektifitas;
 - i. komunikatif, sabar dan dapat bekerja sama;
 - j. Patient Oriented;
 - k. memiliki komitmen terhadap etika profesi dan peraturan yang berlaku di rumah sakit;
 - l. mampu mengikuti pelatihan tambahan untuk menunjang fungsinya sebagai MPP.

BAB VI HAK DAN KEWAJIBAN RUMAH SAKIT DAN PASIEN

Bagian Kesatu Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 129

- (1) Hak RSUD adalah:
- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit;
 - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
 - d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
 - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
 - g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. mendapatkan insentif pajak bagi rumah sakit publik dan rumah sakit yang ditetapkan.

(2) Kewajiban RSUD adalah:

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak meliputi sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (hospital by laws);
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas;
- t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok;
- u. mengupayakan keamanan dan pembatasan akses pada unit kerja tertentu yang memerlukan pengamanan khusus; dan
- v. mengupayakan keamanan Pasien, pengunjung, dan petugas di Rumah Sakit.

Bagian Kedua Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 130

(1) Pasien rumah sakit berhak untuk:

- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban Pasien;
- c. memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;

- d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga Pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- g. memilih dokter, dokter gigi, dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data medisnya;
- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif 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 selama hal itu tidak mengganggu Pasien lainnya;
- 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; dan
- r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Pasien rumah sakit berkewajiban untuk:

- a. mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- b. menggunakan fasilitas Rumah Sakit secara bertanggung jawab;
- c. menghormati hak Pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di Rumah Sakit;
- d. memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai dengan kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya;
- e. memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
- f. mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- g. menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan untuk penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
- h. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

BAB VII
PENUTUP

Pasal 131

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Sidoarjo
pada tanggal 2 November 2022

BUPATI SIDOARJO,

ttd

AHMAD MUHDLOR

Diundangkan di Sidoarjo
pada tanggal 2 November 2022

Pj. SEKRETARIS DAERAH

KABUPATEN SIDOARJO,

ttd

ANDJAR SURJADIANTO

BERITA DAERAH KABUPATEN SIDOARJO TAHUN 2022 NOMOR 100

NOREG PERBUP :100 Tahun 2022

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI SIDOARJO
NOMOR 100 TAHUN 2022 TENTANG POLA
TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM
DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SIDOARJO BARAT KABUPATEN SIDOARJO

A. GAMBAR LOGO RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIDOARJO BARAT



B. MARS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIDOARJO BARAT

Rumah sakit pilihan rakyat
Berprestasi dalam layanan
RSUD Sidoarjo Barat berikan pelayanan prima

Harmonis berkompeten, loyal dan kolaboratif
Wujudkan pelayanan akuntabel dan profesional

Reff :

Marilah bersama berikan kepuasan bagi seluruh pasien kita
Sembuh sehat dengan nyaman adalah tujuan kami

BUPATI SIDOARJO,

ttd

AHMAD MUHDLOR